

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027

Approvato con Decreto n. 110 del 31/01/2025

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.1 MISSION.....	5
1.2 L'AZIENDA: GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E IL SUO PATRIMONIO.....	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	17
2.1 VALORE PUBBLICO.....	17
2.1.1 SWOT Analysis.....	17
2.1.2 Analisi degli stakeholder.....	18
2.2 PERFORMANCE.....	20
2.2.1 La pianificazione strategica e la programmazione delle attività produttive.....	20
2.2.2 Ciclo delle performance – dimensioni di analisi ed indicatori – budget.....	41
2.2.3 Indicatori per la misurazione della performance.....	44
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	50
2.3.1. La prevenzione della corruzione e la trasparenza.....	50
2.3.2. Il processo di gestione del rischio di corruzione e gli obiettivi strategici.....	51
2.3.3 Gli strumenti per la prevenzione della corruzione.....	53
2.3.4. Analisi del contesto esterno.....	56
2.3.5. Analisi del contesto interno.....	61
2.3.6. Valutazione del rischio.....	69
2.3.7. Misure Generali.....	81
2.3.8. TRASPARENZA.....	97
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	104
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE.....	104
3.1.1 Livelli di responsabilità organizzativa.....	108
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING.....	110

Prospettive e impegni aziendali.....	111
3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	113
3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane.....	117
3.3.2 Strategia di copertura del fabbisogno.....	117
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	120

PREMESSA

Il PIAO, introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in L. n. 113 del 6 agosto 2021, è un documento strategico delle pubbliche amministrazioni che si pone nell'ottica di superamento della molteplicità e frammentazione degli strumenti di pianificazione previsti dall'ordinamento e mira a favorire un approccio unitario, coordinato e sistematizzato delle scelte di programmazione e governance.

Ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati di quella organizzativa;
- b) - la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- d) 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 prevenzione della corruzione;
- e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

In base a quanto disposto dal comma 5 dell'art. 6 del D. L. n. 80/2021 è stato emanato il DPR n. 81 del 24 giugno 2022, all'interno del quale vengono individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO.

Nello specifico confluiscono nelle apposite sezioni del PIAO gli adempimenti relativi al Piano della Performance, Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Piano dei Fabbisogni di Personale, Piano delle azioni concrete, Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Piano di Azioni Positive, Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali.

In applicazione del comma 6 dell'art. 6 del D. L. n. 80/ 2021 è stato poi emanato il DM n. 132 del 30 giugno 2022, che disciplina nel dettaglio il contenuto e la struttura del PIAO, individuando le sezioni da cui deve essere composto, come di seguito riportate:

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione;
2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione;
3. Organizzazione e Capitale Umano;
4. Monitoraggio.

La predisposizione del presente documento, data la molteplicità degli ambiti da considerare, ha visto il coinvolgimento attivo ed armonico delle diverse strutture dell'Azienda, ciascuna per la rispettiva area di competenza.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 MISSION

L'ASST di Mantova ha fatto propri i principi promossi dal SSN e dal SSL e pertanto si adopera per il perseguimento degli indirizzi e delle disposizioni di cui alla L.r. n.33 del 30/12/2009 novellata dalla L.r. n.22 del 14/12/2021.

Concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato (insistenti sul territorio mantovano e per contiguità sul territorio cremonese), all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, per tutelare e promuovere la salute fisica e mentale del singolo e della comunità.

Garantisce sia l'esercizio delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione della persona presa in carico sia la continuità della presa in carico nel contesto di vita della persona, attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie e delle farmacie convenzionate.

Riconosce i principi di universalità, eguaglianza, equità e sussidiarietà orizzontale dei servizi.

Promuove la sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato (non in forma sostitutiva dei servizi), con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, per il miglioramento dei servizi sanitari e sociosanitari.

Riconosce il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e il pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Opera al potenziamento e valorizzazione dei servizi territoriali, per garantire una maggiore accessibilità, prossimità, uniformità di prestazioni su tutto il territorio mantovano e per offrire un'assistenza personalizzata, integrata, multidisciplinare e multiprofessionale.

Adotta un modello organizzativo e assistenziale atto a favorire: l'individuazione dei bisogni sanitari e sociosanitari (secondo i principi della medicina di prossimità e di iniziativa); l'attivazione del percorso di cura al livello erogativo più appropriato; la continuità assistenziale e la presa in carico accompagnando il singolo e la famiglia in tutto il percorso di cura e attraverso i diversi setting assistenziali.

1.2 L'AZIENDA: GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E IL SUO PATRIMONIO

Elementi Identificativi

Denominazione: Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova, costituita con DGR n. X/4495 del 10/12/2015 e attivata a far data dal 01/01/2016 (in applicazione della L.r. n.23 del 11/08/2015)

nell'ambito del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), afferisce alla Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana insieme alla ASST di Cremona e alla ASST di Crema.

ASST di Mantova è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica

Sede legale: Strada Lago Paiolo n.10 – 46100 Mantova Codice fiscale e Partita Iva: 02481840201

Codice regionale ASST: 725

Codici regionali Presidi Ospedalieri:

030907_00 (sede Mantova);

030239_00 (sede Borgo Mantovano);

030227_01 (sede Asola), 030227_02 (sede Bozzolo).

Contesto

La ASST di Mantova afferisce alla Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana insieme alla ASST di Cremona e alla ASST di Crema,

ASST CREMA



ASST CREMONA

ASST MANTOVA

e offre una copertura socio sanitaria a livello provinciale.



- Estensione Provincia di Mantova: 2.341 m²;
- La popolazione residente al 31 dicembre 2022 è pari a 404.696 residenti, di cui 200.065 maschi (49%) e 204.631 femmine (51%), in aumento dello 0,1% rispetto al 2021 (+220 individui), di cui circa il 13,5% stranieri;
- Indice di vecchiaia: 193,8% (a fronte di una media regionale pari a 182);

Fonte: Elaborazioni della Provincia di Mantova su dati Istat al 31/12/2022

Assetto della ASST di Mantova

Si precisa che l'organizzazione aziendale presentata fa riferimento al Piano Organizzativo Aziendale Strategico 2022-2024, approvato dalla DG Welfare Regione Lombardia con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e modificato con DGR n. XII/1240 del 30/10/2023 e DGR n. XII/3235 del 21/10/2024.

Ai sensi della L.r. n.33/2009, così come modificata della L.r. n.23/2015 e della L.r. n.22/2021, l'ASST si articola in due settori: il Polo Ospedaliero e il Polo Territoriale.

Il **Polo Ospedaliero** è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, nonché all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti.

Ai sensi della L.r. n.33/2009 art.7, comma 4, la funzione di direzione del polo ospedaliero è attribuita al Direttore sanitario

I Presidi ospedalieri della ASST di Mantova sono distribuiti su tutto il territorio provinciale:

- Presidio Ospedaliero di Mantova - Strada Lago Paiolo 10 Mantova
- Presidio Ospedaliero di Borgo Mantovano - via Bugatte 1 Borgo Mantovano
- Presidio Ospedaliero di Asola-Bozzolo che comprende:
 - Stabilimento di Asola - Piazza Ottantesimo Fanteria 1 Asola;
 - Stabilimento di Bozzolo - via XXV Aprile 71 Bozzolo;

-Struttura ex Ospedale di Viadana - Largo De Gasperi 7;

Essi si differenziano per il livello di complessità delle prestazioni erogate e precisamente:

- nel Presidio di Mantova è garantita in particolare l'attività a elevata complessità e le alte specialità. Infatti, oltre alle strutture e servizi di base, sono presenti: DEA; Centro MMF (Medicina Materno Fetale) e TIN (DGR n.XI/2395 del 11/11/2019), Ostetricia e Ginecologia di II° livello, PMA di III° livello (Procreazione Medicalmente Assistita); Centro di Senologia appartenente alla rete delle Breast Unit (DGR n.XI/2849 del 18/02/2020); Cardiochirurgia, Cardiologia e UTIC, Emodinamica ed Elettrofisiologia; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Urologia; Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione; Chirurgia Maxillo Facciale; Neuroradiologia, Neurochirurgia.
- nel Presidio di Borgo Mantovano è garantita l'attività a medio/alta complessità; infatti, oltre alle strutture di base sono presenti: Pronto Soccorso, Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione, Cardiologia con attività di Elettrofisiologia.
- nello Stabilimento di Asola sono presenti strutture e servizi di base ed è garantita l'attività a medio/bassa complessità e la day surgery. Inoltre, è presente l'Ospedale di Comunità.
- nello Stabilimento di Bozzolo sono presenti servizi di base ed è garantita l'attività di riabilitazione specialistica, di sub acute.
- nella Struttura di Viadana sono presenti servizi di base ed è garantita l'attività di riabilitazione geriatrica.

Le strutture aziendali del polo ospedaliero sono aggregate in n.7 dipartimenti gestionali e n.1 dipartimento funzionale aziendale; inoltre è attivo n.1 dipartimento funzionale interaziendale:

Dipartimento Area Cardio Toraco Vascolare

Dipartimento Area Chirurgica

Dipartimento Area Emergenza Urgenza

Dipartimento Area Materno Infantile

Dipartimento Area Medica

Dipartimento Area Neuroscienze

Dipartimento Area dei Servizi

Dipartimento Funzionale di Riabilitazione

Dipartimento Interaziendale Funzionale Oncologico

POSTI LETTO

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva dei posti letto attivi, suddivisi per presidio, che nel complesso assommano a 783.

Posti letto medi attivi IV TRIM 2024*		POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI LETTO TECNICI		ODC
CODICE	DENOMINAZIONE			POSTI LETTO SUBACUTI	POSTI LETTO HOSPICE	
30227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA - STABILIMENTO ASOLA 01 e ODC ASOLA	31	12			11
30227	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA - STABILIMENTO BOZZOLO 02 e VIADANA	49	0	31		
30239	OSP. CIVILE DESTRA SECCHIA - PIEVE CORIANO	123	10	15		
30907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	452	39		10	
TOTALE		655	61	46	10	11

Il **Polo Territoriale** è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area delle attività dell'assistenza distrettuale.

Al Polo Territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali; per il tramite dell'organizzazione distrettuale fornisce prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali.

Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

Ai sensi della L.r. n.33/2009 art.7, comma 4, la funzione di direzione del polo territoriale è attribuita al Direttore socio sanitario

Nel 2022 è stato attuato il percorso regionale per la riforma sanitaria (legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22) che, nel rispetto della linea progettuale delineata dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per il servizio sanitario nazionale e in considerazione delle esigenze emerse in fase emergenziale e al termine della sperimentazione quinquennale della legge regionale n. 23/2015, mira — tra l'altro - ad una valorizzazione della medicina territoriale e si concentra sull'articolazione dei due Poli delle ASST, Ospedaliero e Territoriale, in Distretti e Dipartimenti.

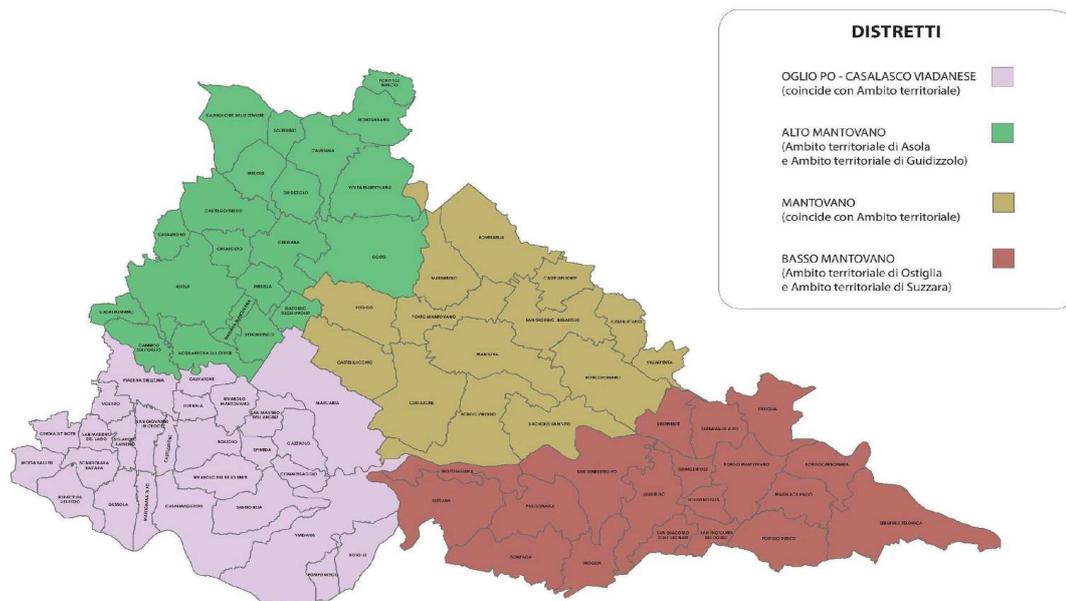
Il percorso di riforma regionale è correlato con l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dalla Commissione europea il 22 giugno 2021— missione 6.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Con il Decreto n. 267 del 29/03/2022, sentita la Conferenza dei Sindaci, acquisiti i pareri del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari ed esperita la consultazione con le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto e con le RSU, l'ASST di Mantova ha istituito, a decorrere dal 30 marzo 2022, n. 4 Distretti:

- Distretto Alto Mantovano
- Distretto Mantovano
- Distretto Basso Mantovano
- Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese (Distretto a scavalco tra ASST Mantova e ASST Cremona);

e con il decreto n. 979 del 4 novembre 2022 ha effettuato le nomine dei Direttori di Distretto.



Con il Decreto aziendale n. 282 del 30/03/2022, inoltre, sono stati istituiti il Dipartimento di Cure Primarie e il Dipartimento funzionale di Prevenzione, ai sensi dell'art. 36 comma 5 della richiamata legge regionale n. 22/2021; l'effettivo trasferimento delle funzioni e del personale del Dipartimento di

Cure Primarie è avvento dal 1° ottobre 2023 con piena operatività dal 1° gennaio 2024, come da indicazioni regionali.

Il distretto eroga le prestazioni sul territorio attraverso diverse strutture sanitarie: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

Le Case della comunità (CdC), almeno 1 ogni 50.000 abitanti, componente fondante del rilancio del territorio, sono il punto di riferimento del cittadino, la porta per accedere ai servizi e alle prestazioni. Hanno la finalità di favorire un approccio integrato (anche con il sociale) e multidisciplinare, realizzando diversi obiettivi: la continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio, l'assistenza nell'ambiente di vita del paziente, il rafforzamento dell'attività di prevenzione, l'introduzione di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità.

Nelle Case della comunità trovano spazio le cure primarie, la medicina specialistica, i servizi territoriali e i servizi sociali in un'ottica di integrazione e dialogo con la rete ospedaliera. In altre parole, nello stesso luogo fisico opera un team composto da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, assistenti sociali.

Le Case della comunità, luogo fisico di prossimità e di facile individuazione, possono essere HUB o Spoke. I requisiti richiesti per le due diverse tipologie sono elencati di seguito:

Obbligatori sia per HUB sia per Spoke	Obbligatori per HUB Facoltativi per Spoke	Raccomandati sia per HUB sia per Spoke
Cure primarie attraverso equipe multidisciplinari -MMG, PdF, IFeC, Specialisti	Servizi diagnostici	Servizi Sociali
Punto unico di accesso e Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Continuità assistenziale	Servizi DSMD
ADI livello base	Punto prelievi	Attività Consultoriali
Servizi infermieristici	/	Vaccinazioni
Programmi di screening	/	/

In stretto collegamento con le case della comunità operano gli Ospedali di comunità (OdC), destinati al ricovero breve di pazienti a media-bassa intensità clinica. Di norma dotati di 20 posti letto, fino a un massimo di 40, con una gestione prevalentemente infermieristica. Queste strutture hanno la finalità di garantire una maggiore appropriatezza delle cure, determinando una riduzione di accessi impropri, come ad esempio quelli che riguardano il pronto soccorso.

Le Centrali operative territoriali hanno il compito di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e si avvalgono di tutte le attività di telemedicina.

La nuova organizzazione della rete territoriale ha quindi la funzione di avvicinare il cittadino alle cure primarie e ai servizi socio-assistenziali, e collegarlo, in base alle necessità, direttamente con la rete ospedaliera.

Fra i pilastri della riforma figura la valorizzazione dell'infermiere di famiglia e di comunità, che ha principalmente un ruolo di monitoraggio e prevenzione.

L'ASST di Mantova ha presentato ad ATS Val Padana la propria progettualità per una rete territoriale di assistenza che prevede la realizzazione di 9 case della comunità e 5 ospedali di comunità. Il progetto ha tenuto conto del criterio della prossimità e della possibilità di fruire in primis degli immobili di proprietà, in linea con le indicazioni delle DDGRR N° XI / 5066 del 19/07/2021 e 4385 del 03/03/2021 che stanziavano risorse per finanziare nuovi interventi e per la messa in sicurezza delle attuali sedi.

In sintesi:

Proposte interventi ASST di Mantova

COMUNE	CdC Hub/Spoke	OdC	Ristrutt./Riqualific./Nuovo
ASOLA	CdC Hub	OdC*	Ristrutt.*
GOITO	CdC Hub		Riqualific.
CASTIGLIONE D/STIVIERE	CdC Hub		Nuovo
MANTOVA	Cdc Hub	OdC	Ristrutt.
BOZZOLO	CdC Hub*	OdC	Riqualific.*
VIADANA	CdC Hub	OdC	Ristrutt./Riqualific.
SUZZARA	CdC Hub		Ristrutt./Riqualific.
BORGO MANTOVANO		OdC	Riqualific.
QUISTELLO	CdC Hub		Ristrutt./Riqualific.
SERMIDE	CdC Spoke		Nuovo

Lo stato di avanzamento dei lavori è il seguente:

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI MANTOVA

In data 13/06/2024, ultimata la FASE 1 dei lavori ed emesso il Certificato di regolare esecuzione, è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

I lavori di fase 2 sono ultimati nel mese di dicembre 2024.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI SUZZARA

I lavori sono ultimati ed è stato emesso il certificato di regolare esecuzione.

In data 13/06/2024 è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ASOLA

I lavori sono ultimati ed è stato emesso il certificato di regolare esecuzione. In data 13/06/2024 è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI QUISTELLO

I lavori sono ultimati ed è stato emesso il certificato di regolare esecuzione. In data 13/06/2024 è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI VIADANA

In data 13/06/2024, ultimata la FASE 1 dei lavori ed emesso il Certificato di regolare esecuzione, è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

I lavori di fase 2 sono ultimati nel mese di dicembre 2024.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

I lavori sono in corso. Per il suddetto intervento non è stato possibile garantire la fine dei lavori e il rispetto del milestone di piena attivazione della COT entro il 30/06/2024. È stata pertanto attivata una COT aggiuntiva presso il Comune di Goito.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI GOITO

I lavori sono ultimati ed è stato emesso il certificato di regolare esecuzione. In data 13/06/2024 è stata attivata nel rispetto del milestone assegnato del 30/06/2024.

La COT di Goito è stata finanziata mediante utilizzo di fondi aziendali.

CDC GOITO

Con decreto n. 401 del 26/04/2023 sono stati affidati i lavori per la realizzazione dell'intervento.

In data 22/05/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

L'inizio lavori è avvenuto in data 10/10/2024. I lavori sono terminati ed è prossimo il collaudo.

CDC SUZZARA

Con decreto n. 362 del 18/04/2023 sono stati affidati i lavori per la realizzazione dell'intervento.

In data 05/06/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto e in data 26/06/2023 è stato firmato il verbale di avvio lavori.

I lavori sono attualmente in corso e la fine lavori è prevista per il mese di marzo 2025.

CDC ASOLA

In data 04/05/2023 è stato sottoscritto il contratto per la realizzazione dell'intervento.

I lavori sono ultimati.

CDC SERMIDE

Con decreti n. 672 del 26/06/2023 e n. 1061 del 30/09/2023, tramite adesione ad Accordo Quadro Invitalia, sono stati affidati i lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.

In data 30/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

L'inizio dei lavori è previsto entro il mese di marzo 2025 con ultimazione entro il 31/12/2025.

CDC QUISTELLO

Con decreto n. 617 del 13/06/2023 sono stati affidati, mediante procedura autonoma, i lavori per la realizzazione dell'intervento.

In data 23/06/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

L'avvio lavori è avvenuto in data 15/04/2024 e la percentuale di realizzazione è pari al 70%.

L'ultimazione dei lavori è prevista per il mese di marzo 2025.

CDC VIADANA

Con atto n. 987 del 18/08/2022 sono stati affidati i lavori per la realizzazione dei locali adibiti a diagnostica per immagini presso la sede di Viadana nell'ambito della realizzazione della Casa di Comunità di Viadana.

Nel corso dell'anno 2023 sono ultimati i lavori relativi alla prima fase per la realizzazione dei locali adibiti a diagnostica per immagini.

Con decreto n.1059 del 30/09/2023 è stato approvato il progetto definitivo dell'intervento in parola ed è stata disposta, tramite adesione AQ1 Invitalia, l'affidamento dei lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento – seconda fase.

In data 29/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

CDC MANTOVA

Con decreto n. 717 del 29/06/2023, mediante adesione AQ2 Invitalia, si è provveduto all'affidamento dei lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.

In data 29/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

Trattandosi di lavori che coinvolgono due padiglioni del P.O. di Mantova, al fine di ottimizzare e accelerare i tempi di realizzazione, la progettazione è stata realizzata separatamente per i due padiglioni.

Con decreto n. 873 del 19/08/2024 è stato approvato il progetto esecutivo relativo al padiglione n.10 e in data 01/02/2024 hanno avuto inizio i lavori.

Con decreto n. 1195 del 13/11/2024 è stato approvato il progetto esecutivo, riferito ai padiglioni n. 2 e n. 10.

CDC CASTIGLIONE

Con decreto n. 695 del 28/06/2023 si è provveduto, mediante adesione AQ ARIA_2022_914.3 lotto 19 all'affidamento dei lavori per la realizzazione dell'intervento.

In data 29/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

Con decreto n. 1052 del 29/09/2023 è stato approvato il progetto esecutivo.

L'avvio dei lavori è avvenuto in data 22/02/2024.

Con decreto n. 901 del 29/08/2024 è stato approvato il Sal n. 1 per i lavori a tutto il 26/07/2024.

Con decreto n. 1047 del 15/10/2024 è stato approvato il Sal n. 2 per i lavori a tutto il 01/10/2024.

Con decreto n. 31 del 15/01/2025 è stato approvato il Sal n. 3.

CDC BOZZOLO

Con decreto n. 630 del 20/06/2023 si è provveduto, mediante adesione AQ1 Invitalia, all'affidamento dei lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.

In data 09/08/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

L'avvio lavori è avvenuto in data 03/10/2024.

ODC BOZZOLO

Con decreto n. 631 del 20/06/2023 si è provveduto, mediante adesione AQ1 Invitalia, all'affidamento dei lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.

In data 09/08/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.

L'avvio lavori è avvenuto in data 03/10/2024. Fine lavori prevista per la fine del 2025

ODC BORGIO MANTOVANO

In data 30/08/2023 è avvenuta la consegna dei lavori.
I lavori sono in fase di collaudo.

ODC VIADANA

Con decreto n. 728 del 30/06/2023 si è provveduto, mediante adesione AQ1 Invitalia, all'affidamento dei lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.
In data 30/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto. I lavori inizieranno a breve.

ODC MANTOVA

Con atto n. 287 del 30/03/2023 è stata disposta l'adesione ad Accordo Quadro Invitalia per l'affidamento della progettazione definitiva dell'intervento.
Con decreto n. 716 del 30/06/2023, mediante adesione AQ2 Invitalia, sono stati affidati i lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'intervento.
In data 29/09/2023 è stato sottoscritto il relativo contratto.
Con decreto n. 874 del 19/08/2024 è stato approvato il progetto esecutivo e con verbale del 20/08/2024 hanno avuto inizio i lavori tuttora in corso.

ODC ASOLA

I lavori sono ultimati.

Emergenza Urgenza (118)

Organizzazione di base

Attraverso la SSD AAT di Mantova (Articolazione Aziendale Territoriale) struttura gerarchicamente afferente al Dipartimento Emergenza Urgenza e funzionalmente ad AREU, l'ASST garantisce lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario extra-ospedaliero con circa 36.000 interventi primari/anno.

L'articolazione del servizio si traduce nelle seguenti attività:

- Pianificazione ed organizzazione delle fasi del soccorso extra-ospedaliero nel territorio di competenza;
- Gestione dei mezzi, delle équipes, delle tecnologie e delle dotazioni di soccorso;
- Trasporto dei pazienti verso la struttura di ricovero e cura ritenuta più idonea sulla base delle valutazioni e dei protocolli adottati dalla SOREU – Pavia;
- Stesura ed implementazione dei piani di emergenza e maxi-emergenza extra-ospedalieri in collaborazione con le istituzioni sulla base dell'analisi dei rischi del territorio e secondo le indicazioni di AREU. Tra questi di particolare rilievo sono i percorsi e protocolli definiti con ex ASL, per l'attivazione delle reti provinciali di STEMI, STROKE e TRAUMA;
- Gestione della documentazione sanitaria;
- Sviluppo di progetti di integrazione del personale intra-extraospedaliero. A tal riguardo l'ASST mette a disposizione personale sanitario e operatori tecnici che vengono impiegati sulle postazioni aziendali.

- Gestione e coordinamento dei rapporti con il territorio e le sue istituzioni;
- Controllo dei rapporti convenzionali con enti ed associazioni di volontariato del soccorso;
- Analisi e validazione degli eventi e delle manifestazioni programmate sul territorio provinciale (piattaforma GAMES);
- Censimento mappatura e controllo Defibrillatori sul territorio di competenza tramite piattaforma dedicata (HIPPO);
- Gestione attività didattica di AAT e docenze in coordinamento con AREU.

Patrimonio Aziendale

Il patrimonio della ASST di Mantova è costituito da due macro-fattori:

- lo stato patrimoniale
- il patrimonio intellettuale

Lo stato patrimoniale dell'ASST di Mantova, in applicazione del DDG Welfare n. 11963 del 31/12/2015 "Attuazione della L.r. 23/2015: ASST di Mantova — Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili delle posizioni attive e passive già in capo delle ex ASL e AO", deriva dal rapporto tra i beni immobili, mobili, i fondi, i debiti e i crediti confluiti nella nuova azienda al momento della sua costituzione e attivazione (01/01/2016). Tale stato patrimoniale ha subito un'ulteriore modifica con l'applicazione della L.r. 22/2021 e il transito di funzioni e personale dalla ATS Val Padana alla ASST di Mantova.

Ai sensi della normativa vigente, l'ASST di Mantova dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla normativa in materia alla quale si rinvia.

L'Azienda provvede alla classificazione dei beni patrimoniali ripartiti fra beni disponibili e beni indisponibili.

Riconoscendo la valenza strategica del patrimonio quale strumento di valorizzazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio, l'Azienda si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di parziale alienazione del patrimonio da reddito.

Il patrimonio intellettuale è soggetto a valorizzazione ed è costituito dal: capitale umano (risorse umane e professionali qualificate, conoscenze, competenze, skill, cultura e clima organizzativo); capitale organizzativo (infrastrutture, processi manageriali, specializzazioni, setting e procedure organizzative, adeguate sia alla tipologia di prestazioni da erogare sia ai criteri di appropriatezza e qualità) capitale relazionale (partnership e relazioni significative con il territorio e con la realtà del volontariato, customer utenti). L'ASST per mantenere e valorizzare il proprio patrimonio intellettuale si impegna nel garantire il costante investimento in tecnologie d'avanguardia, nella revisione dei processi lavorativi e organizzativi, nell'attenzione ai percorsi di sviluppo e formazione delle risorse umane, nello sviluppo delle competenze, nella sicurezza e nel comfort degli ambienti di cura e di lavoro nel rispetto delle norme vigenti, nella valorizzazione del pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, degli enti del terzo settore e in particolare del volontariato.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il Valore Pubblico viene definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.), che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

È interessante sottolineare che il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

Ne consegue che il Valore Pubblico non s'inventa ma si progetta, non può essere il frutto di una contingenza fortunata o casuale, ma il risultato di un processo razionalmente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Questo significa adottare una serie di strumenti specifici, coerenti con tale finalità, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

Presupposto imprescindibile per assumere decisioni strategiche è lo sviluppo in continuo del processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholder capaci di influenzare le decisioni stesse.

2.1.1 SWOT Analysis

Per palesare i fattori endogeni, punti di forza e punti di debolezza del sistema aziendale, ossia gli elementi capaci di favorire o di ostacolare il perseguimento degli obiettivi, e quelli esogeni, ovvero le opportunità o minacce che derivano dal contesto esterno, è opportuno utilizzare l'analisi SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats).

Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema, che possono condizionarlo sia positivamente che negativamente.

Implementare l'analisi SWOT consente dunque di evidenziare i principali fattori, interni ed esterni all'Azienda, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivi di sviluppo



2.1.2 Analisi degli stakeholder

L'analisi degli stakeholder, pilastro della pianificazione strategica, ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un'attesa legittima, di varia natura, sull'attività svolta dall'ASST Mantova e permette, al contempo, di individuare le modalità attraverso le quali l'Azienda contribuisce, tramite la soddisfazione delle aspettative dei sopracitati stakeholder, alla creazione di valore pubblico. Infatti, un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale. Di seguito i principali stakeholder individuati:

STAKEHOLDER											
Utenti e pazienti	Regione Lombardia	Risorse Umane	Ministero della Salute	Fornitori	Agenzia di Tutela della Salute	Studenti Universitari	Università	Organizzazioni Sindacali	Altri Enti del Servizio Sanitario	Enti del Terzo Settore	Comuni

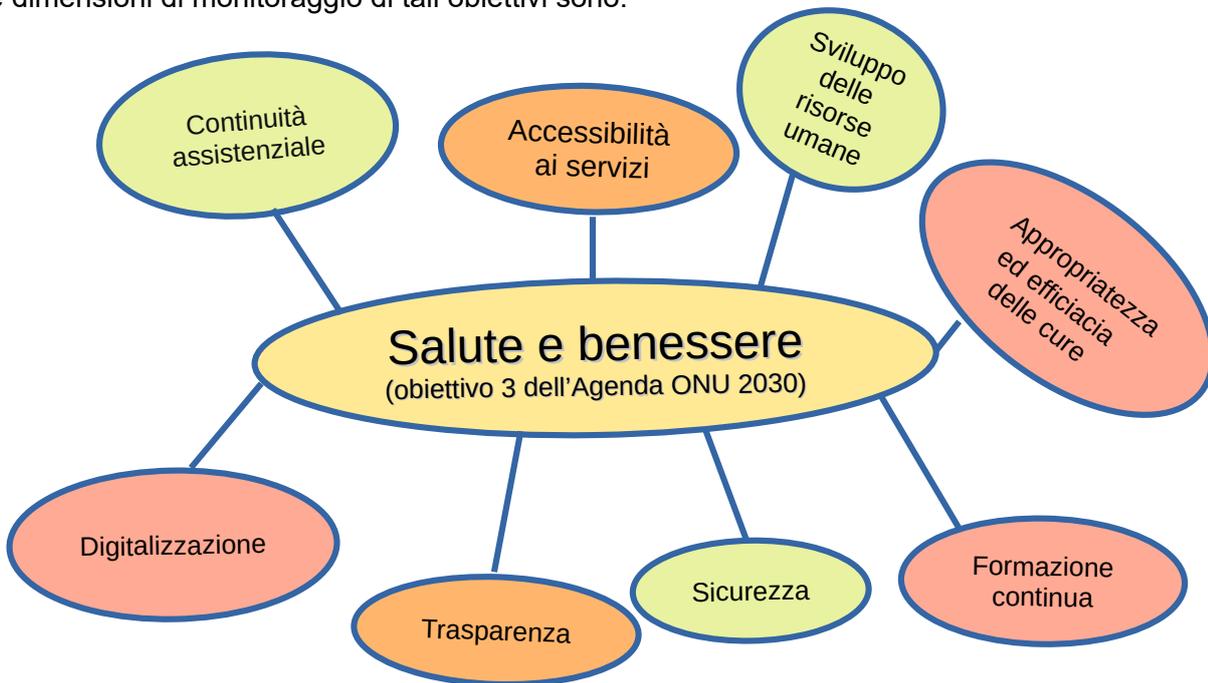
Obiettivi di Valore Pubblico

Gli obiettivi che l'ASST si pone a livello generale e specifico, tenuto conto della normativa nazionale, del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), delle regole di sistema e nel rispetto del proprio contesto di riferimento sono declinati nel presente documento.

Tali obiettivi sono costruiti e sviluppati per aumentare il benessere sanitario e socio-sanitario della popolazione del territorio di competenza, per tutte le età (Goal 3 dell'Agenda ONU 2030) e perciò sono obiettivi di Valore Pubblico.

Si punta, altresì, ad implementare la riorganizzazione della rete territoriale al fine di avvicinare il cittadino alle cure primarie e ai servizi socio-assistenziali e collegarlo, in base alle necessità, direttamente con la rete ospedaliera.

Le dimensioni di monitoraggio di tali obiettivi sono:



Gli indicatori attraverso i quali valutare la capacità dell'Azienda di perseguire i propri obiettivi sono definiti in ogni successiva sottosezione.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 La pianificazione strategica e la programmazione delle attività produttive

Gli obiettivi strategici che la Regione annualmente declina sulle varie aziende hanno avuto una importante revisione legata all'applicazione del principale riferimento normativo e strategico elaborato a seguito dell'emergenza epidemiologica, in seno al Ministero della Salute: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvata dalla Commissione Europea il 22/06/2021.

La base operativa adottata per la redazione del documento è essenzialmente costituita dalle indicazioni definite nell'ambito Obiettivi regionali specifici annuali e dalla programmazione sanitaria descritta nelle Regole di Sistema.

Le traiettorie strategiche così derivate definiscono innanzitutto il consolidamento di ambiti produttivi di intervento per il prossimo triennio:

- Proseguimento delle strategie di ripresa e crescita dell'attività chirurgica,
- Progressiva riduzione delle liste di attesa chirurgiche pregresse
- Sviluppo e messa regime dell'attività Neurochirurgica
- Sviluppo e messa a regime della chirurgia robotica
- Ricoveri Oncologici e non: mantenimento/superamento delle percentuali erogate nelle classi di priorità
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale PNGLA
- Attività di screening

In ambito territoriale, la ASST di Mantova ha avviato percorsi gestionali su diverse ambiti (cronicità, fragilità, psichiatria, dipendenze, consultori) implementando nuovi strumenti, come la telemedicina, a pazienti che necessitano di un monitoraggio domiciliare di alcuni parametri clinici misurati con dispositivi medici. Tale progettualità è stata estesa anche a pazienti cronici, considerati ad alto rischio a causa delle condizioni di salute, con la possibilità di effettuare visite di controllo con videochiamata più eventuale utilizzo di devices.

Dopo l'emergenza Covid sono in fase di netta ripartenza e implementazione tutte le attività previste nei processi di crescita e sviluppo dell'integrazione col territorio, già riportate come obiettivi negli anni precedenti:

- il completamento e diffusione del sistema di presa in carico del paziente cronico; la riduzione dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni;
- il riordino della rete d'offerta,
- la presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno;
- la promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e sociosanitari;
- lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- la ricostruzione e l'allineamento della filiera erogativa fra ospedale e territorio;
- l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni;

- l'appropriatezza e la sicurezza delle cure e prestazioni/servizi;
- la promozione e l'adozione di modelli e meccanismi operativi in grado di implementare una visione e gestione per processi;
- la sostenibilità del sistema, garantendo al contempo gli adeguamenti tecnologici, il recepimento dell'innovazione e l'aggiornamento continuo degli operatori.

A questi va aggiunto un macro obiettivo sulla **prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza** (ICA). Su tale ambito regione ha investito importanti risorse, includendo la tematica nei progetti facenti parte del PNRR. Già dalla fine del 2023 e durante tutto il 2024 sono stati condotti corsi di formazione sia a distanza sia in presenza, sul corretto comportamento dei professionisti nell'ambito della propria attività lavorativa e nel contesto ospedaliero e territoriale.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO, POLIPATOLOGICO E FRAGILE

Le patologie croniche rappresentano la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, soprattutto nella popolazione anziana.

Si rende pertanto necessario un approccio clinico assistenziale differente, che permetta una presa in carico efficace e reale, rispetto ai tradizionali percorsi di cura rivolti al trattamento di patologie acute. La gestione del paziente cronico prevede un approccio olistico, rivolto al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale associato alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita, attraverso un trattamento integrato e di supporto al self-management ed al follow-up, passando dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina di iniziativa, ossia la proattività.

La presa in carico della paziente cronico prevede interventi finalizzati a promuovere i corretti stili di vita, una buona aderenza alle terapie farmacologiche ed alle prestazioni ambulatoriali indicate nel PAI, mediante l'utilizzo di strumenti organizzativi e tecnologici che rinforzino il rapporto di cura con l'equipe dei professionisti e la corretta interazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti ospedalieri.

I soggetti affetti da patologie croniche devono poter accedere facilmente sia alle prestazioni specialistiche, sia ai servizi territoriali con la garanzia che i due livelli siano integrati e al bisogno si scambino tempestivamente informazioni e suggerimenti a supporto e in miglioramento del percorso di presa in carico.

SVILUPPO DEI PROCESSI DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

Le patologie croniche rappresentano la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, soprattutto nella popolazione anziana.

Si rende pertanto necessario un approccio clinico assistenziale differente, che permetta una presa in carico efficace e reale, rispetto ai tradizionali percorsi di cura rivolti al trattamento di patologie acute. La gestione del paziente cronico prevede un approccio olistico, rivolto al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale associato alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita, attraverso un trattamento integrato e di supporto al self-management ed al follow-up, passando dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina di iniziativa, basato sulla proattività.

La presa in carico della paziente cronico prevede interventi finalizzati a promuovere i corretti stili di vita, una buona aderenza alle terapie farmacologiche ed alle prestazioni ambulatoriali indicate nel progetto di assistenza individuale integrata (PAI), mediante l'utilizzo di strumenti organizzativi e tecnologici che rinforzino il rapporto di cura con l'equipe dei professionisti e la corretta interazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti ospedalieri.

I soggetti affetti da patologie croniche devono poter accedere facilmente sia alle prestazioni specialistiche, sia ai servizi territoriali con la garanzia che i due livelli siano integrati e al bisogno si scambino tempestivamente informazioni e suggerimenti a supporto e in miglioramento del percorso di presa in carico.

La DGR n. XII/1827 del 31 Gennaio 2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" (Regole 2024) ha confermato la rilevanza dell'arruolamento proattivo da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) verso i propri assistiti, della valutazione clinica del paziente, della garanzia dell'aderenza terapeutica tramite la pianificazione delle prestazioni e del corretto supporto ai cittadini cronici e fragili che richiedono continuità nell'azione di prevenzione e cura. Viene altresì ribadito che il soggetto centrale della presa in carico dei pazienti cronici debba essere il MMG, al quale compete l'arruolamento proattivo dei pazienti cronici e/o fragili, sulla base del rapporto di fiducia tra medico e paziente assistiti, e la stesura del (PAI).

Con la DGR n. XII/2755 del 15/07/2024 "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. XII/1827 del 31 Gennaio 2024" al fine di dare nuovo impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragile, vengono declinati gli obiettivi a livello del singolo MMG, delle Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di MMG e delle ASST, volti al raggiungimento della presa in carico di almeno il 15% dei pazienti cronici sul totale del numero di assistiti cronici di competenza. L'obiettivo è stato successivamente rimodulato sull'ultimo trimestre.

L'ASST di Mantova ha quindi costituito un Organismo Aziendale per lo sviluppo della Presa in Carico del Paziente Cronico (PIC), presieduto dal Direttore Socio-Sanitario e composto dal Referente Aziendale del progetto PIC, dai Direttori di Distretto, dal Direttore dei Sistemi Informativi Aziendali, dal Direttore Cure Primarie, dal Direttore e dal Dirigente della SC ACLIP, da un Dirigente Medico del Distretto Mantovano e dal Dirigente DAPSS del Polo Territoriale. Il gruppo si è incontrato periodicamente per valutare le strategie per informare e coinvolgere i MMG nell'attuazione di questo percorso (riunioni con MMG e AFT sia a livello aziendale che per singolo distretto, comunicazioni scritte con aggiornamenti rispetto al numero di pazienti presi in carico, monitorati attraverso la Dashboard messa a disposizione da Regione).

In ragione del ritardo della messa a disposizione della funzionalità necessarie alla predisposizione e gestione del PAI nell'ambito della piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT), per i Medici in forma singola non aderenti a Cooperativa, l'ASST Mantova, come da indicazioni regionali, ha continuato ad assicurare la continuità del percorso per i pazienti in carico e per nuovi pazienti che ne fanno richiesta, rappresentati prevalentemente da pazienti complessi e polipatologici.

Per il 2025 è prevista a livello regionale la definizione dei percorsi ospedalieri di presa in carico dei pazienti cronici, sui quali andranno allineati quelli già in essere presso la nostra azienda.

ASST Mantova intende inoltre proseguire nel coinvolgimento dei MMG per il loro ruolo centrale nella PIC, con un percorso di co-progettazione dei PDTA delle singole patologie. I PAI dovranno inoltre prevedere, oltre alla pianificazione delle prestazioni specialistiche e della terapia farmacologica, l'inserimento del monitoraggio da parte degli Infermieri di famiglia, strutturato secondo il progetto di sorveglianza domiciliare (PSD) anche attraverso percorsi di telemedicina (telemonitoraggio).

SVILUPPO DI ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Per il 2025-27 l'ASST Mantova intende sviluppare e continuare progetti rivolti alla promozione dei corretti stili di vita attraverso:

- Incontri strutturati con Gruppi di pazienti per corretti stili di vita (es. ambulatorio antifumo, counselling sull'attività fisica adattata, alimentazione corretta nel paziente cardiopatico), declinati a livello Distrettuale;
- Promozione e coordinamento di interventi che, attraverso strategie organizzative ed educative conformi alle indicazioni delle regole di sistema annuali regionali, alla declinazione delle stesse da parte di ATS ed agli indirizzi conseguenti individuati dalla Direzione ASST, concorrono al raggiungimento dei LEA;
- Collaborazione con associazioni di volontariato – promozione della salute;
La rete di collaborazione con le associazioni di volontariato comprende anche la formazione dei volontari al riconoscimento di strategie utili al supporto del paziente fragile e della sua famiglia;
- Collaborazione con i MMG/PLS, specialisti ambulatoriali/ospedalieri ed operatori sanitari sulle tematiche della promozione della salute, prevenzione e counselling motivazionale breve;
- Collaborazione con la Struttura Prevenzione e Protezione Aziendale e la struttura Medicina del Lavoro per la promozione di stili di vita favorevole alla salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali negli ambienti di lavoro e nell'ambito del WHP.

SVILUPPO ATTIVITÀ SPECIALISTI AMBULATORIALI

In merito allo sviluppo delle attività e delle progettualità da assegnare agli specialisti ambulatoriali e in attesa delle indicazioni rispetto alle aree di interesse regionale individuate dall'Accordo Integrativo Regionale, nell'anno 2024 si intende mantenere, come orientamento generale, alcuni progetti obiettivo di interesse aziendale già proposti e attuati nel 2023 e negli anni precedenti, rispettando le indicazioni fornite da Regione che aveva individuato le macro-aree all'interno delle quali doveva essere fatta la declinazione degli obiettivi medesimi, in particolare, la presa in carico del paziente cronico.

Per l'anno 2024 si propone la realizzazione del progetto obiettivo, realizzato nell'ambito della Macroarea prevista dall'AIR 2023 in ambito di AFT per la presa in carico del paziente cronico, secondo cui lo specialista ambulatoriale è deputato alla prescrizione e prenotazione in agende dedicate delle proprie visite di controllo secondo le modalità apprese nel corso formativo aziendale, propedeutico alla realizzazione della riorganizzazione prescrittiva, dal titolo "Gestione della prenotazione del follow up rivolto al paziente cronico all'interno delle Case di Comunità" eseguito nel 2023 e terminato nel mese di Dicembre 2023.

Premesso che gli specialisti ambulatoriali partecipano singolarmente e per il tramite dell'AFT all'organizzazione del sistema di presa in carico del paziente cronico, in ottemperanza a quanto previsto dall'ACN/2020 e dall'A.I.R. si ritiene necessario riproporre un progetto obiettivo finalizzato ad un maggior coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali afferenti ad alcune branche specialistiche (es. cardiologia, reumatologia, neurologia, diabetologia) nel reclutamento dei pazienti cronici nei PAI, nonché il progetto elaborato specificamente per il contenimento delle liste di attesa, già attuato a partire dal 2021.

PROGETTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

L'Area Ufficio Stampa, Comunicazione e Urp si prefigge ha sviluppato soprattutto, nel corso degli ultimi anni, i canali di comunicazione online sia nei confronti dei cittadini che nei confronti dei professionisti dell'azienda, facendo dialogare i vari strumenti a disposizione in un'ottica di comunicazione circolare e integrata. Questa operazione continuerà negli anni 2025-2027, con particolare riferimento ai canali social e alla produzione di video. Un altro filone di spicco è quello del linguaggio dell'arte, utilizzato tramite varie iniziative per migliorare il dialogo fra pazienti e operatori, fra comunità locale e comunità curante, favorendo il benessere di entrambi.

L'obiettivo prevede:

- a. il perfezionamento dei contenuti del sito internet e del portale intranet. In particolare, i contenuti del sito internet vengono costantemente aggiornati in adeguamento alla legge di potenziamento della sanità lombarda, con le nuove strutture previste. Sempre sul sito internet sono stati valorizzati i professionisti medici di Asst, attraverso la pubblicazione delle loro fotografie e dei loro cv per migliorare la loro visibilità; sono state create e in corso di creazione aree dedicate ai principali percorsi di diagnosi e cura di ASST;
- b. è stato implementato il periodico online Mantova Salute, con incremento dei contenuti di approfondimento video e l'introduzione di una nuova newsletter creata con un programma professionale, da spedire a tutti i dipendenti, i contatti media, le principali autorità e i cittadini che si sono volontariamente iscritti. I contenuti pubblicati sul periodico Mantova Salute vengono poi postati sui profili social istituzionali, alimentandoli; nel 2024 si è dato vita a una web tv, che veicola contenuti video e che sarà sviluppata nel corso degli anni (oltre 40 video pubblicati nel 2024).
- c. sono stati implementati i contenuti social, in particolare del profilo Instagram, aperto nel marzo 2020 con: incontri in diretta Facebook e Instagram con la popolazione tenuti dai professionisti, stories, video dei professionisti, campagne di sensibilizzazione, contest;
- d. nel 2023 è stato introdotto un account Whatsapp per informare dapprima i professionisti e in un secondo momento i cittadini sulle notizie, gli eventi e i contenuti di servizio più significativi;
- e. Nel 2024 sono stati attivati gli account Youtube e Linkedin, il primo per una diffusione più capillare dei video (rispetto al professionale Vimeo, già presente da anni e dismesso a favore di Youtube), il secondo per favorire il reclutamento di professionisti e creare una comunità professionale, promuovendo le eccellenze di Asst, vista la specificità del canale. Questi due account sono stati potenziati nel corso del 2024 e continueranno ad esserlo negli anni successivi attraverso progetti strategici;
- f. Nel 2022, 2023 e 2024 è stata sviluppata la copertura media locale, attraverso la realizzazione di un inserto (nel 2024 singole pagine) dedicato sul quotidiano La Gazzetta di Mantova (anche in versione digitale sul sito della testata) e di un format televisivo dedicato su Telemantova con proiezione di video che raccontano l'attività dei reparti di ASST. I video sono pubblicati inoltre sul sito di Telemantova e sui canali digitali di ASST;
- g. Continua e si articola sempre di più il progetto *Arte in ospedale*, per favorire l'umanizzazione dei luoghi di cura e delle cure, migliorare l'impatto con l'ospedale, alleviare la sofferenza, stimolare la partecipazione della comunità locale attraverso il linguaggio della bellezza. In particolare, nell'ambito di questo progetto, è nato nel 2022 *Hallart*, spazio espositivo permanente nella hall dell'ospedale di Mantova, che prevede l'allestimento di mostre a ciclo continuo (sette mostre realizzate fra il 2022 e il 2024, tre previste per il 2025). L'iniziativa proseguirà ogni anno. Nel

2023 e 2024 sono stati inoltre organizzati percorsi artistici per i pazienti in collaborazione con Palazzo Ducale e Fondazione Palazzo Te, da continuare negli anni a venire. Con quest'ultima è stato avviato un progetto che prevede uno studio clinico a cura della struttura di Nefrologia per verificare l'impatto dell'arte sui pazienti dializzati. Nell'ambito del progetto, il 16 ottobre 2024 è stato organizzato un convegno dal titolo 'Cura e cultura: l'arte di dire la parola giusta', con crediti formativi per medici, infermieri, ostetriche. Sempre nell'ottica del miglioramento del benessere e della comunicazione di operatori e pazienti sono state inoltre proposti laboratori emozionali alla mostra in corso a Palazzo Te ('Picasso: poesia e salvezza') per i dipendenti e una performance teatrale, sempre a Palazzo Te, sull'importanza della parola nelle relazioni di cura dedicata alla poetessa Emily Dickinson. Nel 2025 e 2026 continuerà la collaborazione con Palazzo Te e Palazzo Ducale in quest'ottica.

- h. L'area ufficio stampa e comunicazione collabora attivamente dal 2024 – a livello organizzativo, nell'ideazione grafica dei supporti comunicativi e nella diffusione tramite tutti i canali di comunicazione - al progetto 'L'arte di prendersi cura di sé', promosso dalla direzione sociosanitaria e dedicato agli ultra 65enni per contrastare, attraverso eventi culturali, l'isolamento, la solitudine e i disagi che ne derivano. Il progetto è realizzato in partnership con le principali realtà culturali mantovane ed entrerà nel vivo a partire dal 2025.

PROGETTO SNELLIMENTO PROCEDURE CONTABILI E GESTIONALI – NUOVO SISTEMA AMMINISTRATIVO GESTIONALE AZIENDALE ERP

Nel 2025 proseguiranno le attività inerenti a questo importante progetto innovativo.

Il progetto finalizzato alla implementazione sulla rete aziendale del nuovo sistema gestionale di contabilità ha avuto inizio nel mese di ottobre 2022, a seguito dell'autorizzazione della Direzione aziendale a procedere con l'adesione alla convenzione CONSIP per l'acquisto del nuovo applicativo dalla ditta Dedalus spa.

Il nuovo sistema di tipo ERP (Enterprise Resource Planning) consiste in un nuovo sistema informatico per lo svolgimento di tutte le operazioni con rilevanza contabile e riassumibili nelle seguenti attività:

- la gestione delle richieste e degli ordini di approvvigionamento
- la gestione anagrafe prodotti e fornitori
- la gestione della contabilità e delle movimentazioni di magazzino farmaceutico ed economico (carichi, scarichi, inventariazione, gestione riordino e accettazione ecc.)
- la gestione dei contratti e dei fornitori
- la gestione del patrimonio, del libro cespiti, dei processi di inventariazione e riconciliazione contabile
- la gestione delle casse economiche
- il controllo di gestione in piena aderenza con regole e procedure definite uniformemente in ambito regionale
- i processi di rilevazione in contabilità generale dei fatti gestionali

- i processi di rilevazione dei fatti gestionali in contabilità analitica

A seguito della stipula del contratto di fornitura, si è costituito un gruppo di progetto a cui sono stati chiamati a partecipare i responsabili delle strutture interessate ed alcuni loro diretti collaboratori, supportati da un consulente esterno professore presso l'Università degli Studi di Milano.

Nell'ambito del gruppo di progetto sono stati quindi individuati i key user di processo, in qualità di referenti per ciascuna delle aree di attività su cui il nuovo gestionale è destinato ad operare, con il compito di coordinare e condividere con i colleghi che svolgono funzioni analoghe, le attività necessarie a dare compimento allo sviluppo del progetto.

Sul progetto esecutivo presentato in data 21 Ottobre 2022, è stato chiesto alle strutture aziendali interessate di formulare osservazioni e proposte, che sono state quindi condivise con il fornitore.

Si è quindi dato incarico alle medesime strutture di descrivere i rispettivi processi funzionali e nel mese di novembre si sono avviati i primi incontri conoscitivi con la ditta Dedalus, nei quali si è iniziata l'analisi congiunta dei medesimi processi e delle loro relative criticità, tenuto conto del sistema operativo in uso e delle attuali modalità di lavoro.

L'analisi dei processi di attività è stata effettuata secondo una modalità di osservazione critica e al tempo stesso propositiva, con lo scopo di dare a Dedalus elementi utili per modellare il nuovo sistema sulle nostre specifiche esigenze.

Veniva contestualmente riscontrato da parte del consulente esterno che la migrazione a un nuovo sistema operativo fosse l'occasione proficua per intervenire nella ricodifica dei Fattori produttivi e per la revisione del Piano dei Centri di costo, da un lato per valutare i possibili margini di miglioramento della reportistica e del suo livello di dettaglio, dall'altro per potenziarne la combinazione con altre dimensioni di controllo.

Sulla base di tali considerazioni, successivamente condivise dal responsabile della struttura Controllo di Gestione, è stato quindi avviato un lavoro parallelo in tale direzione, con il supporto del medesimo consulente esterno.

In data 5 novembre Dedalus trasmetteva i tracciati per l'importazione dei dati dal gestionale esistente al nuovo applicativo, sui quali il riscontro da parte della ditta Data Processing si è avuto soltanto alla fine del mese di gennaio 2023 (nonostante i numerosi solleciti da parte della Struttura Sistemi Informativi aziendale): per cui solo a febbraio si sono potuti avviare i primi confronti tecnici ed in seguito i primi passaggi di dati.

Nel mese di marzo, con il parere favorevole della Direzione Amministrativa aziendale, al progetto di implementazione del nuovo sistema operativo, è stata affiancata l'iniziativa denominata "Dedalus Ways to Value", con lo scopo di misurare il valore del progetto in termini di governance, efficienza operativa ed economica.

Il team di Delivery di Dedalus veniva quindi affiancato da un team di global marketing, per lo studio di alcuni indicatori prima e dopo l'implementazione del nuovo gestionale, in una prima fase condivisi con riferimento al processo di ordinazione e di liquidazione fatture.

Nel frattempo, sono proseguiti i confronti di analisi dei processi con Dedalus, conclusi con gli ultimi incontri tenutesi nel mese di giugno.

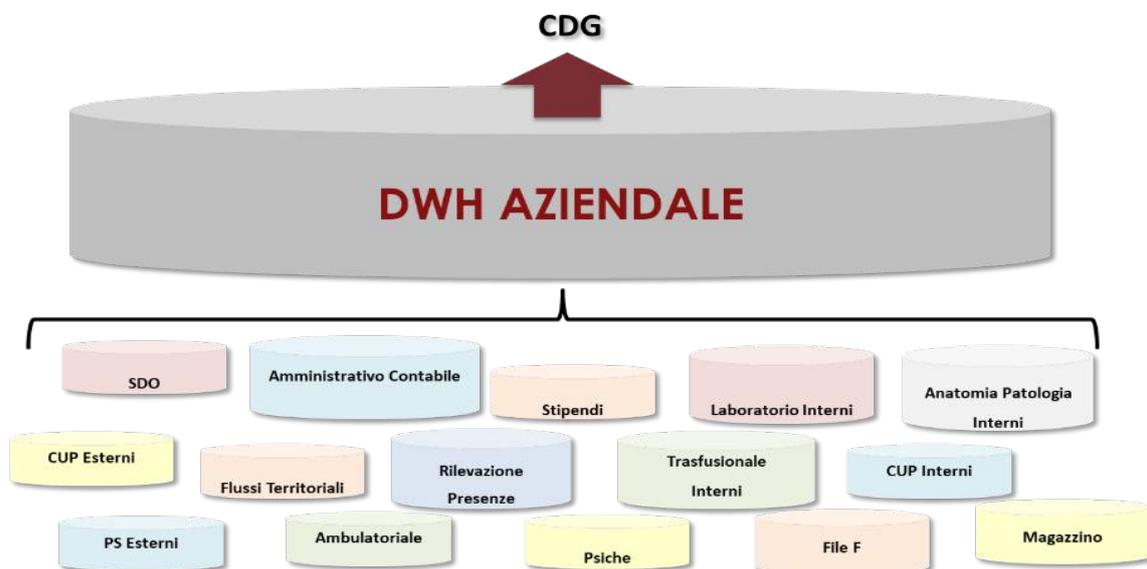
Completata la configurazione del nuovo sistema e superati gli iniziali problemi tecnici riscontrati, sono stati programmati, a partire dal 1° luglio e per cinque giornate successive, i primi incontri di addestramento e formazione in un ambiente di test dedicati ai Key user, durante i quali è previsto che vengano presentate le funzionalità del nuovo applicativo rispetto ai processi di competenza della

Struttura Economico Finanziaria e ai processi di ordinazione dei beni e servizi, alla gestione delle anagrafiche prodotti, alla modalità di gestione a sistema dei conti deposito e conti visione, per finire tale prima sessione formativa con l'esame delle modalità di liquidazione delle fatture e di gestione del Magazzino farmaceutico ed economale.

La riforma dei sistemi contabili ha preso inizio in Azienda già dal 2021 con la revisione dei processi del controllo di gestione e della contabilità analitica. Questa progettualità complessa si è realizzata attraverso l'implementazione di un nuovo sistema informativo basato sul potenziamento del Data Warehouse, sulla genesi di un nuovo piano dei centri di costo e sulla creazione di un nuovo sistema di reporting direttamente collegato alle banche dati dei flussi di produzione e di costi. Con l'avvento del nuovo POAS e la riforma del sistema sanitario regionale (legge regionale 22 del 2021), il progetto è stato ulteriormente rinnovato, attraverso un adattamento/aggiornamento del piano dei centri di costo e della contabilità analitica alle nuove gerarchie aziendali. Le figure sottostanti mostrano una sintesi delle progettualità del rinnovo della contabilità aziendale. Alla fine del 2023 l'azienda dispone di un sistema di reporting completamente rinnovato e arricchito con informazioni prestazionali del territorio (Distretti, case di comunità, oltre che Cure palliative, Consultori, Serd, ADI. Sono stati prodotti manuali d'uso per la gestione di flussi di Contabilità analitica, Conto di Presidio. In occasione della predisposizione del percorso di budget 2024, è stato prodotto, ancora in veste sperimentale, in derivazione dal DWH, il conto economico per centro di costo per tutte le articolazioni aziendali.

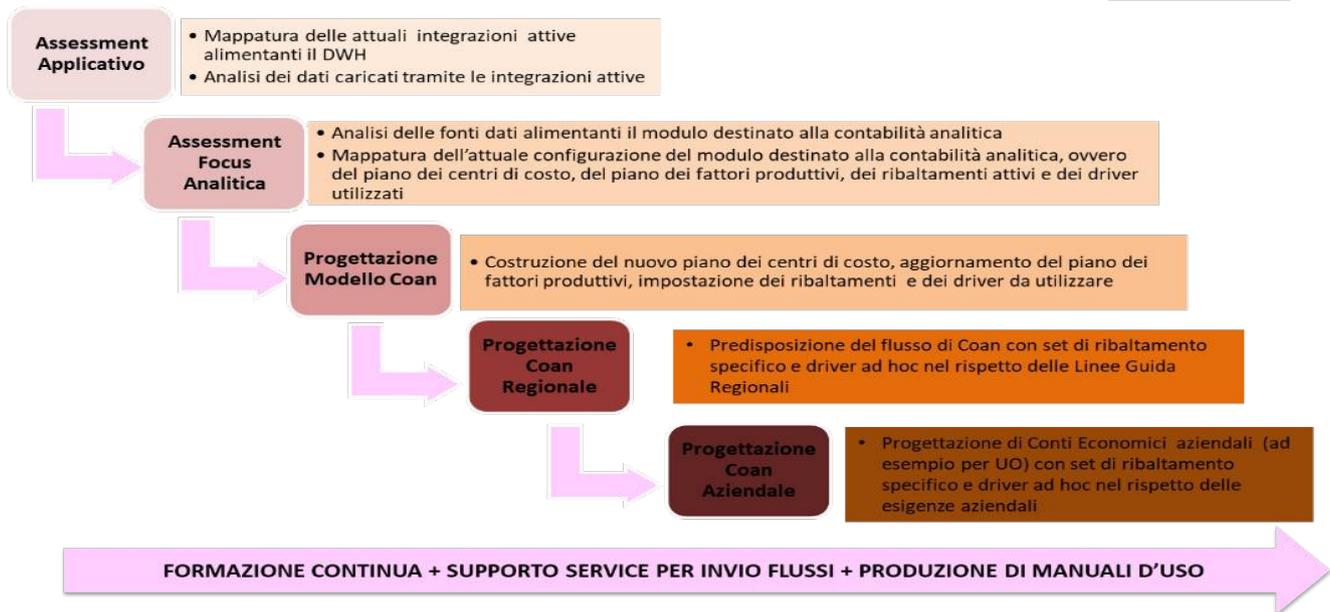
Il Data WareHouse (DWH)

L'elemento strategico per una Contabilità Analitica Aziendale ingegnerizzata e digitalizzata è la realizzazione del DWH



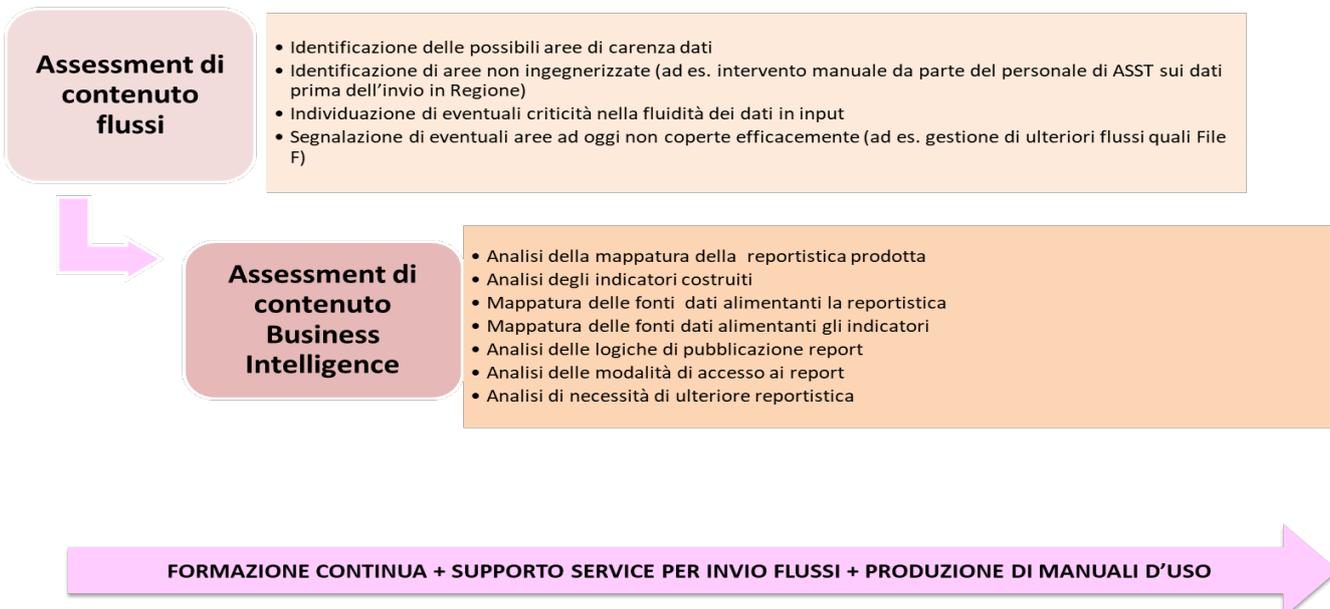
Il Progetto con la Software House (1/2)

1° ANNO



Il Progetto con la Software House (2/2)

1° - 2° ANNO



PROGETTO “INFERMIERE DI FAMIGLIA e COMUNITÀ”

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) è un professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multidisciplinare, promuove e facilita interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento; sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione l'educazione e la promozione del self-care e la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale al fine di favorire, attraverso un lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema territoriale (MMG/PLS, specialisti, servizi ambulatoriali e domiciliari, reparti di degenza, strutture socio sanitarie, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazione di volontariato ecc).

ORGANICO

Con DGR XI/7758 del 28/12/2022, è stata prevista una dotazione organica di Infermieri di Famiglia e Comunità (sia per CDC che per la COT) per ASST Mantova di 87 unità; al 12/12/2024 l'organico comprende 69 unità, così suddivise:

- Distretto Mantovano: n.28 COT E CDC Sede Mantova
- Distretto Basso Mantovano: n. 16 (8 unità CDC/COT Suzzara e 8 CDC/COT Quistello)
- Distretto Alto Mantovano: n.17 (6 unità CDC/COT Asola e 11 unità CDC/COT Goito)
- Distretto oglio Po Casalasco Viadanese: n. 8 (5 unità CDC/COT Viadana e 3 unità CDC Bozzolo)

FORMAZIONE

Nell'anno 2024 sono stati programmati e attivati i seguenti percorsi formativi:

- CORSO IFEC Accademia Polis (8 partecipanti): 64 ore lezioni frontali- 200 ore di tirocinio presso la rete di servizi interaziendali e ideazione e discussione di specifici project-work.
- LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI CENTRALI E PERIFERICI IN AMBITO TERRITORIALE
- LA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI DI PROSSIMITÀ/CASE DI COMUNITÀ: PRESA IN CARICO, TRATTAMENTO E RACCORDO CON LA RETE DEI SERVIZI
- PROMOZIONE SANI STILI DI VITA – APPROCCIO AL TABAGISMO
- IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE NEL PAZIENTE FRAGILE CRONICO
- GdM "PUA E UVM – STRUMENTI E METODI PER LA VALUTAZIONE E PER LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DELL'UTENTE FRAGILE – INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI MANTOVA "
- IL TELECONSULTO QUALE STRUMENTO PER LA GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO CONDIVISA TRA MMG, PdF E SPECIALISTA, ALLA LUCE DELLE NORMATIVE VIGENTI E DELLE REGOLE DI ESERCIZIO PER L'ANNO 2024.

CAMPO DI AZIONE E ATTIVITA'

Le funzioni di competenza dell'IfeC spaziano dall'ambito preventivo/educativo all'ambito curativo/assistenziale e sono rivolte ai cittadini di qualsiasi età, sia nell'ottica di una presa in carico efficace dei soggetti cronici e fragili che richiedono un approccio clinico-assistenziale diverso dai tradizionali percorsi di cura, che nei confronti di soggetti sani attraverso attività proattive di prevenzione e promozione della salute.

L' IFeC interviene sostanzialmente in tre ambiti:

LIVELLO AMBULATORIALE: ambulatori dedicati presenti presso le CDC o ambulatori spoke ubicati in zone prive o carenti di servizi fungendo da punto di contatto di prossimità dove il cittadino può trovare orientamento e risposte ai suoi bisogni di salute, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici. L'ambulatorio è rivolto a persone deambulabili o facilmente trasportabili, che presentano bisogni di bassa/media intensità assistenziale o che necessitano di informazioni e orientamento alla rete dei servizi o di interventi educativi di self-care, promozione alla salute e sani stili di vita. L'attività ambulatoriale può prevedere l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza.

In ASST Mantova sono stati aperti n. 10 AMBULATORI INFERMIERISTICI gestiti direttamente dagli IfeC e vengono erogate due tipologie di prestazioni (come da PDTA PrS01PC01IFeC):

1. Prestazioni erogabili tariffabili per le quali si rende necessaria la prescrizione medica (Tariffario regionale del 01 agosto 2019), incluse nei livelli essenziali e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017)
2. Prestazioni non tariffabili quali valutazione dei bisogni, educazione sanitaria, addestramento utilizzo device, informazioni ed attivazione dei servizi territoriali disponibili, informazioni di carattere sanitario ed assistenziale

Distretto	Sede e indirizzo	tel	Orario apertura*	Mail
Alto Mantovano	Casaloldo Via Matteotti 1	0376435784	Lunedì e venerdì dalle 8.30 alle 9.30	infermierifamiglia.asola@asst-mantova.it
Basso Mantovano	c/o CdC Suzzara Via Cadorna, 2 Piano terra	0376435416	Martedì dalle 8.30 alle 10.30	infermierifamiglia@asst-mantova.it
	Pegognaga Via Donatori del sangue, 10	0376435416	Lunedì e mercoledì dalle 8.30 alle 10.00	ambulatorioinfermieri.pegognaga@asst-mantova.it
	C/o CdC Quistello via Bettini, 1	0376435904	Giovedì dalle 10.30 alle 12.00	infermierifamiglia.quistello@asst-mantova.it
Mantovano	Mantova – Lunetta Viale Lombardia 18	0376201418	Su appuntamento	infermierifamiglia.mantova@asst-mantova.it

	c/o CdC Mantova via Trento, 6	0376464435	Martedì e venerdì dalle 14.30 alle 16.30	infermierifamiglia.mantova@ asst-mantova.it
	Borgo Virgilio Via Falcone, 1	0376201839	Martedì e venerdì dalle 9.00 alle 11.00	infermierifamiglia.mantova@ asst-mantova.it
	Roncoferraro Lago Nuvolari, 4	0376464435	Lunedì, mercoledì e venerdì dalle 10.00 alle 12.00	infermierifamiglia.mantova@ asst-mantova.it
Casalasco- Viadanese	Campitello via Rossini, 1	0376909384	Mercoledì dalle 8.30 alle 10.00	Infermierifamiglia.bozzolo@a sst-mantova.it
	Viadana L.go De Gasperi	0376435873	Lunedì dalle 13.00 alle 14.00 Giovedì dalle 8.30 alle 9.30	Infermierifamiglia.viadana@a sst-mantova.it

Dal **gennaio ad ottobre 2024** (dati da OSLO) le prestazioni erogate dagli IFEC presso gli ambulatori di prossimità sono state: **3383 così suddivise:**

- **Distretto Alto mantovano: 11 prestazioni**
- **Distretto Basso mantovano: 961 prestazioni**
- **Distretto Mantovano: 523 prestazioni**
- **Distretto Casalasco Viadanese: 1888 prestazioni**

LIVELLO DOMICILIARE: rivolto a persone con patologie croniche e/o con fragilità e con difficoltà ad accedere ai servizi ambulatoriali, che necessitano di una valutazione dei bisogni assistenziali, orientamento, accompagnamento e attivazione della rete dei servizi socio-sanitari, attività di counseling per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e familiare; monitoraggio periodico dello stato di salute e di segni e sintomi riconducibili a episodi di scompenso e complicanze, al fine di agire precocemente ed evitare il più possibile l'ospedalizzazione non necessaria; in caso di bisogno eroga prestazioni infermieristiche in estemporanea.

Tutte le attività dell'IFeC vengono registrate nel portale regionale SGDT (Sistema Gestione Digitale Territoriale), che prevede l'inserimento dell'anagrafica del paziente, la valutazione dei bisogni, la pianificazione delle attività, la programmazione degli interventi, la verifica degli interventi effettuati e la registrazione nel diario giornaliero. A domicilio viene rilasciato un diario domiciliare in cui l'IFeC segnala tutte le attività svolte

La segnalazione /richiesta di intervento viene inoltrata dal MMG/PLS o dalle dimissioni protette o servizi territoriali (es COT/PUA/ambulatori specialistici ecc); il MMG/PLS viene sempre informato della segnalazione.

Nel 2° semestre 2024 (dal 01/07/2024 al 12/12/24) gli IFEC hanno seguito, a domicilio: N° totale pazienti in carico 1627; N° totale accessi: 13073

LIVELLO COMUNITARIO: con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute e di agire in ottica preventiva rivolta alla collettività e a gruppi omogenei di persone. Collabora con gli enti del territorio, inclusa la scuola, su specifici progetti di promozione della salute. Partecipa attivamente alla campagna vaccinale sia a livello informativo che erogativo (vaccinazioni anti covid domiciliari – vaccinazioni presso HUB.

Nel corso del 2024 gli IfeC hanno collaborato con ATS al Progetto “Gruppi Cammino”, monitorandone i partecipanti – n. sedute anno 2024: **64**

Inoltre, sono stati progettate aperture straordinarie nelle giornate di Sabato e Domenica delle CDC (n. **6** eventi), durante le quali gli IFEC hanno:

- monitorato i parametri dei partecipanti (PA/FC/saturimetria/peso);
- mappato i sani stili di vita;
- promosso l’adesione campagna screening oncologici;
- promosso l’adesione alle campagne vaccinali;

Ulteriori progetti:

L’anno 2024 ha visto anche la strutturazione di nuove strutture previste dal DM 77 e successive delibere: **PUA, COT e OdC**

Gli IFeC sono coinvolti direttamente nei processi che riguardano le sopraccitate strutture, operando sia all’interno del PUA e delle COT per la valutazione dei bisogni degli utenti cronici/fragili, l’individuazione del setting più appropriato, la segnalazione e attivazioni dei servizi e la presa in carico diretta dei pazienti.

- Si è consolidata la presenza di IFEC presso PS di Mantova per la valutazione dei bisogni e l’attivazione dei servizi domiciliari, a favore di utenti che non necessitano di ricovero in reparti ma necessitano comunque di prestazioni e monitoraggio domiciliare. La sperimentazione avviato ha dato i seguenti risultati positivi: 150 attivazioni dell’IFEC in PS nel periodo gennaio – settembre 2024 è stato misurato che l’87% dei pazienti non ha avuto reingressi al PS a 7 giorni dall’evento
- È stato ideato ed attuato un progetto specifico riguardante l’emergenza caldo, che ha visto tutti gli IFEC impegnati nell’individuazione di scorretti stili di vita, attraverso la somministrazione di uno specifico questionario ed il relativo monitoraggio e counselling, per contrastare episodi di disidratazione in tutti i soggetti fragili segnalati da ATS che avevano avuti accessi al PS per diagnosi correlati alla disidratazione o accessi CDOM per terapie reidratanti

Per l'anno 2025 si prevede

- consolidamento delle strutture PUA/COT/OdC e l'individuazione di percorsi specifici di transitional- care
- consolidamento progetto consulenza IFEC presso PS (oltre a Mantova a Borgo Mantovano e Asola)
- raccordo tra ambulatori IFEC di prossimità e ambulatori dermatologia e wound-care attraverso la tele visita
- revisione Piano di Cura IFEC che comprenda la catalogazione delle competenze
- collaborazione dell'IFEC con MMG e specialisti attraverso il teleconsulto (sperimentazione avviata a Mantova)

PIANO PER L'APPLICAZIONE E LA DIFFUSIONE DELLA MEDICINA DI GENERE

Con l'approvazione della legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale" pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 31-01-2018, per la prima volta in Europa, viene garantito l'inserimento del "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci (nell'art.1) e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca, nella formazione e nella divulgazione a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini (nell'art.3). In attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018 è stato approvato il Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.

Regione Lombardia promuovere politiche sanitarie in ottica di genere, infatti con la "Delibera delle Regole di Sistema XI/2672/2019, del servizio sanitario e socio-sanitario regionale lombardo per l'esercizio 2020", ha recepito i capisaldi del "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere". La direzione generale Welfare ha richiesto ai direttori generali delle strutture sanitarie lombarde di nominare un referente per la Medicina di Genere e di inviarne il nominativo alla referente regionale. L'intento è di costituire una rete che vedrà la partecipazione dei 35 rappresentanti finora nominati dai direttori generali di ogni ATS, ASST e IRCCS, e ha indicato gli obiettivi che le ASST devono raggiungere.

L'ASST di Mantova già nel 2020 ha nominato un referente aziendale organizzativo gestionale e un referente clinico per la promozione e implementazione della Medicina di genere e ha definito i seguenti obiettivi:

- prevedere nel Piano formativo aziendale la formazione in Medicina di Genere mediante pianificazione di attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere attraverso iniziative rivolte al personale. A ciò occorre affiancare momenti di sensibilizzazione della popolazione dei territori di riferimento;
- iniziare a predisporre o aggiornare i PDTA in un'ottica di genere su determinate patologie, che consentano a livello aziendale e territoriale un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla malattia, promuovendo il lavoro di equipe attraverso l'integrazione e la comunicazione trasversale tra tutti gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti e monitorando e valutando gli effetti degli stessi mediante l'identificazione di indicatori di processo ed esito genere-specifici che permettano la valutazione e il monitoraggio dei percorsi avviati;

- promuovere la ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere sull'utilizzo di dispositivi medici in un'ottica di genere, in particolare sviluppando alleanze e collaborazioni con altre realtà scientifiche.

PROGETTI TRIENNIO 2025 – 2027

- A livello formativo, oltre alla prosecuzione del percorso formativo POLIS, si prevede la programmazione di corsi specifici rivolte a sani stili di vita, con l'obiettivo di seguire poi gruppi specifici di utenza presso gli ambulatori infermieristici presenti nelle CDC.
- In attesa di indicazioni regionali riguardanti la telemedicina è prevista la stesura di specifico percorso per pazienti che transitano negli ambulatori IFEC e che necessitano di consulenza presso ambulatori vulnologici e dermatologici aziendali
- Si prevede di intensificare il dialogo con i MMG per l'attivazione dell'Ifec
- Si prevedere di intensificare la presenza dell'IFeC nel processo di dimissione protetta e nel percorso di presa in carico da Pronto Soccorso (IO01PC01PSMN).

SISTEMI INFORMATIVI, DIGITALIZZAZIONE, DEMATERIALIZZAZIONE E TELEMEDICINA

L'ASST di Mantova ha sensibilmente consolidato i percorsi al percorso già avviato negli anni precedenti inerente alla dematerializzazione delle prescrizioni e delle relative pubblicazioni dei referti. Sono decollati importanti percorsi di telemedicina in ambito cardiologico; il primo che ha preso inizio a fine 2024 è relativo al teleconsulto in Cardiologia.

A partire dal 2023 Regione ha gestito una gara per tutti gli enti del SSR al fine di dotarli di un'unica piattaforma per la creazione di un ambiente collaborativo di Telemedicina.

L'ASST di Mantova intende proseguire nell'implementazione delle modalità di visita a distanza attraverso l'analisi delle branche specialistiche ove sia applicabile e l'adozione di percorsi e protocolli dedicati.

Il processo di dematerializzazione delle ricette mediche e dei referti ha avuto un trend sensibilmente migliorativo. Nel corso dell'anno la percentuale di impegnative dematerializzate ha raggiunto l'84%, mentre la percentuale di refertazione digitale ha raggiunto il 100% nella maggior parte dei reparti/servizi che effettuano prescrizioni.

Dal punto di vista della componente informatica, nel corso del 2024 sono stati condotti importanti lavori sui seguenti ambiti in materia di digitalizzazione/dematerializzazione e Telemedicina:

- Progetto Fascicolo sanitario elettronico (FSE2.0): è stata resa disponibile firma remota e referti strutturati a livello di Laboratorio, Radiologia, Lettera di dimissione, referti ambulatoriali e Pronto Soccorso.
- Telemedicina: è stata resa pronta la nuova piattaforma di telemedicina (lavori condotti in approvazione AGENAS).
- Proseguono le implementazioni delle nuove piattaforme SGDT – SIAD per la gestione delle attività sociosanitarie del territorio.

I sistemi informativi aziendali rivestono un ruolo strategico nella trasformazione digitale della sanità, garantendo efficienza, sicurezza e accessibilità dei dati. L'ASST si impegna a sviluppare e consolidare un'infrastruttura tecnologica avanzata, in linea con le direttive nazionali e regionali (PNRR, Fascicolo

Sanitario Elettronico, Modello di Sanità Digitale), per migliorare la gestione delle informazioni sanitarie e amministrative.

Gli obiettivi specifici aziendali per i quali è fondata tale la competenza dei Sistemi Informativi sono:

- Potenziamento dell'Infrastruttura IT
- Aggiornamento e consolidamento del Data Center Aziendale
- Migrazione a soluzioni cloud per migliorare scalabilità e resilienza
- Adozione di strategie per la business continuity e disaster recovery

Sviluppo della Sanità Digitale e Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

- Implementazione, diffusione ed evoluzione e della Cartella Clinica Elettronica (CCE)
- Attivazione delle nuove soluzioni per la Digital Pathology
- Attivazione del nuovo Cardiological Information System (CIS)
- Adeguamento della documentazione sanitaria agli standard FSE2.0
- Adeguamento delle piattaforme aziendali al c.s. SISS3
- Interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Digitalizzazione e automazione dei flussi documentali sanitari e amministrativi

Attivazione della Piattaforma Regionale di Telemedicina, CUP Unico Regionale e Servizi Digitali ai Pazienti

- Attivazione della infrastruttura regionale di telemedicina (IRT) per l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio)
- Attivazione del nuovo CUP Regionale
- Sviluppo di strumenti per il tele-monitoraggio dei pazienti cronici e fragili
- Digitalizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali con l'ampliamento delle funzioni disponibili per il sistema SGDT.

Rafforzamento della Cybersecurity e Protezione dei Dati

- Adozione di framework avanzati per la protezione dei dati sensibili (DLP, Zero Trust Security)
- Formazione e sensibilizzazione del personale sui rischi cyber
- Compliance con il GDPR e le normative nazionali in tema di sicurezza informatica

Sviluppo della Business Intelligence e dei Sistemi di Analisi dei Dati

- Implementazione di cruscotti di monitoraggio per l'analisi dei KPI sanitari e amministrativi
- Utilizzo di strumenti di Big Data e Intelligenza Artificiale per l'analisi predittiva della domanda sanitaria

Ottimizzazione e Automazione dei Processi Amministrativi e Contabili

- Integrazione di sistemi ERP per la gestione efficiente delle risorse economiche e umane.

QUALITA' DELLE CURE – APPROPRIATEZZA – RISK MANAGEMENT

Informatizzazione della documentazione sanitaria

Nel 2024 l'ASST di Mantova ha continuato a perseguire l'obiettivo di estensione della digitalizzazione dei processi aziendali informatizzando la documentazione sanitaria e sociosanitaria, sotto il coordinamento del GIDSS (Gruppo per l'Informatizzazione della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria). Contestualmente all'informatizzazione si è provveduto anche alla attualizzazione della documentazione sanitaria stessa.

Il Piano di informatizzazione della cartella clinica di ricovero, autorizzato dalla Direzione Generale con nota Prot. 4913 del 25.01.24, è stato rispettato e ha incluso le seguenti attività:

- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Riabilitazione Cardio respiratoria (nota Prot. 5097 del 25.01.2024)
- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Cardiocirurgia (nota Prot. 20174 del 11/04/2024)
- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Pediatria del PO di Mantova (nota Prot. 26612 del 15.05.2024).

Il succitato Piano nel mese di aprile 2024 è stato integrato con ulteriori obiettivi riconducibili ad interventi previsti dal PNRR (M6C2 i 1.1.1) e dettagliati di seguito:

- estensione della cartella clinica elettronica presso l'Area Testa Collo del PO di (nota Prot. 40260 del 26.07.2024)
- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Riabilitazione Specialistica del PO di Borgo Mantovano a far data nota Prot. 55180 del 22/10/2024)
- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Pediatria del PO di Borgo Mantovano (nota Prot 55180 del 22/10/2024)
- estensione della cartella clinica elettronica presso la SC Riabilitazione Specialistica del PO Asola-Bozzolo - Stabilimento di Bozzolo (nota Prot. 64088 del 06.12.2024)

Con il fine di gestire in sicurezza l'informatizzazione della documentazione sanitaria, il personale medico ed infermieristico è stato prima formato con sessioni teoriche in aula e in seguito affiancato sul campo durante la compilazione e la consultazione della documentazione sanitaria informatizzata di neo-implementazione.

Controllo della documentazione sanitaria

Nel mese di giugno 2024 è stato effettuato l'autocontrollo della qualità documentale delle cartelle cliniche di ricovero del periodo gennaio-marzo 2024 su un campione individuato da ATS Val Padana costituito da circa 900 pratiche di ricovero ordinario e DH (la numerosità del campione è corrispondente al 3% della produzione 2023).

Internal Auditing

L'Internal Auditing nel primo semestre 2024 è stato gestito dalla SC Qualità e Risk Management, mentre nel secondo semestre tale attività è stata affidata alla SC Affari Generali. Nel primo semestre

2024 l'Internal Auditing ha preso in esame il Servizio Ambulatoriale di Odontoiatria del Poliambulatorio di Asola (contratto in service della Odontocoop Coop. Soc. ETS).

Qualità e sicurezza delle Cure – Risk Management

Nel 2024 si è continuato con la gestione integrata del rischio con l'obiettivo prioritario di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tal fine, come delineato nelle "Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024", si è provveduto a:

- segnalare i trigger materno/fetali attraverso il CedaP
- analizzare i trigger materno/fetali significativi per frequenza e/o profilo di rischio individuando azioni di miglioramento da implementare presso i Punti Nascita dell'Azienda
- assolvere al debito informativo relativo alla sorveglianza della mortalità perinatale dalla 22° settimana di gestazione
- organizzare a livello aziendale simulazioni in ambito ostetrico nell'ambito del progetto formativo "Gestione delle emergenze ostetriche: le non Technical Skills (NTS) e la sicurezza del percorso"
- potenziare le strategie per la gestione della sepsi dell'adulto, in particolar modo applicando quanto previsto dal documento regionale "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto"
- svolgere azioni propedeutiche alla diffusione della valutazione del rischio nutrizionale all'area socio-sanitaria, analogamente a quanto già avviene per i pazienti ricoverati in regime ordinario
- assolvere al debito informativo in seguito all'attivazione nel mese di novembre 2024 del sistema regionale di incident reporting denominato HERMLomb.

Inoltre, sono continuate le attività, ormai da tempo in essere, relative a:

- implementazione delle 19 Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria
- segnalazione degli eventi sentinella in SIMES
- inserimento in GEDISS delle richieste di risarcimento
- promozione dei processi di ascolto/mediazione dei conflitti.

PROGETTUALITÀ ANNO 2025

L'ASST di Mantova intende proseguire con le attività strategiche di miglioramento continuo e rivisitazione dei processi organizzativi, clinici ed assistenziali in un'ottica di efficacia ed appropriatezza delle cure, passando attraverso lo sviluppo di un sistema di sicurezza diffuso e di monitoraggio degli esiti.

Nello scenario di integrazione tra ospedale e territorio sono numerosi gli interventi necessari finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni offerte; di seguito si riportano gli ambiti considerati di maggiore rilevanza.

- Monitoraggio aziendale del rispetto delle regole di autorizzazione e di accreditamento e introduzione di eventuali adeguamenti laddove vengano rilevati scostamenti.
- Ottimizzazione dei processi di conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione.
- Implementazione dei processi di informatizzazione e di dematerializzazione della documentazione sanitaria.
- Sviluppo della telemedicina.

- Sviluppo di progettualità sulla tematica della psichiatria territoriale e delle REMS.
- Sviluppo di strategie per la riduzione dei tempi di attesa.
- Definizione di Protocolli Diagnostico Terapeutici e Assistenziali per la corretta e omogenea gestione di patologie croniche con una logica di continuità e collaborazione tra territorio e ospedale.

Il processo di miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni verrà monitorato grazie a programmi di auditing, sia interno che esterno, allo scopo di esaminare le attività svolte, valutare il grado di allineamento alle buone prassi e standardizzazione dei comportamenti e analizzare i risultati raggiunti. Strumenti di monitoraggio interno che continueranno ad essere utilizzati sono la formulazione di indicatori di miglioramento clinico ed organizzativo, l'analisi dei trend e l'evidenza dei miglioramenti ottenuti.

Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si intende proseguire con un piano integrato per la qualità ed il risk management che permette di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività previste per il progetto di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia.

Il Piano di interventi annuale verrà definito sulla base delle aree critiche individuate da analisi interne (audit, segnalazioni di non conformità, near-miss, eventi avversi, eventi sentinella) e sulla scorta delle indicazioni regionali contenute nelle Linee Operative Risk Management 2025 e Regole di Sistema 2025.

Di seguito si elencano le progettualità ad oggi già definite per l'anno 2025, alle quali si aggiungeranno quelle indicate dai succitati documenti di indirizzo regionale.

- Nell'ottica di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni nel mese di ottobre 2024 è stato organizzato da ASST un evento congressuale sull'appropriatezza prescrittiva che ha visto coinvolti Medici ospedalieri e Medici di Medicina Generale. L'impegno nel miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva continuerà nel corso del 2025 con la progettazione di cinque giornate formative durante le quali i Dirigenti medici aziendali afferenti ad aree specialistiche individuate come critiche (tra le altre Ortopedia, Pediatria, Neurologia, Cardiologia) si confronteranno con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta riguardo alla corretta prescrizione di accertamenti clinici e strumentali.
- Altro ambito di intervento sul quale si intende agire è l'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari, sia in regime di ricovero che in dimissione, a fronte del costante incremento del numero di terapie innovative disponibili e rendicontabili nel flusso File F. L'obiettivo è quello di diminuire la spesa farmaceutica a parità di efficacia terapeutica, e con questo intento verrà organizzata una campagna di sensibilizzazione rivolta al personale medico, seguita dalla diffusione a livello aziendale di report di monitoraggio rispetto all'andamento delle prescrizioni di farmaci biosimilari in ASST.
- Nel 2025 si ipotizza un incremento del numero di casi e della complessità degli interventi eseguiti con il sistema robotico Da Vinci con conseguente aumento dei costi legati ai dispositivi medici. Sia per quanto riguarda la chirurgia robotica che per l'attività operatoria neurochirurgica, entrambi ambiti che rappresentano importanti voci di spesa nel campo dei dispositivi medici, verrà sviluppata una progettualità volta alla razionalizzazione degli acquisti degli stessi.
- L'ASST ha un Sistema di Gestione per la Qualità certificato ISO 9001 dal 2006, e progressivamente nel tempo sono stati coinvolti un numero sempre maggiore di strutture

(cliniche, tecniche, amministrative) che quotidianamente concorrono direttamente e indirettamente al processo di cura del paziente garantendo qualità e sicurezza. Nel primo semestre 2025 è previsto il rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015 per i processi già certificati, inoltre, verrà certificato ex novo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle pazienti affette da tumore mammario. Intenzione dell'ASST è estendere la certificazione anche ad altri ambiti e in questa ottica, già dai primi mesi del 2025, verrà preso in esame il processo di procreazione medicalmente assistita, attività che viene svolta presso il Centro di III livello del Presidio Ospedaliero di Mantova.

- Verrà sviluppata una progettualità relativa al monitoraggio microbiologico e particellare degli ambienti indoor ospedalieri destinati ad attività sanitarie. A tale scopo verrà redatto un piano di campionamenti dell'aria e delle superfici, con particolare attenzione alle aree critiche.
- Attività declinate nel "Piano di Igiene e Prevenzione delle ICA – anno 2025" (allegato in fondo al documento).

PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

L'ASST di Mantova conferma anche per l'anno 2024 l'attenzione ai temi delle pari opportunità, della conciliazione, della promozione della cultura di genere, del contrasto alle discriminazioni, della valorizzazione delle differenze, del benessere lavorativo nella sua accezione più ampia.

L'attenzione per le differenze, non solo di genere, trova compiutezza nell'adozione di diverse misure, tra le quali, a titolo esemplificativo, politiche di conciliazione famiglia-lavoro, il lavoro agile ecc.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), posto a presidio dello sviluppo delle politiche per le pari opportunità e l'equilibrio di genere, e l'ASST si impegnano, in particolare, a favorire le azioni descritte di seguito, attraverso la collaborazione degli Uffici/Servizi aziendali coinvolti nell'attuazione concreta delle stesse.

1. Formazione/informazione e aggiornamento

- attività di formazione per i componenti del CUG;
- organizzazione di eventi formativi, per far conoscere le attività del CUG e le tematiche di competenza;
- partecipazione alle attività della rete dei CUG di Regione Lombardia;
- partecipazione dell'ASST a progetti di altri Enti con il coinvolgimento del CUG;
- organizzazione di eventi di sensibilizzazione e informazione anche in concomitanza a Giornate internazionali dedicate alle tematiche di pertinenza (Medicina di Genere, Festa della Donna, giornata internazionale contro la violenza sulle donne, festa del lavoro ecc);

2. conciliazione vita lavoro

- predisposizione di proposte in merito all'attivazione di servizi dedicati ai dipendenti, al fine di poter conciliare vita professionale e vita personale;

3. pari opportunità, contrasto alle discriminazioni, benessere lavorativo

- collaborazione con il gruppo aziendale per la Gestione del Benessere organizzativo e con le strutture aziendali al fine di promuovere e realizzazione di azioni atte a favorire il benessere organizzativo e prevenire lo stress lavoro correlato;
- contrasto alle molestie sessuali, morali e psicologiche, mobbing, straining, situazioni di discriminazioni di ogni tipo: identificazione strategie di prevenzione, anche attraverso la programmazione di corsi e seminari specifici, con l'obiettivo di anticipare l'insorgere delle problematiche e con lo scopo di creare un ambiente di lavoro disteso, svincolato da tensioni e conflitti;
- promozione di azioni volte a favorire la comunicazione interna;

4. Medicina di genere

- collaborazione con le strutture aziendali, al fine di favorire la creazione di un contesto orientato alla medicina di genere.

Il CUG effettua monitoraggi periodici circa lo stato di avanzamento degli obiettivi e raccoglie pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere ad un costante aggiornamento degli stessi, se del caso modificandoli o integrandoli.

2.2.2 Ciclo delle performance – dimensioni di analisi ed indicatori – budget

Ai sensi del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, ciascuna amministrazione pubblica è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti e della crescita delle competenze professionali.

Il processo attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse, si effettua il monitoraggio, si valutano e rendicontano i risultati ottenuti, è detto "Ciclo delle performance".

La performance è il risultato che si consegue svolgendo una determinata attività. Il "risultato" è espresso ex ante come obiettivo ed ex post come esito.

La performance, la sua misurazione e la sua valutazione, sono concetti multidimensionali. Un risultato, infatti, si realizza per l'effetto congiunto di attività che si svolgono lungo diverse dimensioni: dall'organizzazione del lavoro all'impiego di risorse economiche e finanziarie o strumentali, dall'acquisto di beni e servizi al trasferimento di informazioni e risorse.

La misurazione implica la definizione di un sistema di indicatori adeguato a rilevare, in termini quali-quantitativi, le dimensioni di performance. Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi.

Il nuovo art. 19-bis del d.lgs. 150/2009, come da d.lgs. 74/2017, ha introdotto innovazioni sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa.

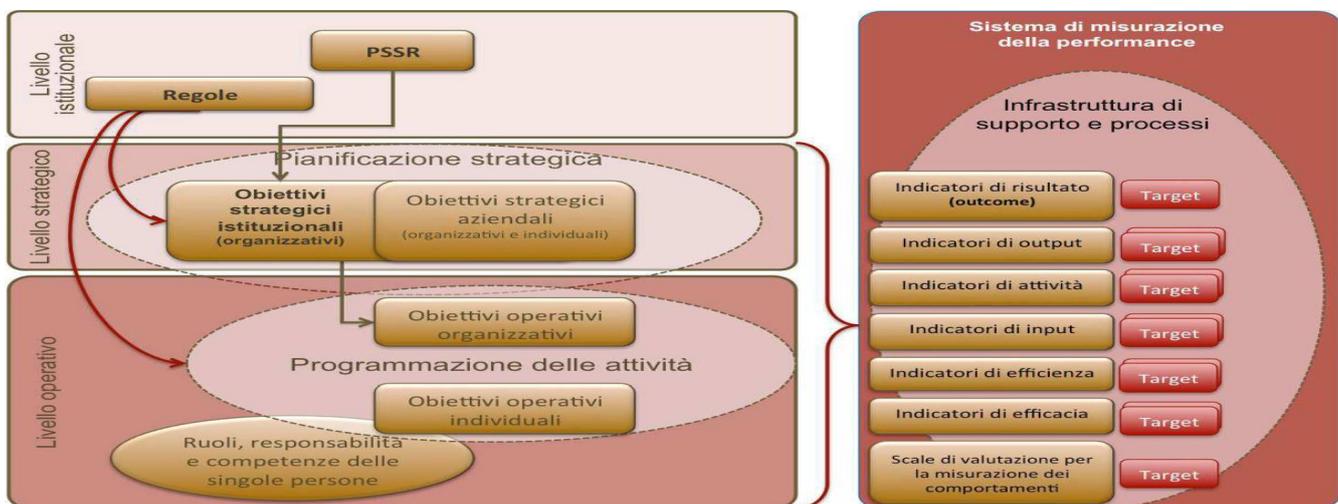
Con le “Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche - n.4 “, pubblicate il 28 novembre 2019, il Dipartimento della funzione pubblica ha fornito le indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare detto coinvolgimento.

L’approfondimento conoscitivo delle recenti indicazioni condurrà quanto prima all’attivazione del processo di valutazione partecipativa.

Le dimensioni di monitoraggio degli obiettivi definiti nella presente sezione sono:

- efficienza (è la capacità di utilizzare le risorse umane, economico-finanziarie, strumentali (input) in modo sostenibile e tempestivo nel processo di erogazione del servizio (output).
- qualità dei processi e dell’organizzazione (rappresenta la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari)
- qualità dell’assistenza (esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito misurando la qualità della prestazione fornita)
- appropriatezza (intesa come modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l’efficienza produttiva ed il consumo di risorse)
- accessibilità e soddisfazione dell’utenza (è la capacità di adeguare l’erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione assicurando equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, a parità di altre condizioni, ponendo attenzione alla qualità percepita dal paziente).

Lo schema sottostante sintetizza la pianificazione/programmazione ai diversi livelli e il sistema di misurazione della performance.



La Direzione Generale (livello strategico), in coerenza con la normativa nazionale, il PRS, il PSSR, le regole di sistema e il proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato). Recependo, altresì, gli obiettivi economici e progettuali specifici del Contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici con l’ATS, attraverso il processo di budget (livello operativo), declina le strategie in piani e obiettivi operativi, da perseguire nell’anno di esercizio, e li assegna ai vari Centri di Responsabilità (CdR).

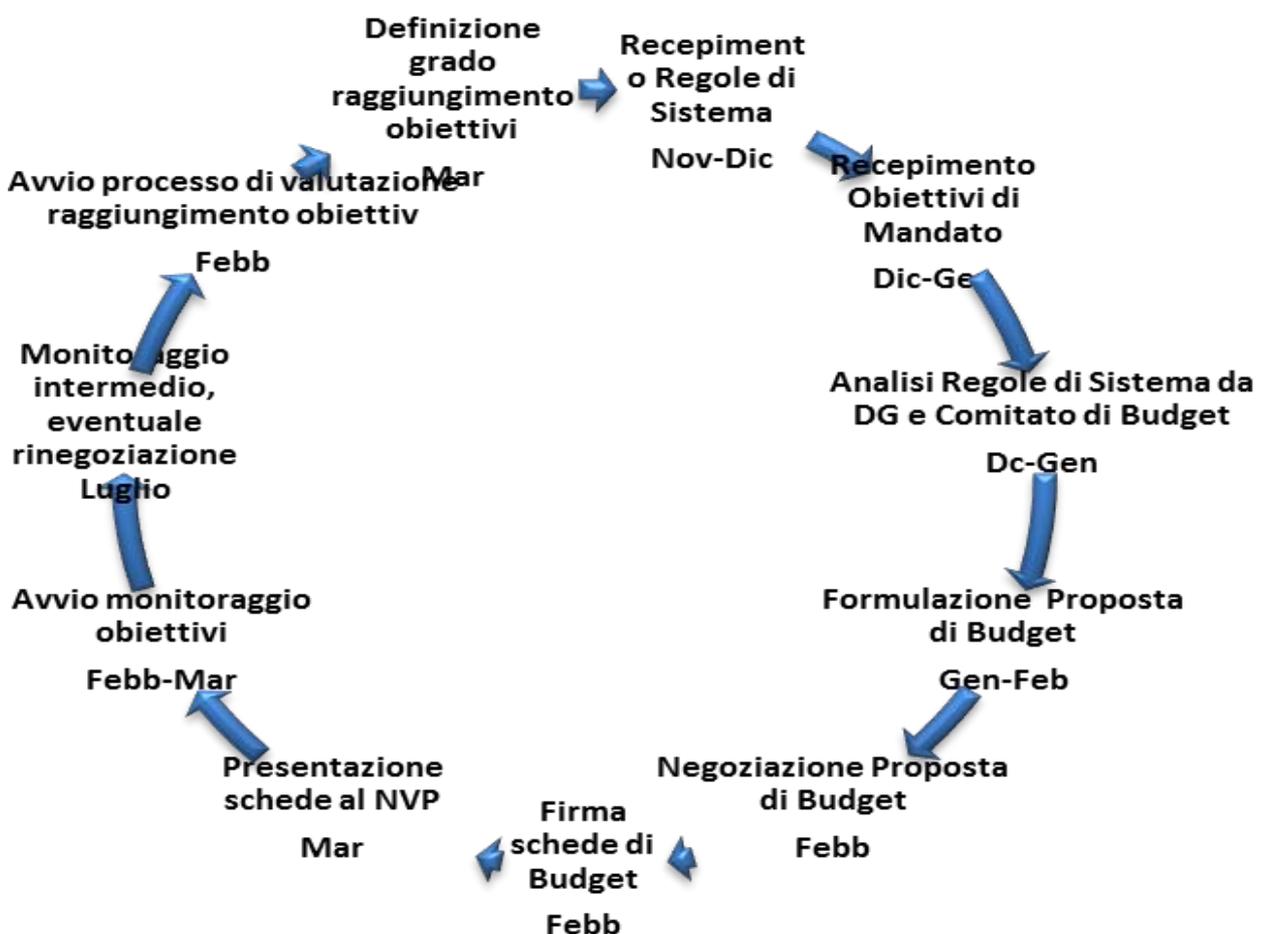
Il ciclo della gestione della performance trova perfezionamento nell'ulteriore documento redatto a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

PROCESSO DI BUDGET

All'inizio dell'anno il processo di budget viene avviato:

- a livello di Direzione: la Direzione Aziendale stabilisce i nuovi indirizzi ed obiettivi annuali, gli indicatori e le responsabilità rispetto alla realizzazione degli stessi
- a livello di Struttura: i Direttori delle Strutture Complesse, valutato il raggiungimento degli obiettivi di Struttura dell'anno precedente e le eventuali criticità, propongono alla Direzione Aziendale obiettivi di miglioramento.

Tempistiche: lo schema seguente mostra una situazione tipo. Le sequenze temporali possono avere modifiche in relazione alle tempistiche di pubblicazione dei documenti di programmazione regionali, all'insediamento in corso d'anno di nuove direzioni, alla gestione estemporanea di emergenza gestionali che rallentano il processo di budget (ad esempio la pandemia Covid), a tempistiche regionali in materia di indicazioni su vincoli economico finanziari, propedeutiche alla programmazione di erogazioni di prestazioni per raggiungere obiettivi prioritari (tempi di attesa, gestione turni di guardia in carenza di personale)



Conclusa la negoziazione tra Direzione Strategica e Dipartimenti, gli obiettivi, individuati tenendo conto delle risorse disponibili, delle attività da realizzare e dei tempi necessari, vengono sintetizzati nella scheda di budget. Quest'ultimo documento esplicita a tutti gli attori il contenuto del budget ossia gli obiettivi condivisi.

Successivamente il Direttore di Struttura provvederà a declinare tali obiettivi al personale dipendente.

La gestione del ciclo della performance si rispecchia negli strumenti definiti in contrattazione collettiva integrativa con le organizzazioni sindacali della dirigenza e del comparto. In particolare, per la dirigenza la disciplina relativa ai premi correlati alla performance prevede una quota premiante legata ad obiettivi comuni all'equipe e una quota correlata invece alla tipologia di incarico e connessa ad obiettivi specifici attribuiti ai singoli dirigenti.

Gli obiettivi vengono assegnati annualmente nell'ambito della scheda di budget definita per la struttura alla quale il singolo dirigente è assegnato. Pertanto, i dirigenti medici e i dirigenti sanitari sono attributari di obiettivi definiti contestualmente e coerentemente formulati per la dirigenza della stessa struttura. Per i dirigenti appartenenti a profilo professionale costituente unico riferimento di servizio aziendale può essere definita una specifica e dedicata scheda (es. farmacisti, fisici, dirigenti PTA).

Il riconoscimento della premialità tiene conto sia del fattore presenza sia della graduazione del livello di impegno espresso del singolo dirigente per il raggiungimento degli obiettivi della struttura definito dal direttore della stessa ovvero del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati in base alla tipologia di incarico dirigenziale attribuito al singolo dirigente.

La maggiorazione del premio individuale prevista dal CCNL è attribuita a un limitata entità di personale che consegua nella performance annuale le valutazioni più elevate.

Per il personale del comparto (non dirigenziale) con le organizzazioni sindacali sono stati identificati i criteri che valorizzano analogamente il contributo individuale reso da ogni dipendente ai fini del raggiungimento degli obiettivi della struttura. A tali fini viene preso in considerazione il fattore presenza, la valutazione annuale effettuata dal diretto responsabile, nonché la categoria contrattuale di appartenenza del singolo dipendente, con possibilità di variare il mix di tali criteri di volta in volta in base allo specifico contenuto degli obiettivi assegnati.

Sono altresì oggetto di valutazione le aree comportamentali modulate in base alla specifica area professionale. La maggiorazione del premio individuale è attribuita a una limitata quota di personale che consegue le valutazioni più elevata.

Con cadenza mensile si procede alla verifica degli eventuali scostamenti dagli obiettivi economici e di alcuni di quelli riguardanti l'accessibilità alle prestazioni. Per quanto attiene i restanti obiettivi la periodicità della verifica è legata alla tipologia degli stessi ed al relativo indicatore.

In caso di scostamenti rispetto al budget, dovuti a eventi non previsti né prevedibili che hanno impattato significativamente sulle dinamiche gestionali, può essere necessaria una revisione dello stesso che ne riconduca gli elementi a dimensioni che possano considerarsi effettivamente responsabilizzanti.

Al termine dell'esercizio, le schede di budget sono oggetto di valutazione: a ciascun obiettivo presente nella scheda di budget viene assegnato un peso percentuale ed il raggiungimento, parziale o totale dell'obiettivo, determinerà il valore finale.

Sommati tutti i valori relativi ai singoli obiettivi (tali valori sono calcolati come il prodotto tra il peso dell'obiettivo e il grado di raggiungimento) si determinerà il punteggio della scheda di valutazione, che rappresenta la performance del Dipartimento ed a cascata la performance della Struttura.

2.2.3 Indicatori per la misurazione della performance

Le traiettorie strategiche del prossimo triennio mantengono quelle predefinite in precedenza, ma allineate e quindi riferite anche agli obiettivi regionali specifici per le ASST e alle linee di programmazione pubblicate ogni anno. La priorità riguardano soprattutto i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie sia a regime di ricovero, sia ambulatoriale, il rispetto dei tempi e l'applicazione delle linee progettuali operative legate al PNRR, l'appropriatezza dei setting, soprattutto in urgenza, l'integrazione ospedale territorio i processi di innovazione. La tabella seguente mostra, come di consueto, le macro-tematiche/obiettivi per il prossimo triennio, mentre la tabella ulteriore mostra gli obiettivi intermedi specifici da raggiungere per l'anno 2025.

Obiettivi aziendali per il triennio 2025-2027

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso		
		2025	2026	2027
Piena applicazione del PNRR e di tutte le specifiche progettualità (formazione e investimenti)	Evidenze documentali	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno
Pieno raggiungimento degli obiettivi deliberati in carico alle Direzioni generali	Evidenze documentali e indicatori specifici per tematica	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno
Presidio e controllo dei LEA - NSG	Dati forniti dal Dashboard regionale	Mantenimento o miglioramento delle performance erogabili	Mantenimento o miglioramento delle performance erogabili	Mantenimento o miglioramento delle performance erogabili
Sviluppo dei piani di ripresa secondo le indicazioni regionali, in particolare sul recupero delle liste di attesa delle prestazioni indicate come oggetto del monitoraggio	Volumi di prestazioni registrati dai sistemi informativi aziendali e comunicazioni regionali Dati dashboard regionali su slot, prenotazioni e percentuale di erogato	Raggiungimento del 100% degli obiettivi concordati con ATS sulle prestazioni relative al PNGLA Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2024, oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di miglioramento della performance	Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2025, oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di miglioramento della performance	Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2026, oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di miglioramento della performance
Recupero dei Tempi di attesa delle prestazioni in relazione al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità	Percentuale di prestazioni erogate entro le classi di priorità appropriate	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero In particolare Almeno 85% classe A oncologici	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero
Miglioramento della qualità dei servizi in	Dati forniti dai sistemi di	Ottimizzazione della performance	Mantenimento / miglioramento della	Mantenimento / miglioramento della

Pronto Soccorso	reporting aziendali	Miglioramento della qualità nella gestione dei pazienti e dei setting; Sviluppo azioni congiunte nel reclutamento del personale ASST e AREU	performance	performance
Gestione delle tematiche relative all'area prevenzione (Microbio, screening, Stili di vita)	Evidenze documentali e dati di performance specifici (copertura screening) derivati dal dashboard regionale	Pieno raggiungimento dei target specifici per ogni tematica (indicati nelle Regole di sistema e negli obiettivi regionali)	Mantenimento / miglioramento della performance	Mantenimento / miglioramento della performance
Applicazione azioni relative agli obiettivi regionali - Regole di sistema del 2025 e anni successivi	In relazione a ciascun obiettivo specifico	Mantenimento della migliore performance raggiungibile	Mantenimento della migliore performance raggiungibile	Mantenimento della migliore performance raggiungibile
Riclassificazione delle Strutture ospedaliere – processi di adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento Completamento lavori OdC e CdC	Evidenza documentale (decreti di accreditamento, verbali di sopralluogo e istanze di ASST) Formalizzazione delle nuove strutture	Completamento dei processi	Consolidamento dei risultati	Consolidamento dei risultati
Piano di Igiene e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Evidenza documentale Indicatori specifici del Piano	100% delle azioni da compiere per l'anno 2025	100% delle azioni da compiere per l'anno 2026	100% delle azioni da compiere per l'anno 2027
Miglioramento della appropriatezza prescrittiva	Evidenza documentale	100% delle azioni da compiere per l'anno 2025	100% delle azioni da compiere per l'anno 2026	100% delle azioni da compiere per l'anno 2027
Sviluppo processo HERM	Evidenza documentale	Progressiva implementazione aziendale	Progressiva implementazione aziendale	Progressiva implementazione aziendale
Vaccinazioni: Crescita ed estensione attività vaccinale; attivazione e pieno utilizzo nuovo sistema ARVAX	Dati regionali report dashboard prevenzione Evidenze documentali	Raggiungimento e mantenimento dei target vaccinali per coorte definiti da Regione: Attuazione di tutte le attività indicate nelle regole di sistema	Mantenimento o miglioramento delle performance ottenute	Mantenimento o miglioramento delle performance ottenute
Sviluppo del progetto "Infermiere di Famiglia"	Evidenza Documentale Numero casi	Trend di incremento dell'attività avviata	Consolidamento del risultato e dei volume di attività in relazione alla	Consolidamento del risultato e dei volume di attività in

Consolidamento percorsi ADI in rapporto anche alle attività delle cure primarie	attivati Formazione: percentuale di soggetti formati rispetto agli individuati e attivati per il ruolo		entità della domanda e dei bisogni della popolazione	relazione alla entità della domanda e dei bisogni della popolazione
Presa in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità	Numero arruolamenti proattivi frequent user ASST Mantova	Raggiungimento dei PIC secondo gli accordi specifici con ATS	Consolidamento del risultato o eventuale ulteriore incremento se presenti margini sensibili di miglioramento della performance	Consolidamento della performance ottenuta
Ottimizzazione dei processi di conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione	Evidenza documentale	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Consolidamento delle azioni compiute
Completamento dei processi di dematerializzazione e digitalizzazione	Dati del sistema informativo SISS Evidenze documentali	Almeno il 90% delle ricette Raggiungere il 100% firma digitale Completare le azioni per: FSE, Sistema SGDT, SIAD	Trend Migliorativo	Consolidamento delle azioni compiute
Sviluppo dei progetti e percorsi della Telemedicina	Evidenze documentali	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2024 (teleconsulto Cardiologia)	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2025	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2026
Completamento del progetto cartella informatizzata	Evidenza documentale delle azioni previste dal GIDSS (Piano triennale)	Rispetto del piano triennale	Rispetto del piano triennale	Rispetto del piano triennale
Sviluppo dei processi di integrazione col territorio - sociosanitaria (psichiatria, consultori, dipendenze, pediatria) e cure primarie	Evidenze documentali (piano territoriale)	Elaborazione, aggiornamento e applicazione dei Piani.	Elaborazione, aggiornamento e applicazione dei Piani.	Elaborazione, aggiornamento e applicazione dei Piani.
Miglioramento della qualità ed organizzazione del percorso ospedaliero – Cure palliative	Evidenza documentale	Raggiungimento obiettivi specifici come da Regole di Sistema	Raggiungimento obiettivi specifici come da Regole di Sistema	Raggiungimento obiettivi specifici come da Regole di Sistema
Ottimizzazione dell'attività relativa alla sanità penitenziaria –	Evidenza documentale	Miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi e dei setting	Consolidamento attività	Consolidamento attività

psichiatria giudiziaria – REMS				
Processi di accreditamento				
Rispetto delle adempienze e degli obiettivi del Piano aziendale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza: chiusura delle azioni previste dal piano stesso	Numero azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano	Raggiungimento del target 100%	Raggiungimento del target 100%	Raggiungimento del target 100%
Ottimizzazione dei processi di gestione delle scorte e ottimizzazione dei flussi informativi interni ed esterni sulla gestione dei costi	Dati dai flussi informativi Evidenza documentale	Avvio nuovo Sistema gestionale	Consolidamento attività	Consolidamento attività
Implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali sul Rischio Clinico	Evidenza documentale e dati dei sistemi informativi per ogni risultato specifico atteso	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali
Piena applicazione dei percorsi nel rispetto delle pari opportunità	Evidenze documentali	Consolidamento delle azioni compiute	Consolidamento delle azioni compiute	Consolidamento delle azioni compiute
Implementazione della Medicina di genere nei percorsi clinici assistenziali	Evidenze documentali	Consolidamento delle azioni compiute	Consolidamento delle azioni compiute	Consolidamento delle azioni compiute
Formazione: sviluppo delle modalità FAD e video conferenze con piattaforma invisible farm	Numero conferenze in tale modalità rispetto al totale delle conferenze Evidenze documentali	Effettuazione dei corsi FAD previsti	Effettuazione dei corsi FAD previsti	Effettuazione dei corsi FAD previsti

Obiettivi specifici intermedi per l'anno 2025

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO SPECIFICO
Attività di Ricovero	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti nell'accordo di fornitura relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero Adozione nuove direttive sulla SDO (Riabilitazione, Ginecologia), utilizzo del nuovo sistema di gestione della SDO.
	Rispetto della Disposizione Regionale sui Ricoveri Chirurgici programmati per il recupero delle liste di attesa

Attività Ambulatoriale	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti nell'accordo di fornitura relativamente all'erogazione di prestazioni ambulatoriali
	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa, relativamente all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale Rispetto e piena applicazione del nuovo tariffario delle prestazioni ambulatoriali e delle implicazioni organizzative connesse
Tempi di attesa	RICOVERI: Allineamento ai target predefiniti dalla regione
	AMBULATORIO: Allineamento ai target predefiniti dalla regione
Efficienza Economicità	Garanzia dei livelli di spesa appropriati in relazione ai volumi e complessità della produzione
	Appropriatezza nella tempistica delle informazioni sanitarie in regime di ricovero: tempestiva chiusura della SDO
Efficienza Organizzativa	Rispetto delle indicazioni della DG Welfare relativamente ai PL che devono essere garantiti per i ricoveri in area medica di pazienti provenienti da Pronto Soccorso
	Miglioramento della performance relativa agli indicatori NSG (Frattura di femore e Colectomie in primis)
Attività di screening	ATTIVITA' DI DONAZIONE Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti (cornee, teste femore, multi tessuto)
	Promozione e prescrizione alla dimissione / visita specialistica, prericovero di farmaci biosimilari, con particolare riferimento alla EBPM, come da indicazioni regionali e di ATS
	Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021: Garanzia di erogazione delle prestazioni richieste in rapporto all'accordo di fornitura ATS; Avvio dei nuovi screening oncologici (Polmone, prostata) Adesione al programma di screening per l'eliminazione del virus HCV Sviluppo del progetto Screening nutrizionale
Vaccinazioni	Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 6370/2022: Rispetto dei tempi d'attesa degli esami di screening di approfondimento
	Vaccinazioni antinfluenzali/ covid
	Raggiungimento dei target regionali; coperture vaccinali previste da regione; applicazione di tutti i percorsi di estensione dell'attività
	Piena attivazione del sistema informativo vaccinale ARVAX

Rischio/Sicurezza/ Qualità	Pieno raggiungimento dei compiti qualitativi assegnati dal PrIMO e nell'ambito del Risk management e dell'accreditamento istituzionale
Pronto soccorso	Efficienza nella gestione dei posti letto di ricovero per il Pronto Soccorso (boarding); garanzia dei percorsi appropriati e adeguatezza dei tempi di attesa in relazione alla complessità
Integrazione e attività territoriale - salute mentale	Sviluppo dell'attività distrettuale
	Rispetto Linee Guida DGR 7758 del 28/12/2022; Integrazione territoriale
	Redazione del Piano di Sviluppo del polo territoriale di interesse e successivo aggiornamento
	Rete delle cure palliative; Simultaneous care; Gestione attività Dipartimentale interaziendale
	Incremento disponibilità PL e presa in carico domiciliare per la casistica di interesse
	Dipendenze da internet
	Promozione delle attività consultoriali (n collaborazione con la comunicazione)
	Gestione della Transition
	Applicazione del PDTA Gestione acuzie psichiatriche
	Presa in carico dei pazienti autistici segnalati dai pediatri
	Attivazione dell'ambulatorio integrato per disabilità complesse in età evolutiva
	Percorsi di Trattamento, a livello multiplo d'intervento per ragazzi tra i 15 e i 24 anni affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)
	Appropriatezza dei ricoveri REMS in integrazione con i percorsi psichiatrici del territorio
Trasparenza/ Anticorruzione	Rispetto delle scadenze relative all'assolvimento del debito informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), sia per le misure di prevenzione programmate nella sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO aziendale sia per ogni altra documentazione richiesta dal RPCT in quanto inerente agli adempimenti previsti dalla L. n. 190/2012.
Formazione	Garanzia di partecipazione da parte del personale coinvolto ai corsi sulla prevenzione delle malattie correlate all'assistenza e antibiotico resistenza

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1. La prevenzione della corruzione e la trasparenza

La prevenzione della corruzione è dimensione del e per la creazione di valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della mission dell'ASST di Mantova.

Il sistema coordinato delle misure previste dal presente piano, dunque, contribuisce a generare valore pubblico in quanto finalizzato al perseguimento di obiettivi di imparzialità e a prevenire fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione che potrebbero compromettere la fiducia degli utenti e degli stakeholder.

In tale ottica, la presente sotto-sezione prosegue il percorso avviato negli scorsi anni, ponendosi in linea sia con le previsioni della legge 6 novembre 2012 n.190 sia con le disposizioni dettate dalla successiva normativa emanata in materia.

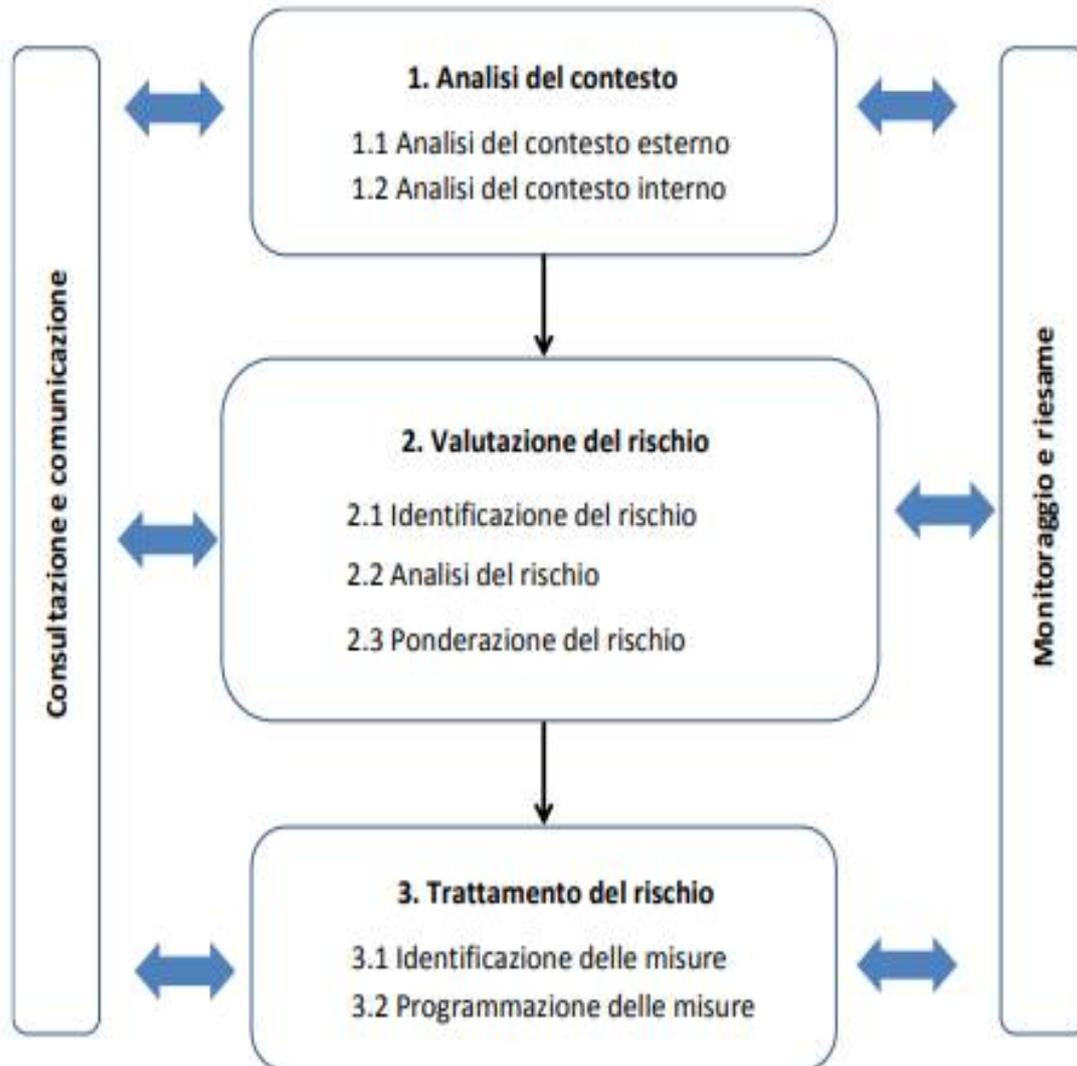
L'ultima parte della sotto-sezione riguarda la programmazione della trasparenza che concorre anch'essa alla protezione e alla creazione del valore pubblico in quanto favorisce la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'ASST di Mantova realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder.

Questi ultimi sono stati chiamati a partecipare alla redazione della presente sotto-sezione mediante un avviso pubblicato sulla homepage del sito web aziendale dal 4 dicembre 2024 al 8 gennaio 2025. Non sono pervenute osservazioni, proposte o richieste.

Per predisporre la presente sotto-sezione ci si è attenuti alla metodologia indicata dall'allegato n. 1 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 che, basando l'analisi del rischio corruttivo su un approccio qualitativo, è di semplice utilizzo, dà spazio alla motivazione della valutazione ed assicura esiti efficaci. Ispirandosi alla norma internazionale ISO 37001, il processo di gestione del rischio ha preso avvio dall'analisi del contesto, sono stati mappati i processi principali, sono stati identificati i rischi e ne è stata effettuata la valutazione, sono state individuate le misure atte a trattarli ed è stato programmato il monitoraggio del livello di attuazione e dell'efficacia.

2.3.2. Il processo di gestione del rischio di corruzione e gli obiettivi strategici

Il processo di gestione del rischio di corruzione si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Esso si articola nelle fasi rappresentate di seguito:



Sviluppandosi in maniera ciclica, in ogni sua ripartenza, nell’ottica migliorativa, deve tener conto delle risultanze del ciclo precedente ed adattarsi agli eventuali cambiamenti del contesto esterno ed interno.

Per individuare gli interventi da attuare, pertanto, nella prima fase sono state raccolte ed esaminate le relazioni dei Dirigenti, predisposte per il monitoraggio annuale della sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2024-2026, e la Relazione del RPCT anno 2024, verificata dal Nucleo di valutazione nella seduta del 24 gennaio 2025 e pubblicata sul sito web aziendale.

Al contempo sono state vagliate le variazioni del contesto esterno e di quello interno rispetto all’anno 2024.

Il 26 novembre 2024 presso l'ASST ha avuto luogo una visita ispettiva su disposizione dal Presidente dell'ANAC, prot. n. 132716 del 13.11.2024, finalizzata all'acquisizione della documentazione relativa agli affidamenti del servizio medico per la copertura di turni. L'ASST ha prodotto la documentazione richiesta. La verifica verrà conclusa nei primi mesi dell'anno 2025.

Non si è provveduto all'aggiornamento della programmazione 2024-2026, vista l'imminente adozione (entro il 31.01.2025) della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027 e considerata la necessità di acquisire tutti gli elementi utili che dovessero emergere nei primi mesi del 2025.

L'analisi condotta sul contesto esterno ed interno ha consentito di presentare alla Direzione Strategica aziendale gli elementi utili all'individuazione degli **obiettivi strategici** per il 2025-2027 elencati di seguito.

Si tratta degli obiettivi fissati per il 2024 che nel corso del 2025 si intendono sviluppare ulteriormente e consolidare.

- incrementare le strategie di prevenzione della corruzione tenendo conto anche dell'indirizzo fornito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.) con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, approvato definitivamente dal Consiglio dell'Autorità con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 ed aggiornato con la delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 (PNA Aggiornamento 2023);
- sviluppare una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio corruttivo e delle responsabilità correlate;
- realizzare un'efficace strategia di prevenzione mediante la piena integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance;
- favorire il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio mediante i monitoraggi programmati per verificare l'attuazione delle misure e del sistema di prevenzione nel suo complesso;
- implementare la trasparenza in quanto strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione, promuovendo il rispetto dei criteri di qualità dei dati.

Tali obiettivi sono espressione dei valori, dell'etica e della cultura della legalità che l'ASST di Mantova pone alla base della propria azione istituzionale.

2.3.3 Gli strumenti per la prevenzione della corruzione

L'ASST di Mantova con la presente sotto-sezione del PIAO 2025-2027 provvede a valutare il livello di esposizione al rischio corruttivo o di cattiva amministrazione e ad individuare gli interventi organizzativi sostenibili, volti a prevenire tali rischi, nonché gli obiettivi di imparzialità da realizzare.

Ai fini previsti dall'art. 1, comma 8-bis, della legge n. 190/2012 di seguito si individuano i macro obiettivi di performance che trovano la concreta declinazione attraverso il presente Piano.

FINALITÀ STRATEGICA	OBIETTIVO	ATTIVITÀ DA INTRAPRENDERE	INDICATORE	TEMPISTICHE	RESPONSABILITÀ
Incrementare le strategie di prevenzione della corruzione	Favorire un'ampia partecipazione alla predisposizione della sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027	Raccolta di contributi per individuare le priorità d'intervento	Consultazione degli stakeholder dell'ASST	Entro il 31.01.2025	RPCT
	Progettare adeguate strategie di prevenzione della corruzione	Raccolta di tutte le informazioni utili all'analisi del contesto esterno ed interno	Elaborazione, adozione e pubblicazione della sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027	Entro il 31.01.2025	RPCT Dirigenti e Responsabili delle articolazioni aziendali
	Supportare il RPCT con un bagaglio formativo adeguato alle funzioni richieste	Programmare la partecipazione a corsi specialistici	Formazione specialistica del RPCT	2025 2026 2027	RPCT e Servizio Formazione aziendale
Sviluppare una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio corruttivo e delle responsabilità correlate	Favorire lo sviluppo degli obiettivi fissati per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Comunicare ai Dirigenti gli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza fissati nel presente Piano	Nota diretta ai Dirigenti che sono chiamati a realizzare gli obiettivi	Entro il 31.06.2025	RPCT
Realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione	Assicurare una piena integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance	Assegnare a tutti i Dirigenti, compreso i Dirigenti sanitari, l'obiettivo del rispetto delle scadenze relative all'assolvimento del debito informativo verso il RPCT, sia per le misure di prevenzione programmate nella presente sotto-sezione sia per ogni altra documentazione richiesta dal RPCT in quanto inerente agli adempimenti previsti dalla L. n. 190/2012.	Obiettivo presente nelle schede di struttura	Entro il 30.09.2025	Struttura Controllo di Gestione Struttura Qualità e Risk management

Favorire il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio mediante i monitoraggi programmati per verificare l'attuazione delle misure e del sistema di prevenzione nel suo complesso	Valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione sottese alla sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027	Raccolta di relazioni, esiti di monitoraggio, dati, etc.	Elaborazione e pubblicazione della Relazione del RPCT – anno 2025	Entro il 15.12.2025 salvo differimento del termine da parte dell'ANAC	RPCT
	Attuare correttamente le misure specifiche di prevenzione programmate nella sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027	Controlli da parte dei responsabili delle misure di trattamento del rischio	Rispetto delle tempistiche di monitoraggio delle misure di trattamento del rischio	Indicate nel Piano di trattamento del rischio	Dirigenti e Responsabili delle articolazioni aziendali
	Valutare l'efficacia delle misure di trattamento del rischio programmate nella sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027	Raccolta, in una relazione al RPCT, degli esiti di monitoraggio, dati, etc.	Valutazione del piano di trattamento del rischio	Al 30/06/2025 e al 15/11/2025	Dirigenti delle articolazioni aziendali
Implementare la trasparenza come strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione	Promuovere la visione degli obblighi di pubblicazione come strumento per comunicare con i cittadini	Assolvere gli obblighi di pubblicazione nelle forme, modi e tempi previsti dalla normativa vigente e aggiornamento della sezione AT ex Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024	Puntuale alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale e potenziamento dell'informatizzazione dei flussi documentali	Indicate nella griglia allegata al presente documento	Tutte le articolazioni aziendali

Oltre al piano delle performance, gli altri principali strumenti volti a dare attuazione in modo integrato e pianificato agli obiettivi di prevenzione della corruzione sono:

- il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS);
- il Progetto Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO)
L'obiettivo del Sistema Pr.I.M.O. è promuovere un sistema di valutazione della qualità e sicurezza del Paziente presso le strutture sanitarie, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali con la gestione della qualità e del rischio.
Dalle valutazioni effettuate dal Piano integrato del miglioramento della ASST verranno avviate misure correttive che confluiranno nel percorso di budget, negli obiettivi RAR e di *performance* del personale, oltre nel piano annuale di formazione;
- il [Codice di Comportamento](#), adottato con Decreto ASST n. 99 del 01/02/2022, integrato e coordinato con le disposizioni normative che individuano le tipologie di sanzioni disciplinari associate alle violazioni dei doveri di comportamento (le disposizioni normative in parola, per il personale dipendente del [comparto](#) e della [dirigenza](#), sono consultabili sul sito web aziendale);
- il [Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi extraistituzionali](#), adottato con Decreto ASST n. 1663 del 31/12/2020.
- il [Regolamento per lo svolgimento delle attività extra ufficio del Personale delle professioni sanitarie](#), adottato con Decreto ASST n. 916 del 03/09/2024.

2.3.4. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Di seguito si dà atto di alcuni degli elementi considerati.

L'ASST di Mantova, con i propri Presidi Ospedalieri, le ulteriori strutture sanitarie ad essa afferenti, i Poliambulatori e le sedi territoriali, offre copertura sanitaria su tutto il territorio provinciale, allo scopo di assicurare livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza sia per l'assistenza ospedaliera sia per quella ambulatoriale.

Relativamente al rapporto dell'Azienda con gli operatori economici si segnala che l'attività di approvvigionamento dei Dispositivi Medici e dei Farmaci, così come quello dei Beni patrimoniali di Investimento, nonché dei servizi e lavori, viene svolta tenuto conto dei vincoli normativi di cui alla L. 27 dicembre 2006, n. 296 e s.m.i. e, nell'ambito del sistema a rete per gli acquisti destinati alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, delineato dalla legge regionale 19 maggio 1997 n. 14 e secondo le modalità definite annualmente nelle Regole di gestione del sistema socio sanitario regionale approvate annualmente dalla Giunta Regionale.

La medesima attività si svolge tenuto conto della programmazione della Centrale di committenza regionale ARIA e della centrale di committenza nazionale CONSIP, nonché in coerenza con la programmazione interaziendale dell'unione d'acquisto regionale di appartenenza (Consorzio Unione ASST ATS Bergamo, Brescia, Val Padana).

Anche per il triennio 2025-2027, l'ASST di Mantova è quindi impegnata nei seguenti adempimenti:

- nel pieno rispetto delle modalità di acquisti di beni e servizi sopra indicate;
- nel rispetto dell'iter autorizzativo, in caso di iniziative regionali già attivate e/o in attivazione e/o in corso per garantire l'approvvigionamento nelle more della stipula delle convenzioni centralizzate;
- nell'utilizzo delle piattaforme telematiche Sintel e MEPA.

Obiettivo aziendale è di incrementare ulteriormente le procedure centralizzate/aggregate, migliorando in particolare l'adesione alle convenzioni centralizzate regionali allo scopo di ottenere risparmi di spesa, in un'ottica di integrazione del sistema e di una funzione acquisti strutturata a rete su base regionale.

Le fasi di programmazione e di progettazione sono essenziali al fine di generare un processo efficace ed efficiente di acquisto, nel quale la stazione appaltante non si limita a declinare il fabbisogno, ma ne realizza anche una compiuta analisi, da un punto di vista tecnico, così da poter avviare la corretta modalità di esecuzione dell'affidamento.

Al fine di coordinare i diversi livelli di acquisto, risulta essenziale il puntuale monitoraggio e controllo di tutte le fasi del processo d'acquisto, partendo da una corretta programmazione dei fabbisogni, per un corretto espletamento delle procedure e per avere delle tempistiche di gara correlate alle reali esigenze

clinico/gestionale di questa ASST, fino alla verifica dell'utilizzo dei beni e servizi acquistati, con una altrettanto puntuale e accurata attività di controllo dell'esecuzione dei contratti.

A tal fine con decreto n. 1159 del 31/10/2024, è stato approvato l'elenco degli acquisti di beni e servizi di importo superiore al milione che sarà oggetto della prossima programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi (anni 2025-2027), che verrà adottata successivamente all'approvazione del bilancio economico di previsione 2025.

Relazioni con gli Enti locali.

Le relazioni con gli Enti locali sono curate da uno degli organismi istituzionali dell'Azienda: la Conferenza dei Sindaci.

Ne fanno parte tutti i Sindaci dei comuni afferenti al territorio dell'ASST e vi partecipano anche, in qualità di uditori, i Sindaci dei comuni della provincia di Cremona, componenti del Distretto Oglio Po casalasco- viadanese.

Le attività e le competenze del suddetto organismo sono disciplinate da apposito Regolamento, di cui alla DGR n. XI 6762/2022.

La Conferenza, attraverso il Consiglio di Rappresentanza, attua l'esercizio delle sue funzioni in un'ottica di indirizzo programmatico nel territorio afferente ai comuni dell'ASST, favorendo lo sviluppo di politiche di welfare territoriale integrate tra la sfera sociale di competenza comunale/Ambito Territoriale e quella sociosanitaria e sanitaria in capo a Regione Lombardia.

In ciascuno dei quattro Distretti (Alto Mantovano, Mantovano, Baso Mantovano e Oglio Po casalasco-viadanese) è presente una Assemblea composta dai Sindaci, o loro delegati, dei Comuni ricompresi nel territorio distrettuale. Tali Comuni, attraverso l'Assemblea, formulano proposte e pareri alla Conferenza dei Sindaci in ordine alle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sociosanitari ed esprime il proprio parere obbligatorio entro 30 giorni, sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie (art. 10 comma 1, DGR 6762).

Volontariato in ospedale.

La sanità mantovana deve molto al volontariato: oltre trenta Enti del Terzo Settore (ETS) operano nel campo della accoglienza, supporto ai pazienti, sostegno post dimissione, difesa dei diritti, percorsi di auto aiuto, promozione della donazione e raccolta fondi.

Dalle indagini di soddisfazione realizzate, emerge l'importanza che tale attività riveste per gli oltre 500 volontari attivi, soprattutto in termini di valorizzazione delle proprie capacità, del piacere di sentirsi parte di una "squadra" ed ovviamente per la gioia di poter essere utili al prossimo.

Gli Enti che collaborano con ASST sono iscritti in uno specifico Albo aziendale e partecipano ai lavori del Tavolo delle relazioni, organismo consultivo finalizzato al costante miglioramento delle relazioni tra l'ASST e gli Enti iscritti all'Albo. I rapporti tra Azienda ed Enti, rispetto alle attività di volontariato, sono disciplinati da un apposito Regolamento aziendale, di cui al Decreto del Direttore Generale n. 839/2022.

La generosità della Comunità

L'attività di assistenza, diagnosi e cura dell'ASST di Mantova viene sostenuta dallo spirito di generosità della comunità intera attraverso la donazione di denaro e beni mobili.

Le donazioni in denaro sono finalizzate alla acquisizione di attrezzature, beni e servizi e alla realizzazione di specifiche iniziative per il miglioramento delle attività di cura e di assistenza. Il processo di accettazione delle donazioni viene gestito dalla Struttura Affari generali e controlli interni secondo le modalità disciplinate da un apposito regolamento, approvato con il Decreto del Direttore Generale 1590 del 23/12/2020.

La gestione e il controllo del procedimento di accettazione delle donazioni di beni è invece affidata alla Struttura Gestione Acquisti e consente ai donatori di donare beni patrimoniali, come tecnologie elettromedicali, attrezzature sanitarie, arredi, e non patrimoniali, come riviste e giochi.

Le criticità del contesto territoriale legate alla criminalità

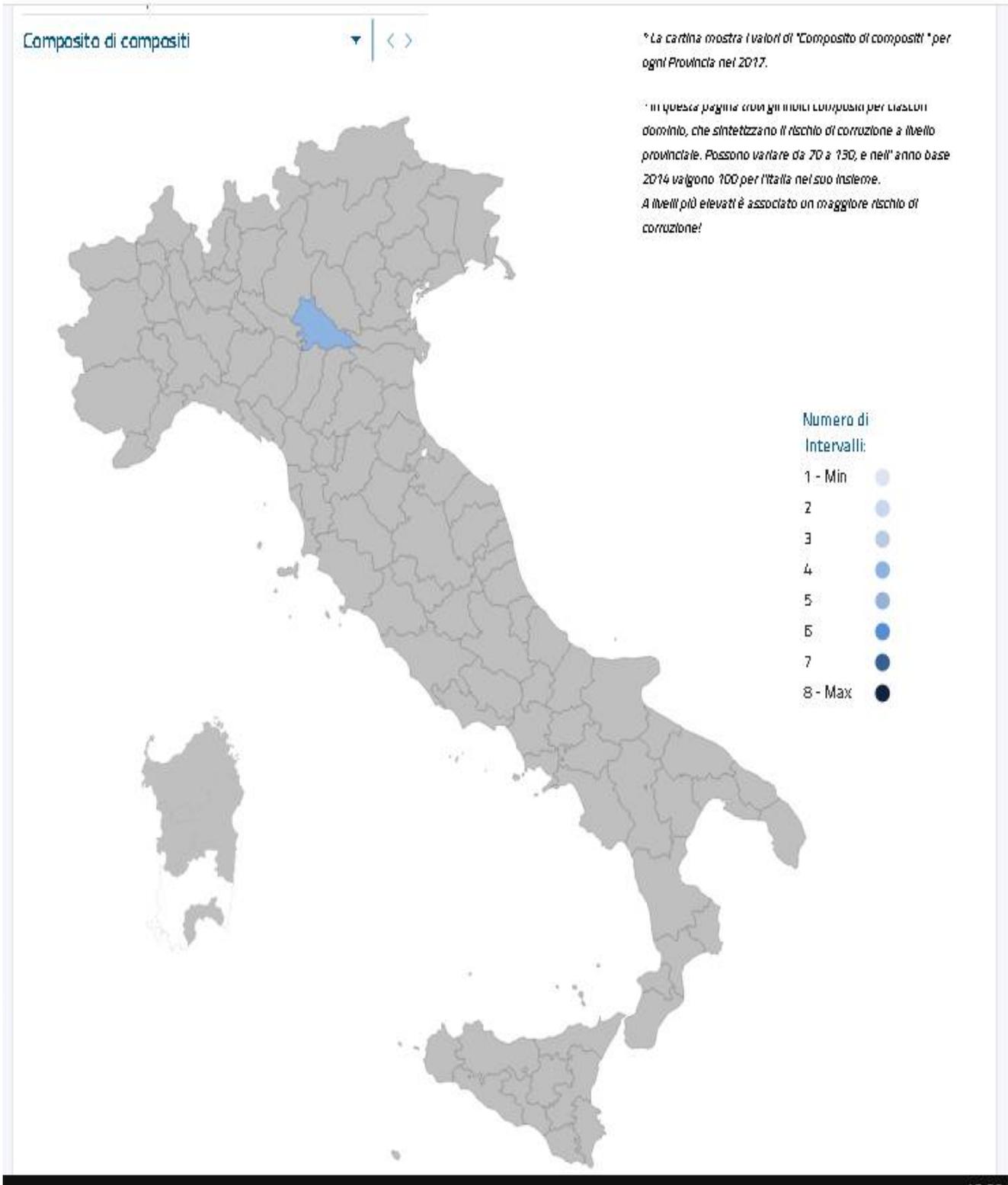
L'A.N.AC. ha sviluppato il progetto "Misurazione territoriale del rischio di corruzione e promozione della trasparenza" - finanziato dal Programma Operativo Nazionale "Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020" con l'obiettivo di rendere disponibili un insieme di indicatori in grado di misurare il rischio di corruzione nei diversi territori.

I quattro domini tematici consultabili (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità) sono sintetizzati da un indice composito che rende più semplice la lettura della complessità dovuta alle numerose dimensioni considerate.

Gli indicatori funzionano come red flags o alert che si accendono quando si riscontrano una serie di anomalie.

I dati più recenti pubblicati dall'A.N.AC. sul proprio portale e riportati di seguito sono riferiti all'anno 2017.





L'ANAC, attraverso 17 indicatori, ha condotto anche un'analisi finalizzata a segnalare il rischio di corruzione negli appalti di ogni provincia italiana.

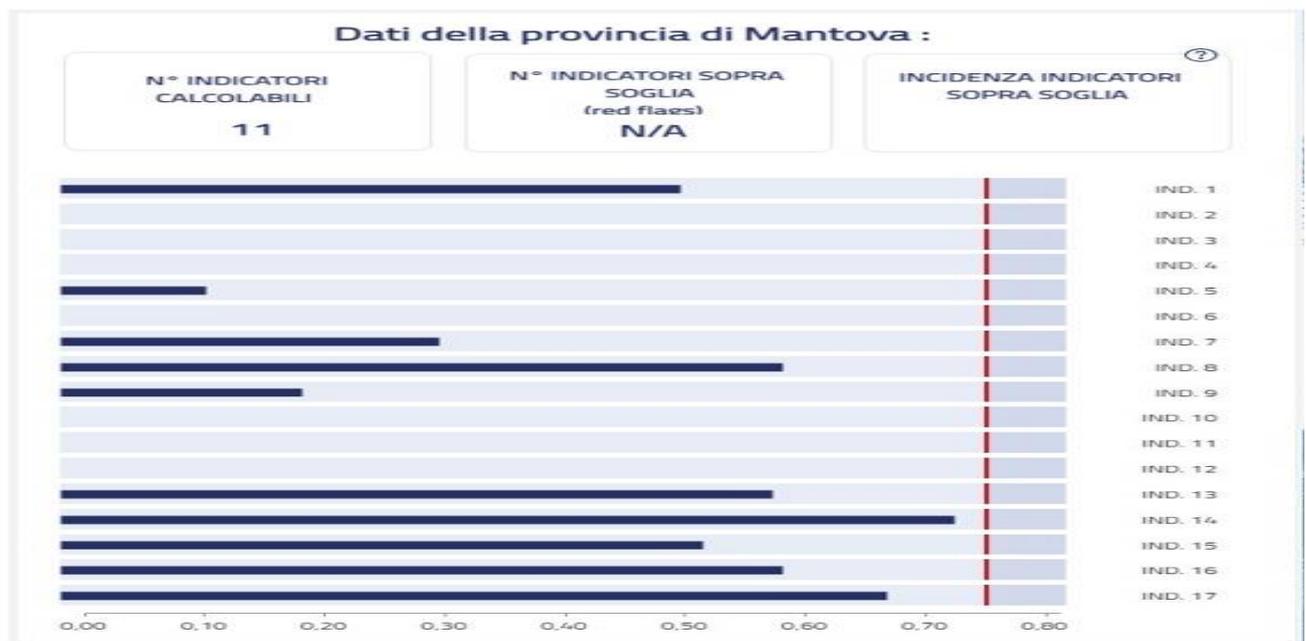
Gli indicatori individuati sono:

IND. 1	Numero appalti aggiudicati con offerta economica più vantaggiosa / Numero totale appalti
IND. 2	Numero appalti non aperti / Numero totale appalti
IND. 3	Valore economico appalti non aperti / Valore economico totale appalti
IND. 4	Numero appalti con almeno una variante / Numero totale appalti aggiudicati e conclusi
IND. 5	Media del rapporto fra importo a consuntivo e importo di aggiudicazione
IND. 6	Media del rapporto fra durata della realizzazione del contratto effettiva e prevista
IND. 7	Numero appalti senza comunicazione di aggiudicazione / Numero totale appalti
IND. 8	Numero appalti senza comunicazione di fine lavori / Numero totale appalti
IND. 9	Numero appalti con offerta singola (una sola offerta ammessa a fronte di un'unica offerta presentata) / Numero totale appalti con una sola offerta ammessa
IND. 10	Media del rapporto tra numero offerte escluse e numero offerte presentate
IND. 11	Numero appalti con esclusione di tutte le offerte tranne una / Numero totale appalti con una sola offerta ammessa
IND. 12	Media della proporzione di offerte escluse, calcolata solo sugli appalti che hanno esclusione di tutte le offerte tranne una
IND. 13	Omogeneità media della distribuzione stazione appaltante – aggiudicatari
IND. 14	Media dei giorni tra data di scadenza del bando e data di pubblicazione
IND. 15	Media dei giorni tra data della prima aggiudicazione e data di scadenza del bando
IND. 16	Numero appalti con importo del lotto compreso tra 37.500 e 40.000 Euro / Numero appalti con importo del lotto compreso tra 30.000 e 37.500 Euro *
IND. 17	Rileva la frazione di contratti di importo compreso tra 20.000 e 40.000 € rispetto al numero di contratti di importo superiore a 40.000 € *

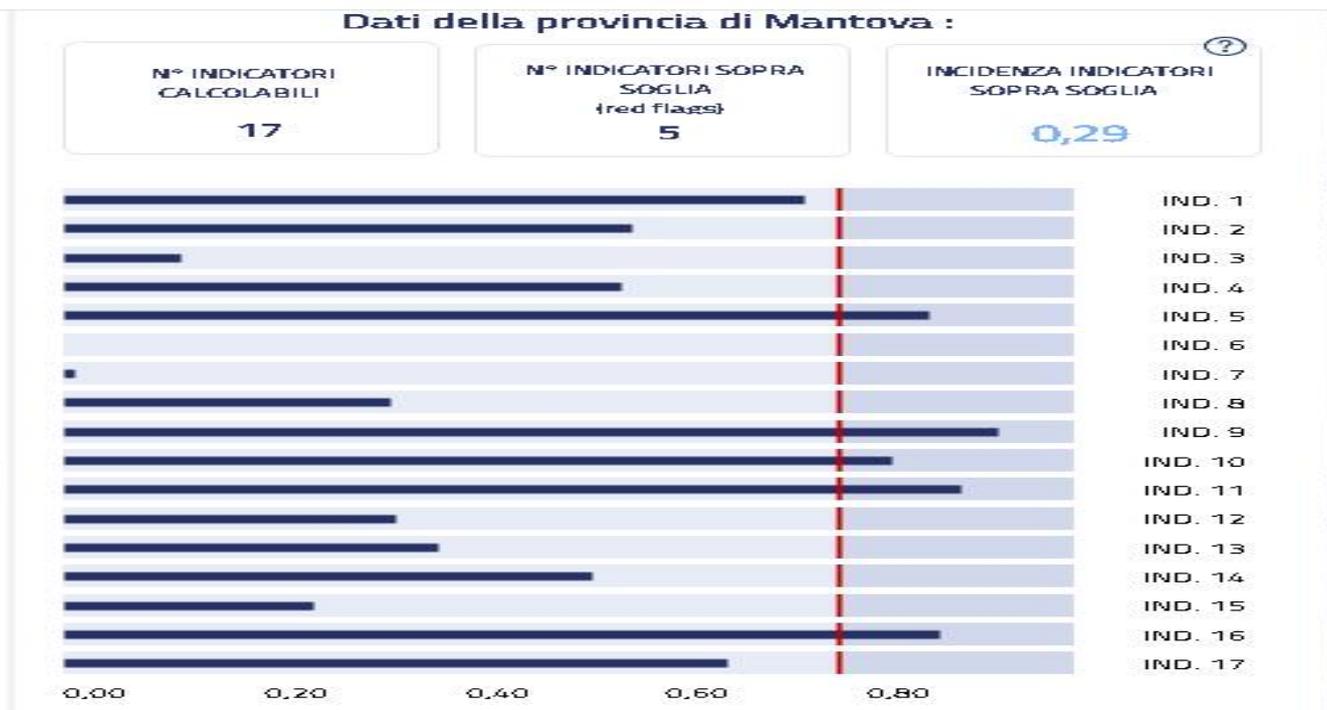
La prima delle immagini sottostanti riporta i dati della provincia di Mantova per l'anno 2022, la seconda quelli per l'anno 2023.

Il valore soglia è 0,75, pari al valore meno rischioso riferito al 75% delle province.

Anno 2022



Anno 2023



Nella [relazione – anno 2022](#) dell'Osservatorio permanente sulla legalità, costituito dall'anno 2017 dal Consiglio del Comune di Mantova, si legge che è “ essenziale la prevenzione e il contrasto alla corruzione e al riciclaggio in una Regione, come la Lombardia, caratterizzata da un forte radicamento delle mafie, le quali usano corruzione e riciclaggio come strategie per infiltrarsi nell'economia legale” e, dato il contesto, “l'agire deve essere sempre più indirizzato alla legalità, con un controllo sempre maggiore, anche attraverso protocolli legalità, ed una attività all'interno della Pubblica Amministrazione caratterizzata da una maggiore responsabilizzazione del pubblico dipendente”.

L'ASST di Mantova non è stata interessata da fatti criminosi, ad ogni modo, mantiene alto il livello di attenzione ed attua ogni possibile intervento di sensibilizzazione rispetto al tema della corruzione affinché non venga mai meno l'adeguato presidio dei rischi, soprattutto nel settore dei contratti pubblici.

2.3.5. Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno è stata svolta tenendo conto degli elementi evidenziati nelle diverse sotto-sezioni del presente PIAO e degli ulteriori elementi espressi di seguito ritenuti utili e significativi ai fini della gestione del rischio corruttivo.

Realizzazione delle progettualità inerenti al Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)

Per l'attuazione della missione 6C1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (suddivisa in: M6.C1-1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona; M6.C1-1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedale di Comunità); M6.C1-1.2.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali) Regione Lombardia, su proposta di A.T.S. della Val Padana, ha stanziato finanziamenti a favore della A.S.S.T. di Mantova finalizzati alla realizzazione di n. 9 Case di Comunità, n. 5 Ospedali di Comunità e n. 6 Centrali Operative Territoriali e con D.G.R. n. XI/6080 del 07.03.2022 ha approvato le tabelle che individuano la localizzazione dei terreni e degli immobili.

Il Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 10 del D.L. n. 77/2021, quale “amministrazione centrale titolare dell'investimento”, ha reso disponibile ai Soggetti Attuatori e ai Soggetti Attuatori Esterni degli interventi finanziati a valere sulle risorse del PNRR il supporto tecnico-operativo prestato dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. (di seguito “INVITALIA”).

Regione Lombardia, in qualità di Soggetto Attuatore (cfr. art. 1, co. 4 lett. o del D.L. n. 77/2021), ha delegato l'ASST di Mantova quale Soggetto Attuatore Esterno.

L'ASST di Mantova con i decreti n. 592 del 4/7/2022 e n. 591 del 4/7/2022 ha dato mandato alla richiamata INVITALIA quale Centrale di Committenza di provvedere, ai sensi degli articoli 37, comma 7, lett. b), e 38 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recante “Codice dei contratti pubblici”, alla indizione, gestione e aggiudicazione delle procedure di gara per l'affidamento di lavori e servizi di ingegneria e architettura per la nuova edificazione, la ristrutturazione e la riqualificazione degli edifici, anche di quelli sottoposti a tutela, da destinare a OdC di Bozzolo, CdC e OdC di Viadana, CdC di Sermide, OdC e CdC di Mantova.

L'ASST di Mantova si avvale anche della Centrale di Committenza Regionale A.R.I.A. che ha attivato diverse Convezioni in Accordo Quadro sia per i servizi tecnici sia per i servizi di supporto, mentre ha

attivato gare autonome per gli interventi relativi a CdC, OdC e COT di Asola, CdC di Goito, CdC e COT di Quistello, CdC e COT di Suzzara OdC di Borgo Mantovano.

Relativamente alla missione M6.C2-1.1.1 "Ammodernamento per Parco tecnologico e Digitale Ospedaliero (Digitalizzazione delle Strutture Ospedaliere - DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di livello I e II)" con DGR XI/6426/2022 Regione Lombardia ha approvato il POR prevedendo un finanziamento pari ad € 8.235.000,00 a favore dell'ASST di Mantova per gli interventi di Digitalizzazione della Struttura Ospedaliera - DEA Ospedale Carlo Poma di Mantova.

Per la realizzazione del suddetto intervento l'ASST di Mantova si sta avvalendo della Centrale di Committenza CONSIP SpA.

Con Determinazione dirigenziale n. 665 del 01.06.2022 l'Azienda ha altresì aderito alla Convenzione CONSIP "Reti Locali 7" - Lotto n. 2 per la realizzazione di una rete locale per la sicurezza informatica.

Per l'attuazione della missione PNC - M6.C2 - 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" l'ASST si sta avvalendo della centrale di Committenza INVITALIA.

Con Determinazione dirigenziale n. 118 del 31 gennaio 2023 ha altresì aderito alla Convenzione ARIA per l'affidamento della progettazione dell'Ospedale Sicuro di Suzzara.

Per l'attuazione della missione M6.C2-1.1.2 "Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero (grandi apparecchiature sanitarie)" con DGR XI/6426/2022 Regione Lombardia ha approvato il POR prevedendo un finanziamento pari ad € 7.513.600,00 per l'acquisto di: n. 2 Tomografi Computerizzati; n. 1 Risonanza Magnetica 1,5 Tesla; n. 1 Acceleratore Lineare; n. 1 Gamma Camera; n. 1 Mammografo con Tomosintesi; n. 2 Angiografi; n. 4 Ecotomografi; n. 4 Telecomandati Digitali; n. 1 Ortopantomografo.

Per la realizzazione del suddetto intervento l'ASST di Mantova si sta avvalendo della Centrale di Committenza CONSIP SpA.

La circolare dell'11 agosto 2022 n. 30 emanata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) puntualizza che: "L'efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte delle Amministrazioni interessate, adeguati sistemi di gestione e controllo, in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione del Piano stesso da parte dell'U.E."

In relazione a ciò, il MEF ha predisposto le "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori".

L'Azienda, a sua volta, alla luce delle indicazioni operative fornite da Regione Lombardia con i Decreti DG Welfare nn. 7796/2023 e 10213/2023, con il decreto n. 374 del 15/04/2024 ha istituito una Commissione di controllo interna per gli interventi PNRR di propria competenza.

Gli attori della prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono attivamente all'elaborazione ed all'attuazione del sistema aziendale di prevenzione della corruzione, sono:

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

- la **Direzione Strategica** che, tra le altre attività, definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione, compreso il PIAO;
- il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, riferimento fondamentale interno all'azienda per l'attuazione della normativa in parola (per gli approfondimenti si rinvia all'All. 3 del PNA 2022), che, tra le altre attività:
 - propone la sezione anticorruzione del PIAO alla Direzione Strategica;
 - supporta le Strutture/Servizi aziendali nell'analisi dei rischi corruttivi e nell'individuazione delle misure di trattamento;
 - vigila sull'attuazione delle misure previste dal Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine può richiedere ai Dirigenti delle Strutture aziendali dati e documenti oppure delucidazioni scritte e/o verbali su situazioni o comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione o illegalità. Nei casi di particolare rilevanza, può effettuare sopralluoghi presso le Strutture/servizi finalizzati a controlli di natura documentale;
 - riceve le segnalazioni whistleblowing effettuate nell'interesse dell'integrità dell'ASST, assicurandone la presa in carico e garantendo la riservatezza secondo quanto previsto dalla normativa in materia;
 - analizza le richieste di accesso civico semplice e provvede al riesame delle richieste di accesso civico generalizzato;
 - in caso di accertati inadempimenti in materia di trasparenza, attiva i procedimenti previsti per l'adozione dei provvedimenti nei confronti dei dirigenti responsabili;
- il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)**, soggetto con funzioni analoghe a quelle previste per l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), chiamato a garantire il raccordo tra il sistema di gestione delle performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- la funzione di **Internal Auditing** che dà supporto al RPCT nelle attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- l'**Ufficio Procedimenti Disciplinari** che elabora ed aggiorna con il RPCT il codice di comportamento, vigila sulla sua osservanza e relaziona al RPCT sui procedimenti per violazioni delle norme in esso contenute;
- tutti i **dirigenti** dell'ASST:

Ai sensi dell'art. 16 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, i dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati:

I-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.

I-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.

I-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con

provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Ai dirigenti, dunque, è affidato il ruolo di prevenzione e gestione dei rischi corruttivi in quanto migliori conoscitori delle attività afferenti alle proprie strutture e dei possibili rischi.

Il RPCT ha il compito di supportarli e di ricevere le segnalazioni per l'aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza che trova nel PIAO il principale atto di programmazione;

I dirigenti provvedono, altresì, ad assicurare la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento e vigilano sull'applicazione (art. 54 decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) segnalando le ipotesi di violazione;

- i **Referenti**, chiamati a svolgere una costante attività informativa e di supporto ai Dirigenti Responsabili ed al RPCT per la formazione ed il monitoraggio della sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e per l'attuazione delle misure specifiche e generali di trattamento dei rischi.
- tutti i **dipendenti** dell'ASST, in particolare quelli afferenti alle aree a rischio indicate nella presente sotto-sezione;
- i **collaboratori** dell'ASST, a qualsiasi titolo, chiamati ad osservare le misure contenute nella presente sotto-sezione e a segnalare le situazioni di illecito;
- i **fornitori** dell'ASST che:
 - sottoscrivono il patto d'integrità e si impegnano ad osservarne le disposizioni;
 - sottoscrivono le clausole contrattuali ed accettano di osservare le disposizioni del Codice di Comportamento nazionale e di quello integrativo dell'ASST;
- gli **utenti/cittadini** che esercitano il controllo diffuso garantito dalla normativa in materia di trasparenza di cui al d.lgs. n. 33/2013.

Si richiamano, altresì:

- il **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante - R.A.S.A.**
Il dott. Cesarino Panarelli, Direttore della S.C. Gestione Acquisti, è stato incaricato con delibera n. 1082 del 17 dicembre 2013 degli adempimenti di trasparenza riferiti all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) (art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221)
- il **Gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo**
La nomina per tale funzione è stata conferita, con Deliberazione n. 388 del 3 aprile 2017, alla dott.ssa Nicoletta Moi, Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.
- la **Rete degli RPCT**
L'Azienda, rappresentata dalla RPCT, partecipa alla Rete degli RPCT di Aziende Sanitarie (ATS ed ASST) ed Enti (IRCSS, IZSLER, Fondazioni) di Regione Lombardia, costituita in un Gruppo

Interaziendale per creare una Piattaforma di Dialogo su problematiche comuni, *best practice*, *focus group*, eventi ed incontri dedicati, anche promossi dal RPCT di Regione Lombardia.

Il sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni dell'ASST fornisce supporto alla direzione strategica per la lettura della realtà affinché possa compiere scelte funzionali al conseguimento dei risultati attesi nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa, e rappresenta, pertanto, un importante strumento di ausilio alle politiche di prevenzione della corruzione.

L'applicazione del sistema avviene principalmente tramite:

- il controllo di gestione che sovrintende e sostiene il processo di programmazione e controllo della gestione, con la finalità di massimizzare la capacità dell'organizzazione di perseguire con successo le proprie finalità in condizioni di economicità;
- la struttura qualità e risk management attivata a presidio dei controlli interni:
 - volti all'implementazione di un approccio nella gestione dei processi focalizzato sullo sviluppo, l'attuazione ed il miglioramento dell'efficacia dei Sistemi di gestione della Qualità,
 - di appropriatezza prescrittiva clinica ed assistenziale;
 - sulla documentazione sanitaria;
- l'internal auditing;
- la struttura Affari Generali e Controlli Interni che conduce, tra gli altri controlli, quelli relativi all'attività extra-istituzionale.

Lo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi controlli in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali è il Comitato di coordinamento dei controlli interni.

È stato istituito con il P.O.A.S. 2022-2024 di cui al decreto n. 792 del 20.09.2022 con il quale l'ASST di Mantova ha preso atto della D.G.R. N. XI/6926 del 12.09.2022 con oggetto "Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Mantova"; afferisce direttamente al Direttore Generale e ne fanno parte, oltre al RPCT, i Direttori delle Strutture Qualità e Risk management, Controllo di gestione e Affari Generali e Controlli Interni.

Il 9 giugno 2022 l'ASST Mantova ha avuto un'audizione in videoconferenza con il Gruppo ORAC/RL che ha analizzato le risposte rese dagli Enti del SiReg al secondo questionario di autovalutazione sull'adeguatezza delle azioni di controllo nell'emergenza sanitaria. L'audizione è stata effettuata allo scopo di approfondire e condividere gli aspetti inerenti al funzionamento del sistema di controllo interno dell'ASST e i possibili profili di miglioramento.

Il confronto è stato utile pur essendo già emersa all'interno dell'Azienda la necessità di un coordinamento tra le singole funzioni aziendali sulla base della considerazione che non basta mappare i processi, occorre anche verificarne l'adeguatezza.

Il Sistema dei controlli interni per gli interventi PNRR

Regione Lombardia ha individuato l'ASST Mantova, così come altre ASST ed ATS, quale Soggetto Attuatore esterno per la realizzazione di alcuni interventi relativi al "Piano Nazionale di Ripresa e

Resilienza PNRR – Missione 6 Component 1 e Component 2 e al Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari PNC”.

Con il Decreto DG Welfare n. 7796 del 25/05/2023 ha poi fornito ai Soggetti Attuatori Esterni regionali le indicazioni operative in merito al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli e con il successivo Decreto DG Welfare n. 10213 del 06/07/2023 ha approvato le linee guida per la liquidazione dei fondi.

Nelle indicazioni operative fornite con il richiamato Decreto DG Welfare n. 7796/2023, Regione Lombardia, responsabile in solido con i Soggetti attuatori esterni:

- si è riservata di esercitare un controllo di “secondo livello” in ordine agli interventi delegati e ha affidato il controllo di “primo livello” alle Strutture sanitarie per gli interventi di propria competenza;
- ha chiamato queste ultime ad individuare i soggetti competenti allo svolgimento dei controlli, precisando che devono essere figure diverse dai responsabili dei procedimenti;
- ha precisato che i controlli di primo livello devono essere documentati e che, pertanto, in ReGis, oltre al rendiconto, vanno caricate anche le eventuali check-list che il Soggetto attuatore esterno ha ritenuto di predisporre quale strumento per l’attività di controllo (cfr. Linee guida per la liquidazione dei fondi ai Soggetti attuatori esterni di cui alla Missione 6 – Component 1 e 2 – PNRR approvate con il richiamato Decreto DG Welfare – n. 10213/2023);

Tenuto conto delle indicazioni ricevute, l’ASST di Mantova, con Decreto n. 374 del 15/04/2024 ha provveduto ad istituire la Commissione interna incaricata di effettuare i controlli di “primo livello”.

La Commissione, a mano a mano che vengono concluse le diverse procedure, provvede ai controlli di competenza utilizzando check-list desunte dalle indicazioni ministeriali o definite a livello regionale.

Con l’istituzione della Commissione di controllo è stato superato il sistema di governance aziendale a supporto dell’attività dei RUP, fissato con Decreto n. 229 del 16/03/2023 recante “Approvazione e adozione del “Regolamento per la governance del PNRR nell’ASST di Mantova”.

La mappatura dei processi e l’individuazione del rischio

L’analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi all’Azienda e alla sua dimensione organizzativa, comporta la mappatura dei processi.

Secondo il PNA 2019 **un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in *output* destinato ad un soggetto interno o esterno dell’amministrazione (utente).**

La mappatura dei processi, permettendo di rappresentare in modo razionale le attività dell’Azienda, descriverne le fasi e individuare i soggetti responsabili, è lo strumento per identificare, valutare e trattare i rischi corruttivi.

L’ASST di Mantova si è dotata di una mappatura dei principali processi, con l’intenzione di procedere a successive eventuali implementazioni. Nel 2024 ha mappato i processi relativi alla gestione delle cure primarie che ha acquisito per effetto della legge regionale n. 22/2021.

I processi mappati, utilizzando le schede “Sezione I” allegate al presente Piano, rientrano nelle Aree di rischio descritte di seguito:

AREA DI RISCHIO	PROCESSO
Contratti Pubblici	Programmazione
Contratti Pubblici	Progettazione
Contratti Pubblici	Selezione del contraente
Contratti Pubblici	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto
Contratti Pubblici	Esecuzione del contratto
Contratti Pubblici	Rendicontazione e chiusura del contratto
Concorsi e prove selettive	Reclutamento del personale dipendente
Gestione del personale	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione assenze retribuite
Gestione del personale	Procedimento disciplinare (per infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale)
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle uscite: percorso fatturazione-liquidazione
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Collaudo apparecchiature
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione del parco apparecchiature elettromedicali mediante servizio in outsourcing
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Fuori uso di apparecchiature
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Elaborazione e monitoraggio della sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Accesso civico semplice
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Gestione delle segnalazioni dei whistleblower
Incarichi e nomine	Attribuzione incarichi dirigenziali di struttura semplice o alta specializzazione
Incarichi e nomine	Affidamento a legali esterni dell'incarico di assistenza legale a favore dell'Azienda
Incarichi e nomine	Conferimento incarichi MAP e PDF a tempo determinato
Incarichi e nomine	Conferimento incarichi MAP e PDF a tempo indeterminato
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione quota variabile personale convenzionato
Affari legali e contenzioso	Gestione sinistri
Attività Libero Professionale	Autorizzazione attività LP

Attività Libero Professionale	Prenotazione prestazione in libera professione
Liste di attesa	Prenotazione prestazione con SSN
Liste di attesa	Gestione rischio di no show
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Approvvigionamenti dei prodotti di farmacia nel rispetto degli standard descritti nelle procedure certificate
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Fornitura di farmaci in PTO
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Smaltimento dei prodotti di farmacia scaduti
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Gestione resi e ritiri
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Verifica periodica delle quantità di prodotti di farmacia non utilizzati
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
Altra area: Medicina Legale	Gestione delle domande di invalidità civile, legge 104, legge 68/99, cecità e sordità
Altra area: Medicina Legale	Commissione medica locale patenti: visita di revisione/rinnovo patente di guida presso al CML
Altra area: Medicina Legale	Commissione valutazione rischi: gestione delle richieste di risarcimento danni
Altra area: Dipendenze da sostanze	Certificazione assenza o presenza di dipendenza da sostanze
Altra area: Dipendenze da sostanze	Terapia farmacologica sostitutiva
Altra area: Comunicazione	Pubblicazione contenuti sul sito internet aziendale
Altra area: Comunicazione	Attività ufficio stampa
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Processo di Budget
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Flussi informativi
Altra area: Controllo di Gestione e Flussi Informativi	Contabilità analitica
Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Accettazione di donazioni in denaro di importo superiore a € 5.000, a favore dell'ASST, con o senza vincolo di destinazione
Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Gestione atti monocratici: Decreti del Direttore Generale
Altra area: Affari Generali e Controlli Interni	Protocollo documenti in arrivo ed in partenza

L'individuazione del rischio è la fase successiva che consiste nel definire, per ogni attività del processo, le potenziali minacce corruttive.

Questa fase conduce alla creazione di un “catalogo”.

2.3.6. Valutazione del rischio

Con il PNA 2019 l’A.N.AC. ha modificato la metodologia di misurazione del rischio corruttivo, passando dall’approccio quantitativo a quello qualitativo di semplice utilizzo, e ha introdotto la motivazione della valutazione.

Nel corso del 2020 sono stati effettuati specifici incontri con i dirigenti per condividere e spiegare la nuova metodologia.

Il rischio corruttivo è stato quindi valutato da questi ultimi su ogni singolo processo o fase di esso, in base all’incidenza degli indicatori (*key risk indicators*) qui descritti:

discrezionalità: l’ampiezza della discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, etc.) nel definire gli obiettivi operativi e/o le soluzioni organizzative da adottare determina un incremento del rischio;

destinatari esterni all’Azienda: si riferisce alla valutazione del livello di impatto del processo/attività sui destinatari esterni;

valore economico: la presenza di interessi economici per i destinatari incrementa il rischio;

livello di opacità del processo analizzato tenendo conto degli strumenti di trasparenza che riducono il rischio;

presenza di “eventi sentinella”: i dati sui procedimenti giudiziari e/o disciplinari a carico dei dipendenti impiegati sul processo sono stati considerati elementi utili al fine di stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi;

livello di attuazione delle misure di prevenzione, sia generali sia specifiche, previste dal Piano di prevenzione della corruzione per il processo/attività: la scarsa collaborazione di dirigenti e responsabili di procedimento segnala una mancanza di attenzione o resistenza verso le politiche di prevenzione della corruzione;

segnalazioni e reclami: le segnalazioni di abusi e/o anomalie sono anch’essi elementi per stimare la frequenza di accadimento futuro di eventi corruttivi.

La stima del livello di esposizione al rischio corruttivo è stata declinata attraverso una scala crescente di tre valori: basso (B), medio (M) e alto (A).

Nei casi in cui l’analisi ha condotto ad una valutazione di rischio basso, questa è stata riferita all’intero processo.

Eseguita l’analisi del rischio, il responsabile ha operato una conseguente valutazione di sintesi, motivandola.

La predisposizione del Piano è avvenuta dopo aver valutato e verificato la corretta e completa rappresentazione dei processi, i rischi identificati, l’analisi e la ponderazione degli stessi nonché il relativo trattamento.

Negli anni 2021, 2022, 2023 e 2024, ove necessario, a seguito dei monitoraggi periodici, si è provveduto ad aggiornare le schede di rappresentazione dei processi e di analisi e trattamento dei

rischi.

La RPCT ha vagliato le stime dell'autovalutazione fatta dai dirigenti per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima delle stesse, secondo il principio della prudenza.

Di fatto, tutte le attività, dalla mappatura dei processi all'analisi del rischio, fino alla definizione delle misure di trattamento sono state effettuate sotto il coordinamento e la supervisione metodologica della RPCT, anche al fine di assicurare un omogeneo svolgimento del processo di gestione del rischio corruttivo e l'adeguato approfondimento dell'analisi.

Per rappresentare tutte le fasi di valutazione e trattamento del rischio corruttivo è stata utilizzata la matrice "Sezione II", allegata al presente Piano.

Si segnala quale "buona pratica" che dal secondo semestre 2024 l'ASST ha dato avvio alla riduzione dell'uso del contante alle casse di riscossione aziendali.

Attualmente sono in vigore solo pagamenti elettronici direttamente alla cassa o con il Circuito PagoPA. Si tratta di una misura che garantisce la mitigazione, tra gli altri, del rischio di frode.

Per i processi relativi all'affidamento dei contratti pubblici l'analisi del rischio tiene conto delle Linee guida A.N.AC. n. 15, approvate con la deliberazione n. 494 del 5 giugno 2019 e dei riscontri avuti dal monitoraggio periodico degli indicatori.

La Struttura Complessa Gestione Acquisti, ha evidenziato che, a seguito della approvazione del nuovo codice dei contratti pubblici (D.Lgs 31 marzo 2023, n. 36):

- sono state organizzate diverse giornate di formazione dedicate al personale direttamente coinvolto nel processo di approvvigionamento;
- è stata aggiornata la documentazione necessaria a dare evidenza e pubblicità alle procedure di aggiudicazione delle forniture e servizi;
- sono stati aggiornati i modelli degli atti a rilevanza esterna, relativi alle singole fasi del processo di acquisto, al fine di facilitare la verifica del rispetto delle normative in essi richiamate;
- sono stati aggiornati gli schemi di contratto sulla base del valore economico della fornitura o servizio, al fine di evitare possibili trattamenti preferenziali nella definizione degli obblighi a carico del fornitore;
- sono state aggiornate e condivise con il personale le Istruzioni operative per la gestione delle diverse fasi del processo di acquisto, tra cui in particolar modo quelle relative alla fase dell'esecuzione, al fine di circoscrivere a casi e circostanze predefinite l'introduzione di varianti e di integrazioni che non vadano ad alterare la natura generale del contratto;
- sono state aggiornate alle nuove disposizioni normative e quindi condivise con il personale e distribuite ai DEC, le Istruzioni Operative per la disciplina dei controlli (IO02GA), ai fini del controllo sull'esecuzione dei contratti di fornitura;

- sono state altresì aggiornate e condivise con il personale le Istruzioni Operative in merito agli obblighi di pubblicità e trasparenza degli atti e delle procedure.

Alla luce delle possibili criticità identificate dal PNA – Aggiornamento 2023 (Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023), si programma il seguente obiettivo

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure	Tempistica del monitoraggio	Indicatore	Responsabilità
<p>Art. 119 d.lgs. n. 36/2023</p> <p>Disciplina del subappalto</p> <p>È nullo l'accordo con cui sia affidata a terzi l'integrale esecuzione delle prestazioni o lavorazioni appaltate, nonché la prevalente esecuzione delle lavorazioni relative alla categoria prevalente e dei contratti ad alta intensità di manodopera.</p>	<p>Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolare gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto</p>	<p>Analisi degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto.</p>	<p>Al 30.06.2025</p> <p>e</p> <p>al 15.11.2025</p>	<p>Comunicazione delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP</p>	<p>SC Gestione Acquisti – SS Appalti Forniture Beni e Servizi Sanitari – SS Appalti Lavori Servizi Tecnici e Beni Mobili Patrimoniali</p>
			<p>Entro il mese di luglio 2025</p> <p>ed</p> <p>entro il mese di Dicembre 2025</p>	<p>Verifica della conformità alla norma delle autorizzazioni rilasciate mediante richiesta di copia della relativa documentazione</p> <p>Campione pari al 10%</p>	<p>SC Affari Generali e Controlli Interni - RPCT</p>

Tenuto conto della Delibera ANAC n. 497 del 29 ottobre 2024, si ritiene opportuno rafforzare i controlli di secondo livello in ordine ai processi finalizzati all'acquisizione di beni e servizi.

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
-----------	-----------	------------	------------	----------------

	ATTESO			
Evitare condizionamenti alla regolare esecuzione delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice	Corretta gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e di esecuzione dei lavori	<p>Inoltro alla SC Affari Generali e Controlli Interni e al RPCT dell'elenco dei DEC dei contratti in corso di valore pari o superiore a € 500.000,00</p> <p>Invio ai DEC di un questionario finalizzato alla verifica del livello di raccordo tra gli stessi e i RUP</p> <p>Relazione sugli esiti del questionario alla Direzione Strategica e alla Struttura Gestione Acquisti</p>	<p>Entro il 30/06/2025</p> <p>Entro il 30/09/2025</p> <p>Entro il 15/11/2025</p>	<p>SC Gestione Acquisti</p> <p>SC Affari Generali e Controlli Interni</p> <p>e</p> <p>RPCT</p>
Evitare condizionamenti alla regolare esecuzione delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice	Corretta gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e di esecuzione dei lavori	<p>Inoltro alla SC Affari Generali e Controlli Interni e al RPCT dell'elenco dei contratti in corso di valore pari o superiore a € 1.000.000,00</p> <p>Acquisizione delle copie delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse rilasciate dai DEC</p> <p>Campione casuale pari a 3% e, comunque, almeno 10 contratti</p>	<p>Entro il 30/06/2025</p> <p>Entro il 30/09/2025</p>	<p>SC Gestione Acquisti</p> <p>SC Affari Generali e Controlli Interni</p> <p>e</p> <p>RPCT</p>
Evitare l'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC	Corretta gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e di	Inoltro alla SC Affari Generali e Controlli Interni e al RPCT dell'elenco dei contratti	Entro il 30/06/2025	SC Gestione Acquisti

<p>sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice</p>	<p>esecuzione dei lavori</p>	<p>in corso di valore pari o superiore a € 1.000.000,00</p> <p>Acquisizione della copia della documentazione di attestazione del corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali sulla base della quale è stato eseguito il pagamento delle fatture.</p> <p>Campione casuale pari a 3% e, comunque, almeno 10 contratti</p>	<p>Entro il 30/09/2025</p>	<p>SC Affari Generali e Controlli Interni</p> <p>e</p> <p>RPCT</p>
--	------------------------------	---	----------------------------	--

L'area attività libero professionale e liste d'attesa, invece, è stata analizzata tenendo conto delle osservazioni e raccomandazioni dell'Organismo Regionale per le attività di Controllo – ORAC (cfr. deliberazione n. 18 del 21 dicembre 2020) che hanno costituito un'utile guida per valutare e migliorare gli strumenti di pianificazione.

ORAC nella Relazione per il Consiglio Regionale e la Giunta Regionale Lombardia – secondo semestre 2021, pag. 15, ha dato atto del recepimento delle raccomandazioni.

In considerazione del fatto che "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 a rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio" (PNA 2015) si è valutato di considerare gli obiettivi di budget dell'anno 2022 un'occasione per sensibilizzare e coinvolgere i Dirigenti sanitari nella prevenzione dei rischi individuati per i processi in parola, richiedendo loro di prendere visione della matrice di valutazione e trattamento sull'applicativo aziendale che ha tenuto traccia dei singoli accessi.

Con il Decreto n. 344 del 14/04/2022 è stato adottato il nuovo Regolamento aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale.

L'Internal auditing, nel rispetto della programmazione delle attività, approvata con il Decreto aziendale n. 92 del 31 gennaio 2023, ha condotto il follow up per la verifica del livello d'implementazione delle raccomandazioni scaturite nell'audit effettuato nell'anno 2022 in relazione al processo di gestione della libera professione intramoenia, intramoenia allargata e area a pagamento, inclusa la gestione delle agende per prestazioni ambulatoriali in libera professione e solvenza.

Per quanto attiene, invece, alle donazioni l'Organismo regionale per le attività di controllo (ORAC) con il "Vademecum operativo e raccomandazioni in materia di erogazioni liberali" consiglia (raccomandazione nr. 2) di "adottare un Regolamento sulle donazioni, per gli enti che ne siano ancora privi, o provvedere ad effettuare, se ritenuto necessario, gli aggiornamenti dei Regolamenti vigenti anche alla luce delle indicazioni fornite nel presente documento [il Vademecum operativo citato]." Complementarmente, con la raccomandazione n. 4, ORAC invita a "pubblicare i Regolamenti che disciplinano le erogazioni liberali e la relativa modulistica sul proprio sito web istituzionale in modo facilmente accessibile da parte dell'utenza".

Con decreto n. 1590 del 23/12/2020, su proposta della Struttura Complessa Affari Generali e Controlli Interni, è stato approvato il Regolamento aziendale sulle donazioni liberali che risponde alla raccomandazione nr. 4 e, pur non richiamando espressamente la deliberazione contenente le raccomandazioni in parola, presenta elementi di uniformità, uguali o analoghi ai suggerimenti di ORAC (cfr. Allegato 2 Monitoraggio Racc. 2 e 4 Regolamento donazioni).

Dal mese di marzo 2020 le donazioni hanno rappresentato l'impegno dei cittadini a sostegno dell'Azienda e dei suoi professionisti nella gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

L'art. 99, comma 5, del decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con legge il 24 aprile 2020 n. 27, prevede l'obbligo, per ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria, di una rendicontazione separata. Per garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità, è prevista, altresì, la pubblicazione del rendiconto, con aggiornamento trimestrale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione di primo livello "Interventi straordinari e di emergenza" dei siti istituzionali.

L'ASST di Mantova dal mese di settembre 2020 sta pubblicando i dati, aggiornandoli trimestralmente. A tal fine utilizza il modello di rendicontazione elaborato dall'A.N.AC., congiuntamente con il MEF.

L'aggiornamento definitivo è stato effettuato al 30 giugno 2024.

L'ORAC ha analizzato lo stato delle pubblicazioni effettuate dagli Enti sanitari di Regione Lombardia (Allegato 1 Monitoraggio Racc. 1 donazioni emergenza Covid) e l'ASST di Mantova risulta tra quelli che l'hanno effettuata in modo completo.

I fondi in denaro raccolti sono stati impiegati per acquistare arredi, attrezzature, dispositivi medico - diagnostici, medicinali, apparecchiature informatiche e per la realizzazione di infrastrutture e lavori di manutenzione a concreto sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica, a supporto della ripresa delle attività o per il miglioramento dei servizi aziendali.

Va dato atto, inoltre, che al 31 dicembre 2024 sono state accettate donazioni in denaro non collegate all'emergenza epidemiologica da Covid-19. Parte di questi fondi sono stati utilizzati per acquistare attrezzature sanitarie o per migliorare i servizi sociosanitari erogati dall'Azienda, nel rispetto della destinazione indicata dai donanti.

A partire dal 2022 è stata avviata anche una raccolta di donazioni in favore del progetto di ristrutturazione della Chiesa di San Camillo che sorge all'interno del Presidio ospedaliero di Mantova.

L'accettazione delle suddette donazioni liberali ed il loro utilizzo è avvenuto ed avviene nell'osservanza del richiamato Regolamento aziendale.

Misure di prevenzione

Una volta individuato il rischio per ogni attività dei processi mappati e valutato il relativo grado di esposizione, sono state definite le misure specifiche da attuare, volte a rendere sempre più difficile l'adozione di comportamenti riconducibili a forme di cattiva amministrazione, che potrebbero essere prodromici o favorire la commissione di fatti corruttivi.

Le matrici di analisi e trattamento del rischio contengono un numero significativo di misure a carattere specifico, sulla base del principio, espresso dall'A.N.AC., che i Piani delle amministrazioni devono concentrare l'attenzione su questa tipologia di misure allo scopo di personalizzare la strategia di prevenzione.

Tutte le misure sono state individuate tenendo conto della necessità di non gravare le strutture di ulteriori controlli, puntando, quindi, a mettere a sistema e razionalizzare quelle esistenti, nell'ambito delle seguenti tipologie:

1. misure di controllo;
2. misure di trasparenza;
3. misure di definizione e promozione dell'etica e di *standard* di comportamento;
4. misure di regolamentazione;
5. misure di semplificazione;
6. misure di formazione;
7. misure di sensibilizzazione e partecipazione;
8. misure di rotazione;
9. misure di segnalazione e protezione (al momento non previste);
10. misure di disciplina del conflitto di interessi (al momento non previste);
11. misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*) (al momento non previste).

La sostenibilità economica ed organizzativa delle misure ha l'obiettivo altresì di rendere realistica ed applicabile la presente sotto-sezione.

Individuate le misure, è stata definita la programmazione di attuazione attraverso i seguenti elementi:

- stato di attuazione al 1° gennaio 2025;
- fasi e tempi di attuazione: l'esplicitazione delle fasi è utile per scadenzare l'adozione della misura e per consentire un agevole monitoraggio;
- indicatori di attuazione;
- valore target;
- soggetto responsabile dell'attuazione.

A tutti i processi è stato assegnato identico grado di priorità di trattamento, indipendentemente dal livello di rischio misurato.

Tale fase ha consentito di accompagnare tutti i soggetti coinvolti nel processo di analisi verso la visione della sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027 quale strumento per indirizzare l'attività al raggiungimento di obiettivi, misurabili e valutabili, da coordinare con le altre sezioni e sotto-sezione del presente PIAO e con gli altri atti programmatici aziendali.

La presente sotto-sezione comprende anche le misure generali che si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione messo in atto dall'ASST di Mantova.

Tutte le misure di prevenzione, sia a carattere specifico che generali, che verranno attivate nel corso dell'anno 2025 saranno consolidate negli anni 2026 e 2027, fatto salvo ulteriori futuri aggiornamenti.

Flussi informativi verso il RPCT

I Dirigenti di Struttura delle aree a rischio devono aggiornare il RPCT, periodicamente o per ogni singolo evento o a richiesta, sulle attività di monitoraggio svolte, sullo stato di attuazione della presente sottosezione e sull'adeguatezza delle misure previste.

I flussi informativi dovranno essere relativi a:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione;
- eventuali modifiche dei processi mappati;
- eventuali modifiche del rischio;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del codice di comportamento (la segnalazione compete all'UPD);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato;
- indicatori di rischio quali: gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza, proroghe contrattuali;
- verifiche e controlli sulle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'ASST;
- esiti sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ogni comunicazione prevista dal presente Piano;
- ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione.

Il mancato assolvimento degli obblighi sopra riportati, oltre alle responsabilità specifiche, comporta la responsabilità disciplinare ai sensi dell'**art. 8, comma 1, d.PR n. 62/2013** - Prevenzione della corruzione: *"Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione [...]"*

Flussi informativi verso il RPCT rispetto agli interventi PNRR

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) nelle Linee Guida annesse alla circolare dell'11 agosto 2022 n. 30, relativa alle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR, puntualizza che tra gli obblighi specifici posti in capo al Soggetto Attuatore in tema di controllo vi è quello di adottare misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio ("titolarità effettive").

Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF nelle predette LLGG sono ricompresi:

- l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo;
- l'obbligo, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi.

Anche il PNA 2022, tra le misure di prevenzione dei rischi connessi ai processi in cui sono gestite risorse finanziarie del PNRR/PNC e dei fondi strutturali, attribuisce particolare rilievo a quelle volte a prevenire, individuare ed evitare conflitti di interessi.

Seguendo le raccomandazioni espresse dall'ANAC nel richiamato PNA 2022, nel PIAO 2024-2026 era stato programmato, a carico della Struttura Gestione Acquisti - SS Appalti Lavori Servizi Tecnici e Beni Mobili Patrimoniali, l'obbligo di inoltrare al RPCT l'elenco dei soggetti aggiudicatari/contraenti per gli interventi PNRR, nei periodi dal 1° gennaio al 30 giugno 2024 e dall'1 luglio al 15 novembre 2024. Ciò al fine di consentire l'estrazione di un campione, pari al 30%, rispetto al quale la RPCT avrebbe dovuto verificare se la suddetta dichiarazione fosse stata resa.

La RPCT in qualità di componente Commissione aziendale istituita con Decreto ASST n. 374 del 15/04/2024 ha avuto modo di effettuare la verifica in parola non solo su un campione bensì per tutte le procedure concluse e rendicontate in RegiS.

Alla luce delle possibili criticità identificate dal PNA – Aggiornamento 2023 (Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023), si programma il seguente obiettivo

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure	Tempistica del monitoraggio	Indicatore	Responsabilità
Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 Premio di accelerazione È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna	Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza del verificarsi delle circostanze previste dalle norme.	Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione al fine di consentire le eventuali verifiche del RPCT o della struttura di	Al 30.06.2025 e al 15.11.2025	Comunicazione tempestiva al RPCT o attestazione alla data del monitoraggio di non ricorso al premio di accelerazione	SC Gestione Acquisti – SS Appalti Lavori Servizi Tecnici e Beni Mobili Patrimoniali

dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.		auditing		Acquisizione della relazione del RUP e del DL attestante che i lavori sono stati conclusi correttamente	RPCT
--	--	----------	--	---	------

Monitoraggio sull'attuazione e sull'efficacia delle misure - riesame

Il monitoraggio ed il riesame sono fasi fondamentali del processo di gestione del rischio in quanto hanno lo scopo di:

- verificare che le misure di contenimento del rischio progettate siano operativamente efficaci ed efficienti;
- rilevare i cambiamenti;
- identificare i rischi emergenti;
- apprendere dagli eventi, dai cambiamenti, dai successi e dai fallimenti ulteriori informazioni utili per migliorare la valutazione del rischio.

L'attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione progettate nel presente documento saranno verificate attraverso:

- l'invio al RPCT da parte dei Dirigenti di Struttura di report semestrali (al 30.06.2025 e al 15.11.2025) oltre alle informazioni previste dai sotto-paragrafi intitolati "Flussi informativi";
- le attività di verifica, condotte con l'eventuale supporto della funzione di Internal Auditing;
- il contributo metodologico del NVP in merito al processo di gestione del rischio;
- la relazione sulle *performance*;
- la Relazione annuale del RPCT.

Aggiornamento della programmazione delle misure di prevenzione

La presente sotto-sezione verrà aggiornata qualora intervengano cambiamenti organizzativi o eventi che rendano necessaria od opportuna la revisione nel corso dell'anno cui si riferisce.

Comunicazioni relative alla sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2025-2027

Una delle prime azioni per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è la sensibilizzazione di tutta l’Azienda rispetto alla normativa in materia e ai rischi potenziali. A tal fine, come espressamente previsto dall’A.N.AC. nel PNA 2022, il PIAO verrà pubblicato, oltre che nella sotto-sezione “Disposizioni generali” della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, anche nella sottosezione “Altri contenuti-Prevenzione della corruzione”.

Tutti gli stakeholder hanno la possibilità di segnalare inadempienze ed episodi di cattiva amministrazione da parte dell’ASST attraverso i seguenti indirizzi: protocollogenerale@asst.mantova.it oppure protocollogenerale@pec.asst-mantova.it oppure anticorruzione trasparenza@asst-mantova.it, o mediante qualunque altra forma ritenuta idonea.

Responsabilità per violazione delle misure previste dalla sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2025-2027

In capo a tutto il personale della ASST incombe la responsabilità disciplinare nell’ipotesi di:

- violazione delle misure di prevenzione previste dalla presente sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2025-2027, come sancito dall’art. 1, comma 14 della Legge n.190/2012 e dal Codice di Comportamento, fatte salve le ulteriori responsabilità penali, civili, amministrative e contabili previste dall’Ordinamento;

- violazione degli obblighi di trasparenza in relazione ai quali tutto il personale deve assicurare la massima collaborazione nell’elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati ai fini della pubblicazione sul sito web dell’Azienda, oltre che garantire la tracciabilità dei processi decisionali adottati;

In capo ai Dirigenti Responsabili incombono inoltre:

- ✓le responsabilità riferite all’attribuzione di specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione come precisate dall’art.16, comma 1, lettera I-bis, I-ter e I-quater del D.Lgs. 30/03/2001, n.165;
- ✓le responsabilità riferite agli oneri di pubblicazione previsti dal comma 32 della Legge n.190/2012 e sanzionate dal successivo comma 33, comunque valutate dall’art. 21 del D.Lgs. 30/03/2001, n.165;

In capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza incombono inoltre:

- ✓la responsabilità dirigenziale in caso di inadempimento delle prescrizioni richiamate dal comma 8 dell’art. 1 Legge n. 190/2012;
- ✓le responsabilità sancite dall’art.1, commi 12, 13 e 14 della Legge n. 190/2012.

Resta fermo quanto previsto dall’art. 8 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e dall’art. 8 del Codice di Comportamento aziendale.

2.3.7. Misure Generali

CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei dipendenti e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con il presente atto di programmazione.

L'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, aggiornato da ultimo dal decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79, prevede un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche ed un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale.

Il codice nazionale è stato emanato con d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. Esso individua comportamenti dei dipendenti ispirati ai principi costituzionali nonché quelli vietati o stigmatizzati e quelli prescritti e sollecitati, tra cui quelli concernenti la prevenzione della corruzione ed il rispetto degli obblighi di trasparenza (artt. 8 e 9).

Con il D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 il Codice vigente dal 2013 è stato modificato per essere aggiornato al nuovo contesto socio-lavorativo, al principio di non discriminazione nei luoghi di lavoro e alle esigenze derivanti dall'evoluzione e dalla maggiore diffusione di internet e dei social media.

L'ASST di Mantova, con deliberazione n. 83 del 28.01.2014, ha adottato il proprio Codice di comportamento e lo ha aggiornato con la deliberazione n. 988 del 8 agosto 2018. Da ultimo, con il Decreto ASST n. 99 del 01/02/2022, il Codice di comportamento aziendale è stato revisionato secondo le Linee guida di cui alla deliberazione A.N.AC. n. 177 del 19 febbraio 2020, è stato inviato a tutti i dipendenti mediante l'applicativo "Angolo del dipendente" e pubblicato nel sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il 21 dicembre 2023, nell'ambito del corso di formazione residenziale "Etica pubblica, anticorruzione e trasparenza", sono state illustrate puntualmente tutte le novità introdotte dal dPR n. 81 del 13 giugno 2023.

Nel corso del 2024 sono stati avviati a carico dei dipendenti nr. 12 procedimenti disciplinari per violazione del Codice di comportamento. Nessuno procedimento disciplinare è stato attivato per eventi *lato sensu* corruttivi.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Monitoraggio dell'applicazione del Codice di comportamento	Effettiva applicazione del Codice di comportamento	Relazione sui procedimenti disciplinari avviati per violazione del Codice di Comportamento	al 30.06.2025 e al 15.11.2025	UPD

ROTAZIONE DEL PERSONALE (ordinaria e straordinaria)

Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale, misura d'importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa.

Al fine di evitare inefficienze e malfunzionamenti, la misura in esame deve essere impiegata correttamente, accompagnandola e sostenendola anche con percorsi formativi idonei ad una riqualificazione professionale.

L'Azienda applica questa misura di prevenzione coniugandola con l'esigenza di assicurare gli obiettivi programmatici, valutati l'organico a disposizione, la capacità e competenza tecnica del personale, nonché la complessità ed alta specificità delle professionalità messe in campo, tenuto conto, altresì della carenza di personale per alcuni ruoli.

L'applicabilità del principio della rotazione al personale del settore clinico presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Per quanto riguarda, invece, l'applicabilità ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo che operano nelle aree a maggior rischio di corruzione, tenuto conto dell'esiguo numero e dell'elevata specializzazione e qualificazione professionale richiesta in ogni area, la misura in parola viene attentamente valutata in quanto l'attuazione può compromettere il regolare svolgimento dell'attività istituzionale.

Nei processi a maggior rischio, ad ogni modo, sono state individuate modalità operative che favoriscono la condivisione delle attività tra operatori ("trasparenza interna"), molte procedure operative sono state standardizzate (es. procedure PAC), sono stati assolti con puntualità gli obblighi di trasparenza e, in particolare nel settore di gestione degli acquisti di beni, dei servizi e dell'esecuzione delle opere, è stata attivata la segregazione delle funzioni tra chi prepara e gestisce la procedura di gara e chi segue l'esecuzione della fornitura.

Accanto a queste misure vi è una "rotazione di fatto" a seguito di:

- collocamenti a riposo di personale dipendente;
- contingenti situazioni di assenze prolungate (es. malattie e congedi parentali).

Nell'anno 2022 è stato avviato il processo di riorganizzazione previsto dalla legge regionale n. 22/2021 e dal Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con Deliberazione n. XI/6926 del 12/09/2022 su proposta dall'ASST Mantova. Nel 2024 si è insediata una nuova Direzione Strategica aziendale che ha continuato a sviluppare il processo di attuazione della riorganizzazione. Il nuovo assetto organizzativo ridetermina, altresì, responsabilità e funzioni in capo ai singoli.

Il turnover è stato garantito da pensionamenti, dimissioni ed aspettative.

Nel solo anno 2024 sono stati attribuiti n. 17 incarichi di Direttore di Struttura Complessa, n. 1 incarico di Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale e n. 6 incarichi di Responsabile di Struttura Semplice.

Il turnover del personale del comparto è stato elevato anche nelle aree a maggior rischio corruttivo.

Rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1 lett. I quater, del d.lgs. n. 165/2001 prevede, nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, la rotazione del personale mediante assegnazione a ufficio diverso, ovvero con trasferimento di sede o assegnazione ad altro incarico.

Si tratta di una misura preventiva e non sanzionatoria, volta a non pregiudicare l'immagine d'imparzialità dell'amministrazione, che l'A.N.AC. ha disciplinato con la delibera n. 215 del 26 marzo 2019.

In particolare l'Autorità ha precisato che:

- l'istituto trova applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato;
- ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura in esame si debba tener conto dell'elencazione dei reati per "fatti di corruzione" (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015;
- il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l'amministrazione venga a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, inteso come momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.;
- le amministrazioni devono introdurre nel proprio codice di comportamento il dovere, in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

Il comma 2 dell'art. 3 della Legge n. 97/2001 stabilisce: "Qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Salvaguardia dell'imparzialità	Adeguatezza dei controlli sulla regolare esecuzione del contratto	Separazione delle funzioni tra chi prepara e gestisce la procedura di gara ed emette gli ordinativi di acquisto e chi controlla l'esecuzione della fornitura valutando le eventuali non conformità ed effettuando le verifiche preliminari alla liquidazione delle fatture	Relazione al RPCT al 30.06.2025 e al 15.11.2025	Struttura Gestione Acquisti

PREVENZIONE DEL CONFLITTO D'INTERESSI

L'A.N.AC. nel PNA 2022 precisa che: “La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore. Si tratta, dunque, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio”.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) nelle Linee Guida annesse alla circolare dell'11 agosto 2022 n. 30, relativa alle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR, puntualizza che tra gli obblighi specifici posti in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante in tema di controllo vi è quello di adottare misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio (“titolarità effettive”).

Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF nelle predette LLGG sono ricompresi:

- l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo;
- l'obbligo, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi.

Le richiamate LL.GG. stabiliscono, in particolare, che il bando di gara preveda esplicitamente l'obbligo del rilascio di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi a carico dei partecipanti (e dei titolari effettivi) mediante un apposito format predisposto dal soggetto attuatore/stazione appaltante.

La mancata presentazione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi non potrà costituire motivo di esclusione dalla gara. Tuttavia, la richiesta di presentazione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, andrà necessariamente reiterata nei confronti del medesimo soggetto qualora risulti aggiudicatario/contraente, funzionalmente alla stipula del contratto.

Il soggetto attuatore/stazione appaltante, prima della sottoscrizione dell'incarico/contratto del personale coinvolto nella procedura di gara, deve provvedere all'esecuzione del controllo formale al 100% delle dichiarazioni rese dal medesimo personale. In particolare, deve verificare che le dichiarazioni in ordine all'assenza di conflitto di interessi siano state rese (e sottoscritte) da parte del soggetto in capo a cui ricade effettivamente l'onere per legge della produzione e che siano:

- prodotte nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000;
- coerenti con quanto richiesto dalla normativa vigente avuto riguardo sia al contenuto specifico che alle tempistiche di presentazione.

Il soggetto attuatore/stazione appaltante, prima della sottoscrizione del contratto di appalto con il soggetto aggiudicatario/contraente, oltre ai controlli prescritti dalla normativa di riferimento, deve provvedere a verificare il conflitto di interessi “utilizzando i dati relativi alla titolarità effettiva dei potenziali aggiudicatari/contraenti”. Tale verifica dovrà essere effettuata dai soggetti attuatori esclusivamente nell’ambito delle misure PNRR ritenute più rischiose sulla base di un’analisi e valutazione del rischio effettuata in via preliminare e a livello centrale nell’ambito della “Rete dei referenti antifrode”.

Per quanto riguarda i dipendenti, la dichiarazione, resa all’atto dell’assegnazione all’ufficio ai sensi dell’art. 6 del d.P.R. n. 62/2013, dovrà essere aggiornata tempestivamente ogni qual volta si renda necessario tenendo conto che riguarda ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio l’imparzialità. L’A.N.AC. propone che la dichiarazione venga aggiornata nel caso in cui il dipendente venga coinvolto in una procedura di gara per contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali.

La dichiarazione andrà resa, ad ogni modo, con riferimento alla partecipazione ad una commissione di gara o di concorso.

Il dirigente responsabile, in presenza di situazioni di inconferibilità o incompatibilità dichiarate o comunque di un potenziale conflitto di interessi rilevabile già all’interno della dichiarazione che potrebbe compromettere la procedura, deve optare per altri provvedimenti di nomina più adeguati a tutela della procedura d’appalto, degli interessi dell’Amministrazione e dello stesso personale.

In situazione di conflitto di interessi (anche potenziale) di qualsiasi natura dovrà essere garantito altresì il rispetto dell’obbligo di astensione del personale dal partecipare a decisioni o svolgere attività.

Il PNA 2022-2024 fornisce indicazioni, tra le altre, in merito al modello di autocertificazione, da elaborare tenendo conto delle quattro macroaree individuate:

1. *Attività professionale e lavorativa pregressa;*
2. *Interessi finanziari;*
3. *Rapporti e relazioni personali;*
4. *Altro.*

Le verifiche, eventualmente a campione, delle dichiarazioni di assenza di conflitto d’interessi sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l’utilizzo di banche dati, liberamente accessibili relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali l’Azienda abbia abilitazione (ad es. Telemaco, Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici-BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy (crf. PNA 2022).

Tali controlli devono essere avviati ogni volta sorga il sospetto della non veridicità delle informazioni riportate.

Con la revisione dell'anno 2022 del Codice di Comportamento aziendale, integrativo del codice nazionale, si sono rafforzati:

- gli obblighi di comunicazione e astensione previsti dall'art. 6 bis della l. n. 241/90 e dagli artt. 6 e 7 del d.P.R. n. 62/2013, anche con l'aggiornamento della modulistica aziendale;
- le previsioni di legge nell'ambito dei contratti ed altri atti negoziali (art. 14 dPR n. 62/2013 - artt. 42 e 77 d.lgs. n. 50/2016) e delle procedure selettive di personale (art. 11, comma 1, dPR n. 487/1994).

Per l'anno 2025 si intendono consolidare gli obiettivi indicati di seguito.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi resa dal titolare effettivo dei soggetti aggiudicatari/contrattanti per gli interventi PNRR	Prevenzione del conflitto di interessi nei contratti relativi ad interventi finanziati dal PNRR	Verifica dell'avvenuta acquisizione della dichiarazione di assenza del conflitto d'interessi resa dal titolare effettivo dei soggetti aggiudicatari/contrattanti	Entro il 15/11/2025 Per tutte le procedure concluse entro la suddetta data	Commissione controlli PNRR
Astensione del dipendente per conflitto d'interessi	Corretta gestione dei conflitti d'interessi	Invio al RPCT della copia della decisione presa dal Dirigente che ha ricevuto la comunicazione di situazione di conflitto d'interesse e Relazione nei due monitoraggi annuali	Entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione al 30.06.2024 e al 15.11.2024	Direttori e Responsabili delle strutture organizzative delle aree a rischio generali e specifiche
Monitoraggio dell'applicazione della misura	Corretta gestione dei conflitti d'interessi	Relazione da inviare al RPCT	Al 30.06.2025 e al 15.11.2025	Direttori e Responsabili delle strutture organizzative delle aree a rischio generali e specifiche

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4) e non vale ad esonerare chi lo ha conferito dal dovere di accertare, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, i requisiti necessari alla nomina, ovvero l'assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità in capo al soggetto che si vuole nominare. Le necessarie verifiche circa la sussistenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità sono effettuate secondo le indicazioni operative fornite dall'A.N.AC. nella delibera n. 833/2016. La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento degli incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013). Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione (art. 18 del d.lgs. 39/2013).

Nei casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato (art. 19 del d.lgs. 39/2013).

Inconferibilità per incarichi amministrativi di vertice

Le dichiarazioni di assenza di condizioni di inconferibilità, di cui al d.lgs. n. 39/2013, riferite alla Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario, Direttore Amministrativo) sono acquisite e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST. Il link viene comunicato a Regione Lombardia. Si provvede, altresì, all'invio della dichiarazione rilasciata dal Direttore Generale.

Le verifiche sulle dichiarazioni rese vengono effettuate dall'Azienda per tutti i Direttori, fatta eccezione per il Direttore Generale rispetto al quale la competenza è della Giunta Regionale, titolare della procedura di selezione per la formazione degli elenchi degli idonei a detta carica.

Incompatibilità per incarichi amministrativi di vertice

Le dichiarazioni di assenza di condizioni d'incompatibilità - compresa ogni modifica intervenuta in corso d'anno - riferite alla Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario, Direttore Amministrativo), sono acquisite annualmente e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST.

Entro gennaio di ciascun anno viene inviata a Regione Lombardia la dichiarazione rilasciata dal Direttore Generale e viene comunicato il link per accedere alle dichiarazioni pubblicate.

Inconferibilità ed incompatibilità per incarichi dirigenziali, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione.

Le dichiarazioni di assenza di condizioni di inconferibilità e di incompatibilità vengono raccolte dalla Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane e pubblicate sul sito web istituzionale dell'ASST.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Acquisizione annuale delle dichiarazioni rese da DG, DA, DS e DSS	Rispetto del principio costituzionale di imparzialità della pubblica amministrazione	Publicazione sul sito web aziendale e contestuale invio del link a Regione Lombardia nei tempi previsti	Entro il 31/01/2025	RPCT
Verifiche delle dichiarazioni sostitutive rese da DG (solo per incompatibilità), DA, DS e DSS		Nr. dichiarazioni verificate (per almeno il 30% dei direttori tenuti al rilascio della dichiarazione)	Entro il 15/11/2025	S.C. Affari Generali e Controlli Interni
Acquisizione delle dichiarazioni rese dai dirigenti con incarichi non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non)	Rispetto del principio costituzionale di imparzialità della pubblica amministrazione	Publicazione sul sito web aziendale	Monitoraggio dell'avvenuta acquisizione al 30/06/2025 e al 15/11/2025	Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane
Verifiche delle dichiarazioni sostitutive rese dai dirigenti con incarichi non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non)		Nr. dichiarazioni verificate (per almeno il 30% dei dirigenti tenuti al rilascio della dichiarazione)	Entro il 15/11/2025	Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane

INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

I dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare il dovere di esclusività della prestazione lavorativa a favore della Pubblica Amministrazione di appartenenza. Tale regola, prevista a garanzia dei principi costituzionali d'imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione (art. 97 Cost.), è

stemperata dalla possibilità di essere autorizzati a svolgere incarichi extraistituzionali ossia funzioni, mansioni o prestazioni non comprese nei compiti e doveri d'ufficio, rese al di fuori dell'orario di lavoro e svolte a favore di amministrazioni pubbliche o di soggetti privati.

L'autorizzazione, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, è disposta sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità del dipendente e tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, o situazioni di conflitto d'interessi, anche potenziali.

L'ASST di Mantova ha revisionato il proprio regolamento in materia (Decreto n. 1663 del 31/12/2020), recependo le indicazioni regionali di cui alla nota della Direzione Generale Welfare prot. G1.2019.0002949 del 24/01/2019. Il [Regolamento aziendale](#) prevede un'istruttoria volta alla verifica di eventuali incompatibilità ed una valutazione accurata di tutti i profili di conflitto d'interessi, seppure solo potenziali.

La possibilità di svolgere incarichi extraistituzionali viene valutata attentamente anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché come opportunità di valorizzazione personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente stesso.

Il dipendente è tenuto a comunicare all'Azienda pure l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, comma 12).

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Acquisizione delle comunicazioni e delle richieste di autorizzazione mediante utilizzo della modulistica prevista dal Regolamento aziendale vigente	Rispetto del principio costituzionale di esclusività	Relazione al RPCT in ordine al rispetto del Regolamento aziendale vigente	Al 30/06/2025 e al 15/11/2025	S.C. Affari Generali e Controlli Interni
Inserimento dei dati sul sistema PERLAPA	Incrementare la trasparenza in quanto supporto al sistema dei controlli interni	Aggiornamento tempestivo	Monitoraggio al 30/06/2025 e al 15/11/2025	Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane

DIVIETI POST-EMPLOYMENT (PANTOUFLAGE)

L'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. n. 165/2001 vieta ai dipendenti che abbiano cessato il rapporto lavorativo e che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda di svolgere, nei tre anni successivi a tale cessazione, attività lavorativa e professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda.

L'articolo 21 del d.lgs. n. 39/2013 prevede che "Ai soli fini dell'applicazione del divieto di cui al comma 16 ter dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e successive modificazioni, sono considerati dipendenti della pubblica amministrazione anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto" (per quanto interessa il settore Sanità si tratta dei componenti della Direzione Strategica).

La ratio del divieto di pantouflage è volta a garantire l'imparzialità delle decisioni pubbliche e in particolare a scoraggiare comportamenti impropri e non imparziali, fonti di possibili fenomeni corruttivi. Per il Consiglio di Stato, Sez. V (sentenza n. 7411 del 29 ottobre 2019), si tratta di "incompatibilità successiva" alla cessazione del servizio del dipendente pubblico.

Il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

Il divieto sussiste anche per i dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente poteri autoritativi e negoziali per conto della PA - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente (cfr. Orientamento n. 24 fornito da A.N.AC., formalizzato in data 21/10/2015).

Al fine di valutare l'applicazione del pantouflage agli atti di esercizio di poteri autoritativi o negoziali, occorrerà valutare nel caso concreto l'influenza esercitata sul provvedimento finale.

Il divieto di pantouflage, secondo l'A.N.AC. non si applica nel caso di ente privato di nuova costituzione che non presenta profili di continuità con enti già esistenti. Spetta alle amministrazioni effettuare una verifica in concreto, anche con l'ausilio di banche dati, dell'eventuale correlazione tra detta società e altri enti già esistenti prima della cessazione del rapporto di lavoro del dipendente pubblico sottoposto a verifica e nei confronti dei quali lo stesso abbia esercitato poteri autoritativi e negoziali.

Sono esclusi dal pantouflage anche gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

Rientrano nel divieto, tuttavia, sia le attività professionali svolte a titolo oneroso sia quelle a titolo gratuito.

Di recente l'A.N.AC, con la Delibera n. 493 del 25 settembre 2024, ha adottato le Linee guida n. 1 con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al divieto in parola non esaminati nel PNA 2022.

La violazione del divieto comporta le seguenti sanzioni:

- nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti;
- obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti;

- impossibilità per i soggetti che hanno conferito l'incarico di contrattare con l'amministrazione nei tre anni successivi.

Per quanto attiene alle verifiche, si segue il modello operativo illustrato nel PNA 2022.

Con la richiamata sentenza n. 7411 del 29/10/2019 il Consiglio di Stato ha stabilito la competenza di A.N.AC. in merito alla vigilanza, all'accertamento delle fattispecie di *pantouflage* ed ai poteri sanzionatori.

Per i dirigenti cessati titolari di incarico di direttore di struttura complessa, struttura semplice dipartimentale e struttura semplice, sussiste l'obbligo di pubblicità con riferimento all'art. 14, comma 1 lett. a), del d.lgs. n. 33/2013.

Tale pubblicazione aggiunge il potenziale controllo del rispetto della normativa in esame.

Per l'anno 2025 si confermano le seguenti misure:

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
<p>Acquisizione all'atto dell'assunzione della dichiarazione del dipendente di essere a conoscenza del divieto di <i>pantouflage</i></p> <p>Consegna dell'informativa relativa al divieto di <i>pantouflage</i> e raccolta della sottoscrizione da parte dei dipendenti cessati</p> <p>Introduzione negli atti di gara di importo superiore ai 40.000 euro della previsione che il legale rappresentante dell'operatore economico partecipante autodichiari di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuito incarichi a ex dipendenti o incaricati dell'ASST in violazione del divieto di <i>pantouflage</i>.</p>	<p>Evitare che i dipendenti si precostituiscono delle situazioni lavorative vantaggiose, in contrasto con i principi posti dagli artt, 97 e 98 Cost.</p>	<p>Relazione sul livello di applicazione delle misure</p>	<p>Al 30/06/2025</p> <p>e al 15/11/2025</p>	<p>Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p> <p>Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane</p> <p>SC Gestione Acquisti</p>

PATTI DI INTEGRITÀ

Nel rispetto dell'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012, l'Azienda deve raccogliere sistematicamente la sottoscrizione da parte dei contraenti privati del "patto d'integrità" in materia di contratti pubblici che, a decorrere da giugno 2019, è definito dalla DGR XI/1751/2019.

Si tratta 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 (gli impegni rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto) sia sotto il profilo del contenuto: l'impresa si impegna alla corretta esecuzione del contratto d'appalto e, soprattutto, ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Mantenimento della misura per il 100% dei contratti pubblici	Comportamento dei concorrenti conforme ai principi etici dell'Azienda	Relazione al RPCT	Al 30/06/2025 e al 15/11/2025	SC Gestione Acquisti

MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

I dirigenti provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura ed assicurano alla Direzione Strategica ed al RPCT i relativi flussi informativi.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Mantenimento della misura	Rispetto dei tempi procedurali	Relazione al RPCT	Al 30/06/2025 e al 15/11/2025	Dirigenti responsabili delle aree a maggior rischio

WHISTLEBLOWING

In attuazione della [Direttiva \(UE\) 2019/1937](#), è stato emanato il [d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023](#) riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali". Il decreto legislativo n. 24/2023 è entrato in vigore il 30 marzo 2023 e le disposizioni ivi previste sono efficaci dal 15 luglio 2023.

L’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 ha emanato le linee guida in materia, finalizzate in primo luogo a disciplinare le procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne.

A completamento e ad integrazione delle indicazioni già fornite con la richiamata delibera n.311/2023, l’ANAC ha adottato lo schema di Linee guida sui canali interni di segnalazione. Lo schema è stato messo in consultazione lo scorso 7 novembre 2024. Si attende l’adozione del documento definitivo.

L’ASST di Mantova intende il Whistleblowing come uno strumento di presidio dell’etica e della legalità, che può contribuire a migliorare la propria organizzazione e i rapporti con gli utenti, gli stakeholder e i cittadini in generale.

Nell’anno 2023 l’ASST, a seguito dell’aggiornamento normativo, ha provveduto a:

1) adottare un proprio

[Regolamento per la presentazione e la gestione delle segnalazioni di violazioni del diritto dell’Unione o delle disposizioni normative nazionali e relativa tutela](#) (decreto n. 1376 del 12.12.2023)

2) realizzare nella sezione “Amministrazione trasparente- altri contenuti – prevenzione della corruzione” del sito web istituzionale una pagina dedicata al Whistleblowing nella quale vengono date, in sintesi, tutte le indicazioni utili a chi intende segnalare un illecito e sono presenti l’accesso alla piattaforma informatica “WhistleblowingPA” e l’Informativa sul trattamento dei dati.

Nel corso dell’anno 2024 la RPCT dell’ASST di Mantova ha ricevuto una segnalazione attraverso la piattaforma informatica “WhistleblowingPA”.

L’evento segnalato era già noto e riconducibile essenzialmente al rischio clinico.

La RPCT ha provveduto a comunicare al segnalante che, al momento della segnalazione, la Direzione aziendale aveva già attivato tutti i percorsi necessari e dovuti sia nei confronti dell’Autorità Giudiziaria, sia interni, ed anche sotto il profilo contrattualistico.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Corretta gestione del canale interno	Presidio del canale attivato	Gestione di eventuali segnalazioni	Entro il 31.12.2025	RPCT
Garantire il debito informativo verso RPCT R.L.	Assolvimento del debito informativo verso Regione Lombardia	Invio al RPCT di R.L della reportistica aziendale	Nel termine indicato dal RPCT di R.L. per l’anno 2025	RPCT

PREVENZIONE DEL FENOMENO DELLA CORRUZIONE NELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI E NEL CONFERIMENTO DI INCARICHI

In conformità all'articolo 35-bis del d.lgs. 165/2001 e all'articolo 3 del d.lgs. 39/2013 deve essere verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e dei soggetti cui si intendono conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione di commissioni (anche con compiti di segreteria) di concorso e per incarichi a tempo determinato;
- all'atto della formazione di commissioni per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- all'atto della formazione di commissioni di gare di lavori, servizi e forniture;
- all'atto del conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa e a valenza dipartimentale.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle predette limitazioni sono *ex lege* nulli. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D.lgs. 39/2013.

Le cause di incompatibilità dei membri delle Commissioni giudicatrici, riportate di seguito, sono definite nell'articolo 93, co. 5, del nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36)

“Non possono essere nominati commissari:

a) coloro che nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione sono stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante;

b) coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del [codice penale](#);

c) coloro che si trovano in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura; costituiscono situazioni di conflitto di interessi quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62](#).

Ai commissari e ai segretari delle commissioni si applicano, altresì, le cause di astensione stabilite dall'art. 51 del codice di procedura civile.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del d.P.R. n.445/2000. Le verifiche su quanto dichiarato dagli interessati vengono effettuate d'ufficio, mediante accesso al casellario giudiziale e al casellario dei carichi pendenti.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Acquisizioni di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa	Evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano	Relazione al RPCT in ordine all'applicazione della misura, compresi	Al 30/06/2025 e	SC Gestione Acquisti Struttura Gestione e Sviluppo Risorse

93

dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del d.P.R. n.445/2000	o possano apparire pregiudicati a causa di comportamenti penalmente rilevanti o di conflitti d'interessi	i controlli	al 15/11/2025	Umane
---	--	-------------	---------------	-------

FORMAZIONE

La formazione è una misura generale che agisce in funzione dello sviluppo della cultura della legalità.

Gli obiettivi, nello specifico, sono:

- condividere e diffondere i valori etici;
- ridurre il rischio di compiere inconsapevolmente azioni illecite;
- far conoscere gli strumenti di prevenzione della corruzione e gli obblighi di trasparenza.

I percorsi di formazione rientrano tra gli obiettivi strategici individuati dalla Direzione aziendale e saranno sviluppati nel 2025 attraverso un corso base in materia di trasparenza e integrità, svolto con modalità e-learning–FAD, rivolto principalmente al personale neoassunto, ed eventi specifici rivolti ad altri gruppi di operatori (in primo luogo ai dirigenti) finalizzati ad approfondire i contenuti della normativa in parola e i temi dell'etica pubblica e del comportamento etico.

Le modalità di attivazione e svolgimento dei corsi verranno individuate con l'Area Formazione. Saranno caratterizzati, ad ogni modo, da evidenza certificata della partecipazione, con il preventivo espresso richiamo del vincolo che deriva dal carattere obbligatorio che la legge n. 190/2012 rivolge ai temi della corruzione, trasparenza e integrità.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Previsione eventi formativi nel PFA	Sensibilizzare il personale alle tematiche dell'etica e della legalità	Inserimento nel PFA	Entro il 30/06/2025	RPCT SC Affari Generali e Controlli Interni Formazione
Partecipazione del personale agli eventi formativi		Partecipazione di almeno il 70% dei dipendenti inseriti nel programma formativo	Rilevazione al 31/12/2025	Formazione
Partecipazione del RPCT a corsi specialistici	Efficaci strategie di prevenzione della corruzione	Partecipazione a percorsi integrati di formazione	Entro il 31/12/2025	RPCT

2.3.8. TRASPARENZA

L'art. 1 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal D.Lgs. 97/2016, definisce la trasparenza come: "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 20/2019, ha riconosciuto che i principi di pubblicità e trasparenza trovano riferimento nella Costituzione italiana in quanto corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) e del buon funzionamento dell'amministrazione (art. 97 Cost.).

L'A.N.AC. nel PNA 2022 evidenzia che, a seguito dell'introduzione del PIAO, la programmazione della trasparenza concorre anch'essa alla protezione e alla creazione del valore pubblico in quanto favorisce la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder.

Per realizzare appieno le finalità della trasparenza è indispensabile il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, indicati dall'art. 6 del richiamato d.lgs. n. 33/2013 ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

L'ASST di Mantova intende confermare anche per l'anno 2025 l'obiettivo di implementare la trasparenza quale strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione. A tal fine promuoverà il rispetto dei criteri di qualità dei dati e potenzierà, ove possibile, l'automatizzazione dei processi di pubblicazione.

L'elenco che individua i responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e/o pubblicazione dei dati e del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi è stato opportunamente aggiornato. Il sistema organizzativo si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singola Struttura che elabora o detiene per competenza il dato da pubblicare e dei relativi Dirigenti.

Ai Responsabili della pubblicazione fa capo anche la responsabilità del corretto temperamento fra l'esigenza del completo adempimento degli obblighi di pubblicazione e il rispetto dei limiti previsti in tema di tutela dei dati personali.

Ad essi spetta verificare, in definitiva:

- se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento che contiene dati personali;
- se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente si provvederà ad oscurare determinate informazioni, tenendo sempre presente l'importante principio di minimizzazione dei dati personali contenuto nel Regolamento UE 2016/679.

Il provvedimento n. 243 del 15/05/2014 con il quale IL Garante Privacy ha adottato le "[Linee Guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati](#)" costituisce un utile supporto soprattutto perché definisce importanti criteri interpretativi.

Dal richiamato documento si evince, in particolare, che la pubblicazione dei curriculum di personale dipendente, consulenti e collaboratori non può “comportare la diffusione di tutti i contenuti astrattamente previsti dal modello europeo, ma solo di quelli pertinenti rispetto alle finalità di trasparenza perseguite. Prima di pubblicare sul sito istituzionale i curricula, il titolare del trattamento dovrà pertanto operare un’attenta selezione dei dati in essi contenuti, se del caso predisponendo modelli omogenei e impartendo opportune istruzioni agli interessati. In tale prospettiva, sono pertinenti le informazioni riguardanti i titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative (ad esempio, gli incarichi ricoperti), nonché ulteriori informazioni di carattere professionale (si pensi alle conoscenze linguistiche oppure alle competenze nell’uso delle tecnologie, come pure alla partecipazione a convegni e seminari oppure alla redazione di pubblicazioni da parte dell’interessato). Non devono formare invece oggetto di pubblicazione dati eccedenti, quali ad esempio i recapiti personali oppure il codice fiscale degli interessati, ciò anche al fine di ridurre il rischio di c.d. furti di identità.”

Dalla lettura del [Parere su istanza di accesso civico – 23 marzo 2020](#) si rileva inoltre che:

“... è necessario evitare, in particolare, di fornire ulteriori dati personali eccedenti e sproporzionati [...], che potrebbero favorire il verificarsi di eventuali furti di identità o di creazione di identità fittizie attraverso le quali esercitare attività fraudolente; quali, ad esempio, la sottoscrizione autografa oppure, per analogia, anche altri elementi calligrafici e grafologici che possano essere riferiti univocamente a singoli individui”

L’ANAC, con la Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha adottato schemi di pubblicazione al fine di mettere a disposizione delle amministrazioni/enti strumenti che consentano loro un più agevole ed omogeneo popolamento della sezione “Amministrazione trasparente”, in conformità ai requisiti di qualità delle informazioni di cui all’art. 6 del d.lgs. n. 33/2013 e nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal medesimo decreto.

Al momento gli schemi approvati definitivamente sono 3 (All.ti 1, 2, 3) ed è stato concesso alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all’aggiornamento della sezione AT rispetto ai predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31.

L’ASST nel termine concesso dall’ANAC definirà con l’O.E. fornitore del sistema l’aggiornamento degli schemi.

L’ANAC, con la medesima Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato il documento “Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013” contenente indicazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (all. 4).

Tenuto conto del richiamato allegato 4, si precisa che la procedura di validazione dei dati da pubblicare è affidata al dirigente di ciascuna Struttura.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013	Conformità dei dati pubblicati agli standard adottati da ANAC	Aggiornamento della sezione AT ex Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024	Entro il 01/09/2025	Area Ufficio Stampa, Comunicazione RPCT Strutture aziendali tenute alla pubblicazione dei dati

La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023

La disciplina che dispone sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene oggi all'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023 che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 (art. 229, co. 2).

Il nuovo Codice dei contratti prevede, in particolare:

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

"1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.

2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."

A seguito dell'entrata in vigore delle modifiche apportate dal richiamato Decreto Legislativo n. 36/2023, pienamente operative a partire dal 1° gennaio 2024, ANAC ha pubblicato una serie di delibere che chiariscono le nuove modalità di pubblicazione (delibere nn. 261/2023, 264/2023, 582/2023) sintetizzate di seguito:

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella “Sezione Amministrazione trasparente” sottosezione “Bandi di gara e contratti”, secondo le indicazioni ANAC di cui all’All. 9) al PNA 2022
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull’avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d’intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. 261/2023 e 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti

Si ritiene opportuno rafforzare i controlli di secondo livello in ordine al corretto assolvimento degli obblighi di trasparenza degli atti di gara per l’acquisizione di beni e servizi.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Assolvere gli obblighi di pubblicazione nelle forme, modi e tempi previsti dalla normativa vigente	Puntuale alimentazione della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale	Inoltro alla SC Affari Generali e Controlli Interni e al RPCT dell’elenco delle procedure di gara svolte dal 01/01/2025 di valore pari o superiore a € 500.000,00	Entro il 01/09/2025	SC Gestione Acquisti SC Gestione Acquisti

		Verifica congiunta del corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione su un campione casuale di almeno 3 procedure		RPCT SC Affari Generali e Controlli Interni
--	--	---	--	--

La sezione “Amministrazione trasparente”, presente nella *home page* del sito istituzionale dell’Azienda, nel corso del 2024 ha registrato n. 333.279 visualizzazioni.

I dati, le informazioni ed i documenti ivi pubblicati sono quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, riportati nell’[“Elenco degli obblighi di pubblicazione e individuazione dei Responsabili”](#) allegato al presente documento.

I dati, le informazioni ed i documenti sono soggetti a pubblicazione per la durata richiamata nelle prescrizioni di cui all’art.8 del d.lgs. n.33/2013, ovvero per un periodo di anni 5, 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 ai successivi artt. 14 e 15 del d.lgs. medesimo.

Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi – informatizzazione

La misura minima indispensabile per garantire la regolarità e tempestività dei flussi informativi è costituita dall’aggiornamento del suddetto “Elenco degli obblighi di pubblicazione e individuazione dei Responsabili”.

In esso sono riassunti gli obblighi di pubblicità, le tempistiche e i responsabili dell’elaborazione, della pubblicazione dei dati e del monitoraggio sull’attuazione degli stessi.

Un obiettivo imprescindibile rimane quello di promuovere e favorire concretamente la digitalizzazione del maggior numero di processi.

Nel corso del 2020 è stato aggiornato il “Regolamento aziendale della disciplina della delega alla dirigenza” per meglio definire le afferenze ed è stato sostituito integralmente il sistema di gestione degli atti: si è passati all’adozione degli atti (decreti del DG e determine dirigenziali) in forma interamente digitalizzata e alla pubblicazione in automatico sull’albo pretorio, fino all’archiviazione sostitutiva, completando il software che l’Azienda aveva a disposizione dal 2018.

Nel corso del 2021 è stato affinato il sistema, anche in condivisione con le Strutture aziendali. Attualmente consente il completo tracciamento del percorso di formazione fino all’adozione e una verifica formale degli atti, curata dalla SC Affari Generale e Controlli Interni, riguardo a: coerenza con gli allegati, forma, aderenza alle linee guida, conformità al regolamento aziendale, presenza degli elementi essenziali dell’atto.

Nel 2022 è stato aggiornato il manuale di gestione documentale secondo le linee guida AgID.

Dati ulteriori

I dati, le informazioni e i documenti per i quali non vi è l'obbligo di pubblicazione ai sensi di legge o regolamento verranno pubblicati nella sotto-sezione "Altri contenuti- Dati ulteriori", previa opportuna valutazione (art. 7 bis, co. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, co. 9, lett. f), l. n. 190/2012)

Monitoraggio e vigilanza volti ad assicurare il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle ulteriori indicazioni di A.N.AC., annualmente verifica il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Il [Documento di attestazione del corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione](#) nel 2024 è pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il NV ha attestato, in particolare, che l'ASST di Mantova ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" e che non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della suddetta sezione, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente.

Il monitoraggio interno, invece, viene assicurato:

- dal RPCT che provvede alla verifica di tutte le sotto-sezioni almeno una volta all'anno;
- dai responsabili della pubblicazione, con la supervisione della RPCT, nel rispetto del seguente cronoprogramma.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza	Tutela dei diritti dei cittadini mediante la promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e di forme diffuse di controllo	Attestazione da parte dei Responsabili di contenuto e pubblicazione del corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Al 30.06.2025 e al 15.11.2025	Tutte le articolazioni aziendali indicate nell' "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al presente Piano

Accesso a dati e documenti

L'ASST garantisce l'esercizio dei diritti di accesso sotto richiamati.

Accesso civico ex art.5, c.1 d.lgs. n.33/2013: è il diritto di chiunque di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati per i quali sussistono specifici obblighi di trasparenza, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Accesso documentale ex artt. 22 e succ. legge n.241/1990: è il diritto degli interessati, di prendere visione o di estrarre copia di documenti amministrativi relativi ad uno specifico procedimento.

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of Information Act) ex art.5, c.2 d.lgs. n.33/2013: è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del d.lgs 33/2013 (come modificato dal d.lgs 97/2016). Le modalità di accesso e per l'esercizio dei diritti sopraindicati sono indicate nel regolamento aziendale pubblicato nel sito web aziendale.

Nel corso del 2021 è stata aggiornata la sezione di "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti- accesso civico" al fine di consentire a chi la consulta un rapido orientamento sulle modalità di esercizio del diritto di accesso, sui diversi ruoli e sulle responsabilità.

Nella medesima sezione di "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti- accesso civico" è consultabile il Registro degli Accessi che raccoglie gli esiti dell'esercizio dei suddetti diritti.

Le richieste di accesso, nelle diverse declinazioni sopra riportate, pervenute a questa ASST nell'anno 2024 sono state:

- nr. 17 richieste di accesso documentale di cui 14 accolte, una rifiutata totalmente e due rifiutate parzialmente;
- nr. 4 richieste di accesso civico generalizzato, tutte accolte;
- nr. 0 richieste di accesso civico.

I Professionisti della Struttura Affari Generali e Controlli Interni nell'anno 2022 hanno lavorato all'informatizzazione del registro degli accessi. In particolare, oltre a configurare l'applicativo con la software house, hanno formato il personale afferente alle Strutture aziendali maggiormente coinvolte. L'applicativo consente l'automatizzazione del processo di pubblicazione del registro nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE

- La struttura organizzativa della ASST di Mantova è definita nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 approvato con DGR 6926 del 12/09/2022 e modificato con DGR n.XII/1240 del 30/10/2023 e con DGR n.XII/3235 del 21/10/2024. .
- Come riportato nella sezione 1 del presente documento, in applicazione delle L.r. n.33/2009 così come modificata dalla L.R. n.22/2021, l'Azienda si articola in due settori il Polo Ospedaliero e il Polo Territoriale.

Livello strategico

Il **Direttore Generale** è titolare della funzione di organizzazione e di indirizzo strategico dell'Azienda, è il rappresentante legale dell'Azienda con compiti di coordinamento, integrazione e controllo allo scopo di assicurare imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nell'osservanza dei vincoli imposti dalla legge.

Per l'assolvimento delle diverse funzioni è coadiuvato dal **Direttore Amministrativo**, dal **Direttore Sanitario**, dal **Direttore Socio Sanitario** (con cui costituisce la Direzione Strategica Aziendale), dalle Strutture di Staff e si avvale del Collegio di Direzione per le attività indicate all'art. 17 del D.Lgs n.502/1992.

Il **Polo Ospedaliero** si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti prevalentemente di tipo gestionali. La direzione del polo ospedaliero è attribuita al Direttore sanitario.

Alla ASST di Mantova afferiscono i seguenti Presidi ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Mantova - Strada Lago Paiolo 10 Mantova
- Presidio Ospedaliero di Borgo Mantovano - via Bugatte 1 Borgo Mantovano
- Presidio Ospedaliero di Asola-Bozzolo che comprende:
 - Stabilimento di Asola - Piazza Ottantesimo Fanteria 1 Asola;
 - Stabilimento di Bozzolo - via XXV Aprile 71 Bozzolo;
 - Struttura ex Ospedale di Viadana - Largo De Gasperi 7;

In ogni presidio ospedaliero è prevista la presenza del Direttore Medico di Presidio che ha competenze gestionali e organizzative ai fini igienico-sanitari, di prevenzione, medico legali, di promozione della qualità, e di formazione / aggiornamento correlati agli ambiti di competenza.

Il **Polo Territoriale** è articolato in distretti e in dipartimenti prevalentemente di tipo funzionale a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area delle attività sanitaria e sociosanitaria dell'assistenza distrettuale. La direzione del polo territoriale è attribuita al Direttore socio sanitario.

Al Polo Territoriale dell'ASST di Mantova afferiscono:

- Distretto Mantovano

- Distretto alto Mantovano
- Distretto basso Mantovano
- Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese; distretto interaziendale comprendete comuni afferenti al territorio della ASST di Mantova e della ASST di Cremona
- Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi. La direzione di ogni Distretto è affidata a un Direttore di Distretto.
- Dipartimento Funzionale di Cure Primarie
- Dipartimento Funzionale di prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- Dipartimento Interaziendale Funzionale di Cure Palliative

Livello di supporto - Staff

In staff alla Direzione Strategica sono assegnate strutture complesse o semplici che sovrintendono alle politiche, alle tecniche e agli strumenti operativi con cui l'azienda provvede alla gestione strategica delle risorse ad essa assegnate (siano esse economiche, professionali, strumentali, strutturali, materiali e immateriali,...), garantendo:

- 1) il governo della programmazione, monitoraggio, reindirizzo e rendicontazione (entro parametri economici definiti dalla regione);
- 2) l'acquisizione delle risorse e messe a disposizione della linee per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitaria e sociosanitaria contrattualizzate con ATS e con la Regione nonché previste nei LEA;
- 3) Il controllo sulla qualità e appropriatezza prestazionale, sull'appropriato utilizzo delle risorse messe a disposizione delle linee rispetto ai risultati di performance conseguiti,
- 4) il mantenimento del patrimonio immobiliare e impiantistico, nonché della sicurezza degli ambienti per l'utente e per gli operatori
- 5) Il sistema dei controlli sull'attività amministrativa dell'ente e l'eventuale tempestiva applicazione dei correttivi
- 6) Il governo della comunicazione interna ed esterna e ascolto / confronto con l'utenza.

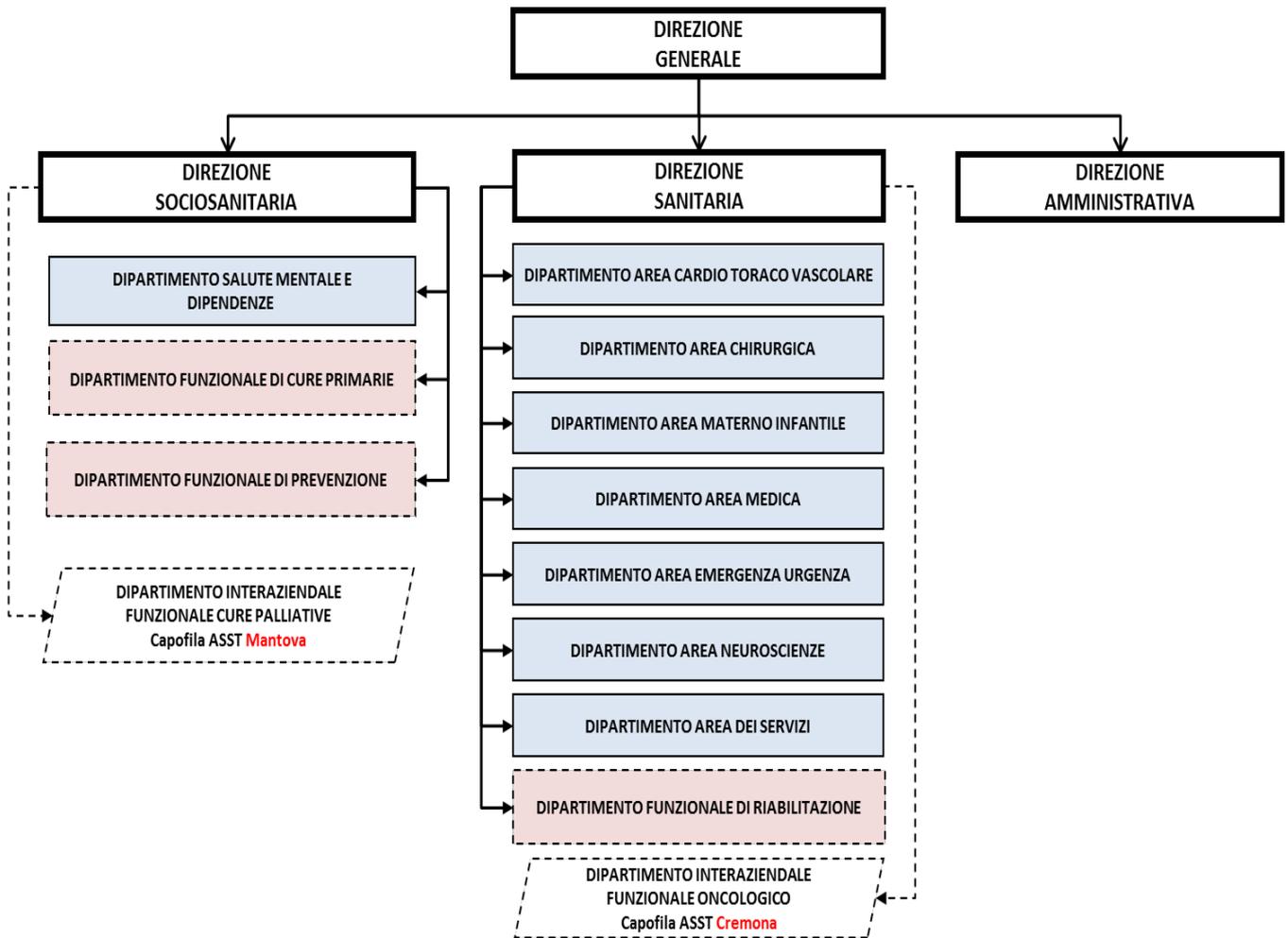
Livello Produttivo

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa finalizzata all'esercizio integrato delle attività di diagnosi e cura erogate ai diversi livelli assistenziali.

Il dipartimento è definito come una "articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili".

L'assetto dipartimentale della ASST è così definito:

DIPARTIMENTI	N. Totale
Gestionali	8
Funzionali	3
Dipartimenti Funzionali Interaziendali	2 di cui: 1 capofila ASST Mantova 1 capofila ASST Cremona



STRUTTURE	N. Totale
Complesse	76
Semplici Dipartimentali	10
Semplici Distrettuali	1
Semplici	65
Totale	152

Per ogni dipartimento viene nominato un Direttore di Dipartimento.

La nomina del Direttore di Dipartimento è affidata, su base fiduciaria, dal Direttore Generale a uno dei Direttori di struttura complessa afferenti al dipartimento. L'incarico è triennale e rinnovabile; non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza di questi, restando in carica fino alla nomina del nuovo Direttore del Dipartimento.

All'interno di ogni dipartimento sono previste strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici (quali articolazioni di struttura complessa), secondo quanto definito nel POAS.

Per ogni struttura è nominato un Direttore / Responsabile secondo le procedure definite dalla normativa e dai CC.CC.NN.L. vigenti.

La preposizione ai dipartimenti strutturali e alle strutture, sia ospedalieri che territoriali, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

Tali incarichi hanno natura gestionale e si differenziano per il grado di complessità e specializzazione richiesta.

Nell'ambito dirigenza sanitaria inoltre è prevista l'attribuzione di incarichi professionali di altissima professionalità e di alta specializzazione.

L'incarico di altissima professionalità si caratterizza quale punto di riferimento di altissima professionalità /specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per il dipartimento o per la struttura.

L'incarico di alta specializzazione si connota quale punto di riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza.-

L'ASST ha completato il processo di revisione dei criteri di attribuzione degli incarichi professionali, condiviso sia con le rappresentanze sindacale sia con i professionisti dell'azienda, al fine di dare applicazione alle previsioni dettate dai nuovi CC.CC.NN.L. Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Funzioni Locali – sezione PTA nell'ottica della valorizzare delle tipologie di incarico e della connessa professionalità dei singoli dirigenti.

Situazione attribuzione incarichi professionali di altissima professionalità e alta specializzazione – a dicembre 2024

Profilo	N°
Medici	130
Sanitari	22
Professioni sanitarie	1
PTA	5
Totale	158

In stretta collaborazione con il livello dirigenziale gestionale operano professionisti del comparto con funzioni di coordinamento sulle risorse assegnate e di gestione dei processi assistenziali sanitari e sociosanitari. A tali professionisti è assegnato un incarico funzionale di coordinamento.

Nell'ambito della compagine organizzativa sono inoltre identificati ulteriori tipologie di incarichi funzionali attribuiti al personale del comparto (sanitario e PTA) che si differenziano dai primi in quanto:

- ✓ l'attività richiede un'alta specializzazione e/o professionalità
- ✓ l'attività prevede la gestione di servizi / funzioni di particolare complessità, caratterizzati da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa con o senza coordinamento di altro personale.

Situazione attribuzione incarichi di funzione - a dicembre 2024

Tipologia incarico	N°
Incarichi di Funzione - coordinamento	77
Incarichi di Funzione (ex Posizioni org.ve)	72
Incarichi di Posizione – Elevata qualificazione	1
Totale	150

3.1.1 Livelli di responsabilità organizzativa

L'ASST di Mantova ha disciplinato la materia correlata alla definizione e regolamentazione dei livelli di responsabilità sia per il personale dirigente che non dirigente.

Ai fini della massima valorizzazione, nella stesura dei regolamenti sono state coinvolte le rappresentanze sindacali delle diverse aree contrattuali, ritenendo, pur trattandosi di testi in linea con la normativa vigente, di applicare una corretta politica di inclusione di tutte le parti, che a diverso titolo agiscono nell'Azienda.

L'attenzione posta ai ruoli organizzativi espressi nel contesto aziendale si è riflessa, nella disciplina adottata per gli incarichi di natura gestionale, su più livelli tra loro strettamente connessi:

- ✓ descrizione degli ambiti in cui agiscono le responsabilità (all'interno della job description), a valere, di conseguenza, anche come criteri selettivi per l'attribuzione della titolarità degli incarichi gestionali;
- ✓ oggetto della valutazione periodica dei titolari degli incarichi.

Ambiti delle responsabilità

Per gli incarichi di strutture complesse i bandi di avviso pubblico esplicitano la valenza gestionale richiesta, specificando nel c.d. profilo soggettivo le competenze gestionali/organizzative (budget) attese, comprese quelle inerenti a gestione delle risorse umane affidate.

Al Direttore della Struttura complessa è infatti richiesto di avere: conoscenza dell'organizzazione delle Aziende sanitarie, del percorso di gestione del Budget, delle modalità di reclutamento del personale, degli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro, dei vincoli normativi relativi alla disciplina dell'orario di lavoro, dei processi di programmazione e controllo ai fini di una efficace gestione delle risorse assegnate, con particolare riferimento alla gestione delle tecnologie complesse ad alto costo; capacità di effettuare l'analisi del fabbisogno delle risorse umane della struttura, capacità e competenze di carattere organizzativo/gestionale anche a livello multidisciplinare, capacità manageriali nella gestione delle risorse umane affidate, al fine di integrare le diverse figure professionali e motivazione al lavoro in team; di responsabilizzazione dei collaboratori, con relativi criteri di delega, orientandone

l'attività secondo progetti-obiettivo, individuali e di équipe, di individuazione delle priorità relative alla formazione e crescita dei collaboratori, promuovendone l'autonomia tecnico-professionale coerente con gli indirizzi e le linee guida; capacità di predisporre il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili e di applicare i sistemi di valutazione della performance individuale ed organizzativa promuovendo lo sviluppo dei singoli; capacità di pianificare gli obiettivi sfidanti per la struttura e per i progetti che gestisce, con il coinvolgimento dei collaboratori.

Per gli incarichi si **struttura semplice o semplice dipartimentale, di alta specializzazione e di altissima professionalità** all'avviso interno viene allegata la scheda analisi di posizione che esplicita le competenze gestionali, tecnico professionali attese, nonché le responsabilità attribuite in relazione alla struttura sovraordinata.

Mentre per gli **incarichi dirigenziali iniziali e professionali** per ogni dirigente viene redatta una scheda analisi di posizione che esplicita le competenze tecnico professionali attese, nonché le responsabilità attribuite in relazione alla struttura di afferenza.

Analoga impostazione riguarda anche gli **incarichi di posizione e di funzione** del personale del comparto per i quali la metodologia in uso valorizza, oltre alle competenze tecnico specialistiche, anche gli ambiti organizzativo-gestionali e quelli relazionali. Anche per l'attribuzione di tali incarichi viene emesso un avviso interno corredato da specifica job description.

Oggetto della valutazione

La metodologia valutativa adottata sottopone i titolari di incarichi gestionali (Struttura Complessa, Direzione di Dipartimento e Struttura Semplice) ad una verifica a fine incarico, oltre che per gli aspetti relativi alle capacità professionali e dei risultati raggiunti, anche nelle aree dedicati all'orientamento all'innovazione e a quella dei comportamenti aziendali.

Inoltre gli stessi, oltre alla valutazione annuale di performance connessa agli obiettivi negoziati del ciclo di budget, sono oggetto di una valutazione comportamentale di pari cadenza annuale che mira a monitorare costantemente le capacità tipicamente implicate a ruoli di vertice: programmazione e riorganizzazione del lavoro, capacità decisionale, controllo e orientamento ai risultati, abilità nel problem solving, gestione valutazione dei collaboratori, propensione all'innovazione, condivisione dell'organizzazione aziendale e interazione interna, orientamento all'utenza.

Anche i titolari di incarichi professionali sono sottoposti ad una verifica a fine incarico, alla valutazione annuale di performance e comportamentale e professionale.

La metodologia valutativa adottata per i titolari di incarichi di funzione (comparto) prevede una valutazione annuale comportamentale (collegata alla specifica job description) e una valutazione degli obiettivi di performance annualmente attribuiti. Inoltre, alla scadenza dell'incarico è prevista una valutazione complessiva sul livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati al momento dell'attribuzione dell'incarico e dell'attività svolta nel quinquennio.

Graduazione degli incarichi

Per la Graduazione dei diversi incarichi dirigenziali gestionali / professionali e degli incarichi del comparto, si fa riferimento ai criteri e parametri di massima indicati nei CC.CC.NN.L. (art. Retribuzione di posizione).

È facoltà della Direzione strategica, a seguito di confronto sindacale, identificare i criteri più significativi per l'organizzazione. Tali criteri sono oggetto di riconsiderazione nel corso del tempo in adeguamento allo sviluppo degli assetti organizzativi.

Coerentemente la graduazione dei relativi incarichi si articola in una pesatura composita in cui i vari item (dimensione organizzativa in cui agisce l'incarico, complessità delle competenze attribuite, livello di autonomia implicato, valenza strategica riconosciuta, tipo di specializzazione richiesta) convergono a definire a tutto tondo la valenza espressa dall'incarico quale snodo organizzativo.

Nel corso del 2023 è stato ridefinito il Sistema di Graduazione degli incarichi dirigenziali PTA e degli incarichi professionali e definito quello degli incarichi di posizione di elevata qualificazione; mentre nel corso del 2024 è stato ridefinito il Sistema di Graduazione degli incarichi di funzione di natura organizzative e professionale - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

Valorizzazione del personale

Le modalità di valorizzazione dell'esperienza professionale maturata nonché dell'accrescimento culturale conseguito (come indicato dall'art. 6, comma 1, lett. c, del DL 80/2021) trova un riflesso nelle dinamiche di progressioni orizzontale (cf. fasce economiche) già previste dalla contrattazione collettiva aziendale. Essa valorizza, tramite un sistematico reticolo di ambiti oggetto di osservazione nel corso della vita lavorativa, sia le competenze propriamente tecnico-professionali che i comportamenti organizzativi posti in essere dai singoli lavoratori.

In tal senso l'attuale disciplina aziendale risulta coerente con le disposizioni dettate dal nuovo CCNL, di recente sottoscrizione da parte dei contraenti nazionali per i c.d. differenziali economici di professionalità, il cui riconoscimento tiene conto dell'esperienza professionale, della media delle ultime tre valutazioni acquisite, nonché di altri criteri connessi alla capacità culturali e professionali acquisite.

L'ASST nell'anno 2024 ha avviato il processo di revisione del Sistema di valutazione del personale del comparto (in particolare del personale afferente al DAPSS), in condivisione sia con le rappresentanze sindacale sia con i professionisti dell'azienda, al fine di dare applicazione al CCNL e meglio valorizzare l'esperienza professionale maturata dai dipendenti.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING

Nel corso dell'anno 2021 la materia è stata interessata da una modifica del quadro normativo di riferimento.

Con DPCM 23.09.2021 e DECRETO 8 ottobre 2021 il Governo ha, infatti, deciso il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, adottando conseguenti indicazioni organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori a decorrere dal 15 ottobre 2021, pur nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico.

A tali fini è stata anche formulata la definizione del rientro in presenza come lo svolgimento della prestazione lavorativa resa nella sede di servizio, prevedendo il rientro generalizzato di tutto il

personale entro i quindici giorni successivi alla predetta data del 15.01.2021, ma assicurando comunque, da subito, la presenza in servizio del personale preposto alle attività di front office e dei settori preposti alla erogazione di servizi all'utenza (cfr. art. 1, comma 2, Decreto 8.10.2021).

Inoltre è stato previsto che, in attesa della disciplina del lavoro agile rimessa dai nuovi contratti collettivi nazionali di lavoro e della definizione delle modalità e degli obiettivi dello stesso nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione — PIAO (ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. c, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113), il Governo ha subordinato la possibilità di autorizzare l'accesso a tale modalità lavorativa, al rispetto di specifiche condizionalità, tra cui, in particolare, emerge il criterio della prevalenza dell'esecuzione della prestazione in presenza e dell'assenza di effetti negativi sulla fruizione dei servizi a favore degli utenti.

Infine, ai fini dell'omogenea attuazione delle predette misure, è stata prospettata l'adozione di specifiche linee guida da parte del Ministro per la pubblica amministrazione, previo confronto con le organizzazioni sindacali.

L'Azienda, in conseguenza di dette nuove disposizioni normative e nelle more dell'attuazione delle linee guida ministeriali e della disciplina dell'adottando imminente CCNL, a partire dal mese di novembre 2021, si è allineata al dettato del rientro in presenza, ferma restando la tutela dei lavoratori fragili. Ciò giustifica la variazione del ricorso al lavoro agile negli ultimi due mesi dell'anno.

Prospettive e impegni aziendali

I presupposti per la realizzazione del lavoro agile sono costituiti dalla previa definizione della nuova disciplina da parte della contrattazione collettiva nazionale, prima, e dal conseguente confronto con le rappresentanze sindacali aziendali, poi.

Il primo di tali presupposti si è avverato con la **sottoscrizione del CCNL del 2/11/2022** per il personale del comparto Sanità.

Dalla lettura degli artt. 76 e ss del CCNL emergono i seguenti elementi connotanti il lavoro agile:

- il lavoro agile è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità;
- esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro;
- l'Azienda, previo confronto sindacale, individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile;
- sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili;
- benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività;
- vi è l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza;
- l'Azienda - previo confronto sindacale - avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure;
- l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria;

- l'accordo individuale è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'Azienda;
- la prestazione lavorativa in modalità agile dovrà essere articolata secondo fasce temporali di contattabilità e di inoperabilità, garantendo al lavoratore il diritto alla disconnessione;
- il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, per sopravvenute esigenze di servizio o nel caso il cattivo funzionamento dei sistemi informatici impediscano o rallentino sensibilmente lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza.

L'esame dei predetti punti, se da un lato evidenzia come sia stato intrapreso l'indirizzo di un'evoluzione della natura e della finalità dello strumento rispetto alla precedente fase emergenziale, dall'altro, e proprio a tale scopo, elimina gli elementi di obbligatorietà e meccanicità, orientando le politiche aziendali in materia su una base autenticamente consapevole dei presupposti e degli effetti del ricorso del lavoro agile.

Tale evoluzione dello strumento si riflette necessariamente su diversi livelli decisionali:

- collettivo: in tal senso vale la reiterata previsione del CCNL di inserire le scelte aziendali in un percorso condiviso con le rappresentanze sindacale,
- individuale: dei singoli lavoratori che intendono farne ricorso e con i quali vanno definite in accordo scritto le clausole attuative
- dirigenziale: i responsabili sono chiamati a garantire che tale opzione lavorativa sia resa senza pregiudizio dell'efficienza aziendale, sia preventivamente nell'individuare le attività suscettibili di essere svolte in tale modalità, che successivamente nel verificare il miglioramento conferito in tal modo al servizio.

Con la recente direttiva 29 dicembre 2023 il Ministro per la Pubblica Amministrazione, allo scopo di sensibilizzare ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, evidenzia *“la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza”*, chiedendo a tale scopo agli enti di individuare *“le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali”*.

Riguardo al secondo presupposto, sopra anticipato, ossia la **relazionalità sindacale**, si dà atto di aver avviato un confronto con le organizzazioni sindacali sul contenuto della disciplina introdotta dal CCNL, per valutare responsabilmente il possibile impatto della sua applicazione in termini di:

- ambiti professionali proficuamente suscettibili di accedere a tale modalità lavorativa;
- modifiche organizzative dei servizi funzionali all'introduzione del lavoro agile;
- investimenti tecnologici adeguati, affinché lo strumento sia funzionale congiuntamente agli interessi aziendali e a quelli dei lavoratori.

Il CCNL prevede che l'Azienda - previo confronto con le rappresentanze sindacali - abbia cura, fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Atteso, inoltre, che la sopra citata Direttiva estende la garanzia, oltre alle condizioni particolari di salute dei lavoratori, anche a quelle dei familiari, occorre attivare il confronto sindacale per addivenire ad apposita regolamentazione aziendale che definisca anche presupposti soggettivi e priorità di accesso al lavoro agile 'integrale' (ossia in deroga al criterio della prevalenza della prestazione lavorativa in presenza) a tutela delle situazioni di "fragilità".

La consapevolezza che il lavoro agile ha perso i connotati della misura imposta per contrastare la pandemia per diventare una modalità lavorativa volontariamente adottata dall'azienda per attività tramite di essa proficuamente realizzabili, evidenzia la necessità che i responsabili dei vari servizi potenzialmente coinvolgibili siano resi edotti circa le condizioni, le opportunità e l'impatto dell'applicazione di questo strumento nelle rispettive realtà operative.

Si tratta, infatti, di dotarsi degli strumenti atti a coniugare, come previsto dal CCNL, due esigenze di natura diversa: il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, con l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro. In tal senso pare opportuno un percorso formativo ad hoc per i responsabili.

Con decreto n.1288 del 04/12/2024 l'ASST ha approvato, a seguito del previsto confronto con le rappresentanze sindacali, il "Regolamento Aziendale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile" in attuazione del sopravvenuto **CCNL Area Funzioni Locali del 16/07/2024** – sez. Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a norma del quale "il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, disciplinata da ciascuna amministrazione con proprio Regolamento".

La regolamentazione aziendale di nuova introduzione ha declinato la disciplina di tale modalità lavorativa nei suoi vari aspetti (ambito di applicazione, attività remotizzabili, modalità di svolgimento, fasce orarie di connessione disconnessione, programmazione attività, esercizio potere direttivo etc).

Si evidenzia che il Regolamento ha già trovato applicazione.

Si ritiene che, con i dovuti adeguamenti, questa nuova regolamentazione possa essere presa come base di partenza per agevolare il percorso di definizione di analoga disciplina per il personale del comparto, le cui funzioni, per caratteristiche e modalità di svolgimento, siano avvicinati a quelle della dirigenza PTA.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

All'interno di ogni organizzazione le risorse umane rappresentano un elemento strategico e determinante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ancor più nell'ambito di un'Azienda Sanitaria che eroga servizi alla persona.

Con Decreto n.265 del 11/03/2024, formulato in ottemperanza delle indicazioni di cui al Decreto Ministeriale n.77 del 23/05/2022, alla DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 e DGR n.XII/1827 del 31/01/2024, è stato rappresentato il fabbisogno / dotazione organica per gli anni 2024 – 2025 - 2026, tenuto conto dell'assetto organizzativo ridefinito nel POAS 2022-2024

Con l'approvazione del POAS 2022 – 2024, sono state attivate nuove strutture e articolazioni territoriali, che richiedono l'assegnazione di specifiche risorse professionali, per soddisfare i bisogni di salute della cittadinanza e realizzare il nuovo modello assistenziale di prossimità. I fabbisogni di personale necessario per l'attivazione delle nuove strutture e del nuovo modello organizzativo sono stati evidenziati nel PTFP 2024-2025-2026, ma l'assegnazione del finanziamento per l'anno 2024 coprono in

parte le necessità assuntive per il territorio, ma non quelle ospedaliere per l'apertura delle nuove strutture.

Con DGR n.XII/2751 del 15/07/2024 la DG Welfare ha approvato il PTFP 2024-2025-2026 della ASST di Mantova (che rispetto a quanto proposto con decreto n.265/2024 è stato rimodulato al fine di adempiere alle disposizioni dei cui alla nota della DG Welfare prot. G1.2024.0024868 del 24/06/2024), tutt'ora vigente fino a diversa approvazione regionale.

Si precisa che con la DGR n.XII/2751 del 15/07/2024 è stata approvata la dotazione organica per l'anno 2024 e i costi sulla base del BPE 2024; mentre per gli anni 2025 e 2026 le dotazioni organiche, gli FTE e costi indicati hanno valore esclusivamente programmatico, senza autorizzazione di assunzione di spesa.

La revisione del POAS ha comportato, nel corso del 2023 e del 2024, una riconsiderazione complessiva dell'assetto degli incarichi di responsabilità, funzionale all'applicazione del nuovo modello regionale, con aggiornamento dell'assetto attuale come sopra identificato e l'identificazione di nuove posizioni disponibili per le progressioni di carriera del personale.

Programmazione per l'anno 2025 – come da DGR n.XII/2751 del 15/07/2024

DO 2025														
DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
		di cui pronto soccorso	tempia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	544	43	62	142	116	16	6	10	72	4	1	18	127	671
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	28					1			64			1	66	94
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	6												0	6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	7												0	7
DIRIGENZA TECNICA	2												0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	15												0	15
TOTALE DIRIGENZA	602	43	62	142	116	17	6	10	136	4	1	19	193	795
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.299	117	274	310	164	49	36	30	252	6	1	45	419	1.718
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0					87							87	87
OSTETRICA	95											33	33	128
PERSONALE TECNICO SANITARIO	212		5	8	4				3				3	215
ASSISTENTI SANITARI	1							17	1				18	19
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1												0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	105				7	12	6		93			8	119	224
ASSISTENTI SOCIALI	2					9			21			25	55	57
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	314	38	17	2	3	10	1		18			6	35	349
OTA	8		2						2			1	3	11
ORS	301	24	39	75	49	38	1		151			14	204	505
AUSILIARI	3	1							1				1	4
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	288	3	2	7	7	29		3	17		12	67	128	416
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0												0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	2.629	183	339	402	234	234	44	50	559	6	13	199	1.105	3.734
TOTALE COMPLESSIVO	3.231	226	401	544	350	251	50	60	695	10	14	218	1.298	4.529

FABBROGGIO 2015		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC
CATEGORIA	RAGGRUPPAMENTO PROFILI	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Case private	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	...		
			prato soccorso	terapia intensiva, blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica													
DEPENDENTI	URGENZA MEDICA	489,1	24,0	41,0	132	111	13,0	6,0	8,7	57,4	4,0	1,0	15,0	108,1	597,2				
	URGENZA VETERINARIA	0,0												0,0	0,0				
	URGENZA SANITARIA	28,0								64,0			1,0	66,0	94,0				
	URGENZA (solo PROFESSIONI SANITARIE)	6,0												0,0	6,0				
	URGENZA PROFESSIONALE	7,0												0,0	7,0				
	URGENZA TECNICA	2,0												0,0	2,0				
	URGENZA AMMINISTRATIVA	15,0												0,0	15,0				
	TOTALE URGENZA	547,1	24,0	41,0	132	111	14,0	6,0	8,7	61,4	4,0	1,0	16,0	174,1	721,2	76.530,53	1.084,04		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incl. SpC)	1.250,5	116,7	209,9	301	154	48,5	35,4	26,6	240,6	6,0	1,0	43,2	405,3	1.655,8				
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0													0,0	0,0			
	OSTETRIKA	62,7											33,2	52,2	124,9				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	204,5		4,8	8	4								2,5	207,0				
	ASSISTENTI SANITARI	1,0												148	149				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	1,0												0,0	1,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	101,1				7	11,5	6,0		95,0			7,5	116,0	217,1				
	ASSISTENTI SOCIALI	1,8					9,0			21,0				24,4	54,4	56,2			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	308,2	18,0	17,0	1	3	10,0	1,0		16,0			6,0	55,0	363,2				
	OTA	1,2		1,0						2,0				1,0	1,0	10,0			
	CSG	296,7	23,5	30,5	75	49	30,0	1,0		149,0			14,0	302,0	408,7				
	AUSILIARI	2,8	1,0							1,0				1,0	3,8				
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0												0,0	0,0					
PERSONALE AMMINISTRATIVO	280,0	3,0	2,0	6	7	20,0		2,8	15,8			11,2	65,3	124,1	404,1				
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA														0,0	0,0				
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA														0,0	0,0				
TOTALE COMPARTO	2.347,8	102,2	333,1	391,4	225,6	233,0	43,4	46,2	343,9	6,0	12,2	193,6	1.071,3	3.420,9	149.822,779	6.784,959			
TOTALE COMPLESSIVO	3.094,6	206,2	374,1	522,9	336,6	347,0	49,4	54,9	668,3	10,0	13,2	212,6	1.254,4	4.347,0	236.062,113	7.883,280			
CONVENZIONATO UNIVERTARIO	URGENZA MEDICA													0,0	0,0				
	URGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	URGENZA SANITARIA													0,0	0,0				
	URGENZA (solo PROFESSIONI SANITARIE)													0,0	0,0				
	URGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	URGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	URGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE URGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incl. SpC)														0,0	0,0			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)														0,0	0,0			
	OSTETRIKA														0,0	0,0			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO														0,0	0,0			
	ASSISTENTI SANITARI														0,0	0,0			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE														0,0	0,0			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE														0,0	0,0			
	ASSISTENTI SOCIALI														0,0	0,0			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO														0,0	0,0			
	OTA														0,0	0,0			
	CSG														0,0	0,0			
	AUSILIARI														0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO														0,0	0,0				
PERSONALE AMMINISTRATIVO														0,0	0,0				
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA														0,0	0,0				
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA														0,0	0,0				
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					

FABBROGGIO 2015		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC
CATEGORIA	RAGGRUPPAMENTO PROFILI	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Case private	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	...		
			prato soccorso	terapia intensiva, blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica													
CONVENZIONATO (CON Contratto Speciale Sanità, area di ricerca e MET)	URGENZA MEDICA	48,5		5,0	22,0	12,0				5,0	0,1		5,0	10,1	58,6				
	URGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	URGENZA SANITARIA	0,5											0,2	0,5					
	URGENZA (solo PROFESSIONI SANITARIE)													0,0	0,0				
	URGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	URGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	URGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE URGENZA	49,0	0,0	5,0	22,0	12,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,3	0,0	5,0	10,3	59,1	4.336,526			
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incl. SpC)														0,0	0,0			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)														0,0	0,0			
	OSTETRIKA														0,0	0,0			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO														0,0	0,0			
	ASSISTENTI SANITARI														0,0	0,0			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE														0,0	0,0			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE														0,0	0,0			
	ASSISTENTI SOCIALI														0,0	0,0			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO														0,0	0,0			
	OTA														0,0	0,0			
	CSG														0,0	0,0			
	AUSILIARI														0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO														0,0	0,0				
PERSONALE AMMINISTRATIVO														0,0	0,0				
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA														0,0	0,0				
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA														0,0	0,0				
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					
TOTALE COMPLESSIVO	49,0	0,0	5,0	22,0	12,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,3	0,0	5,0	10,3	59,1	4.336,526				
NON CONVENZIONATO (senza contratto)	URGENZA MEDICA													0,0	0,0				
	URGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	URGENZA SANITARIA													0,0	0,0				
	URGENZA (solo PROFESSIONI SANITARIE)													0,0	0,0				
	URGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	URGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	URGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE URGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incl. SpC)														0,0	0,0			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)														0,0	0,0			
	OSTETRIKA														0,0	0,0			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	2,4												0,0	2,4				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	8,0	8,0																

FABBISOGNO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distrett, CDC, COT e ODC		
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distrett, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancer	Cure primarie	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO	
		presto soccorso	terapia intensiva, blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica												
Categoria	Raggruppamento profili																
SISTEMA SANITARIO	EMERGENZA MEDICA	61,0	19,0	21,0	6,7	3,9	3,2		1,3	10,0	1,4		15,9	76,9			
	EMERGENZA VETERINARIA												0,0	0,0			
	EMERGENZA SANITARIA	0,3								23,3			0,3	23,8	24,1		
	EMERGENZA 666 PROFESSIONI SANITARIE												0,0	0,0			
	EMERGENZA PROFESSIONALE												0,0	0,0			
	EMERGENZA TECNICA												0,0	0,0			
	EMERGENZA AMMINISTRATIVA												0,0	0,0			
	TOTALE EMERGENZA	61,3	19,0	21,0	6,7	3,9	3,2	0,0	1,3	33,3	1,4	0,0	0,3	39,7	101,0	9.185.660	115.440
	PERSONALE INFERMIERISTICO (mla) (IF+G)	0,3								0,3				0,3	0,6		
	SUPERMARE DI FAMIGLIA (IF+G)													0,0	0,0		
	OSTETRICA												0,7	0,7	0,7		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,2								0,0				0,2	1,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,3								0,3				0,3	0,4		
	ASSISTENTI SOCIALI												0,2	0,2	0,2		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,1								0,6	0,3			0,9	1,0		
	CITA													0,0	0,0		
	CSG													0,0	0,0		
	AUTILIARI													0,0	0,0		
	ASSISTENTI RELIGIOSO													0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA													0,0	0,0		
	RICERCATORI O COLLABORATORI DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	10,3	0,0	0,0	0,9	12,0	12,9	39.107	
TOTALE COMPLESSIVO	62,2	19,0	21,0	6,7	3,9	3,2	0,0	1,9	44,0	1,4	0,0	1,2	51,7	113,9	9.424.967	115.440	
COSTI COSTI ANZIANI	EMERGENZA MEDICA												0,0	0,0			
	EMERGENZA VETERINARIA												0,0	0,0			
	EMERGENZA SANITARIA												0,0	0,0			
	EMERGENZA 666 PROFESSIONI SANITARIE												0,0	0,0			
	EMERGENZA PROFESSIONALE												0,0	0,0			
	EMERGENZA TECNICA												0,0	0,0			
	EMERGENZA AMMINISTRATIVA												0,0	0,0			
	TOTALE EMERGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (mla) (IF+G)													0,0	0,0		
	SUPERMARE DI FAMIGLIA (IF+G)													0,0	0,0		
	OSTETRICA													0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,0	0,0		
	CITA													0,0	0,0		
	CSG													0,0	0,0		
	AUTILIARI													0,0	0,0		
	ASSISTENTI RELIGIOSO													0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA													0,0	0,0		
	RICERCATORI O COLLABORATORI DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane

Il piano triennale dei fabbisogni del personale si inserisce quale strumento propedeutico dell'attività di programmazione complessiva dell'ASST ed è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed agli stakeholder del territorio. Il Piano, attraverso la corretta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui l'amministrazione ha bisogno, cerca di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili al fine di perseguire gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di offerta alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio fabbisogno di risorse umane consentono di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche ed in correlazione con gli output e gli outcome previsti, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi. La programmazione del fabbisogno si basa in primis sui dati storici, che configurano l'assetto organizzativo dell'Azienda strutturata secondo il POAS e successivamente modellati sulle dinamiche organizzative e strategiche che si concretizzano, tenuto conto dei vincoli interni ed esterni e delle relative dinamiche assunzionali che caratterizzano l'attuale contesto in cui l'ASST si trova ad operare. Tale programmazione tiene quindi in considerazione da un lato capacità assunzionale calcolata sulla base del vincolo di spesa autorizzato da Regione Lombardia e le difficoltà nel recuperare alcune figure professionali.

3.3.2 Strategia di copertura del fabbisogno

I modelli elaborati dall'ASST Mantova sono molteplici e flessibili, rispetto alle esigenze programmatiche dell'Ente, tenendo conto della compatibilità con la cornice finanziaria assegnata.

Con cadenza annuale vengono bandite ed espletate le procedure selettive sia a valenza interna che esterna, più opportune in relazione ai target finali di cui al PTFP vigente. La strategia di copertura e gestione del fabbisogno poggia su tre fondamentali pilastri:

- il recupero del turn over dell'anno precedente: prendendo come riferimento la dotazione organica complessiva teorica, approvata con il PTFP previgente;
- la compatibilità economica del piano di assunzione con il costo del Personale;
- il rafforzamento di alcuni profili professionali, che costituiscono il core aziendale, con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'area sanitaria.

Le misure adottate attengono:

- a procedure esterne, per l'ordinario reclutamento, e precisamente:
 - Concorso pubblico e successivo scorrimento della graduatoria interna;
 - Avviso pubblico per titoli e colloquio e successivo scorrimento della graduatoria interna;
 - Avviso di Mobilità Volontaria per titoli e colloquio;
 - Utilizzo reciproco delle graduatorie concorsuali;
 - Reclutamento categorie protette ex L. 68/99;
- a procedure interne, per favorire la mobilità del personale nelle diverse aree e settori dell'Ente, offrendo la possibilità di trasferirsi su posizioni vacanti o che si rendono vacanti in corso d'anno, oppure su posizioni diverse da quelle vacanti, su specifica istanza del dipendente. Ciò, con la

finalità di ampliare le competenze e le conoscenze del personale rispetto alla molteplicità dei processi aziendali.

Accanto ad una politica di reclutamento e mobilità, non secondario è l'affermarsi di un percorso di carriera sia per il personale dirigente che non dirigente, attraverso istituti contrattuali applicati con continuità e coerenza con il Piano organizzativo e la mission aziendale, quali:

- Incarichi di Posizione, di Funzione e Coordinamento (selezione interna);
- Progressioni Economiche Verticali (Concorso/Bando);
- Incarico di Alta Specialità e Altissima Professionalità (Bando Interno);
- Direzione Struttura Semplice (selezione interna);
- Direzione Struttura Complessa (Avviso pubblico);
- Direzione Dipartimento

3.3.3 Formazione del personale

Il Piano di Formazione aziendale è lo strumento della Direzione Strategica che definisce modalità, risorse e leve formative per supportare il perseguimento di obiettivi di sviluppo aziendale e professionale.

Ad oggi il Piano di Formazione è in costruzione. È stato approvato dal Comitato tecnico Scientifico e sarà valutato entro il 15 febbraio dalle OO.SS, per poi essere caricato in piattaforma ECM-CPD entro il 15 marzo 2025 per l'istruttoria finale.

La costruzione del PFA aziendale è un processo incrementale, che vede come elementi in ingresso:

- la normativa nazionale e regionale,
- le Regole di sistema regionali annuali,
- le linee di indirizzo della Direzione Strategica,
- il Piano delle performance;
- le istanze formative dei committenti aziendali.

La progettualità formativa è orientata a:

- coinvolgere tutte le categorie professionali presenti in Azienda ivi compresi i medici specialisti ambulatoriali;
- Valorizzare le professionalità interne dell'azienda attraverso il loro coinvolgimento in attività di responsabili Scientifici, Docenti, Tutor, relatori, Autori di testi per formazione FAD;
- utilizzare le diverse leve induttive e deduttive;
- promuovere strumenti innovativi (ad es. simulazioni, on the job, e-learning, Fad sincrona e asincrona) per facilitare l'acquisizione di conoscenze e abilità;
- dare la possibilità ai dipendenti di fruire di iniziative promosse in Azienda o di adire a percorsi extra aziendali obbligatori;
- garantire una formazione specifica e coerente con le linee di sviluppo normativo e aziendale a tutto il personale amministrativo;
- garantire l'erogazione dei crediti formativi per professionisti sanitari in coerenza con le indicazioni ECM-CPD;

- garantire l'erogazione dei crediti formativi per Assistenti sociali accreditando gli eventi nel portale dedicato.

Le attività formative si dividono nelle seguenti tematiche portanti:

- Manageriali (leadership, tecniche di negoziazione e gestione Conflitti, Problem Solving, Decision making);
- Assessment, Motivazione ed Empowerment
- Comunicativo - relazionali
- NTS non technical Skill –
- Tecnico Professionali – Specialistiche

Interventi formativi prioritari di supporto organizzativo innovativo sono rivolte all'integrazione interaziendale ospedale/territorio, alla presa in carico del paziente fragile ed alla gestione del paziente nelle REMS.

Le priorità a supporto dell'ambito organizzativo normativo rispondono ai seguenti criteri:

- adempimento di norme e obblighi legislativi, riconducibili a Sicurezza del paziente e del lavoratore, Piani e azioni aziendali vigenti, quali Piano Performance, CIO, PrIMO, Risk management, Comunicazione, Trasparenza e lotta corruzione, CUG, Piano Pandemico, e certificazioni (ISO, Ospedale a misura di bambino, Bollino rosa);
- coerenza con le direttive e gli obiettivi aziendali, con il ruolo e la funzione/mansione esercitata dagli operatori e con gli obiettivi assegnati all'Unità Operativa.

La Formazione aziendale si avvale sia di docenti interni, compresi Formatori organizzati in gruppi che vengono impiegati nei corsi che rispondono alla formazione obbligatoria (ad es. BLS e Movimentazione dei carichi) che di docenti esterni individuati dai Responsabili scientifici.

Per l'espletamento dei corsi aziendali vengono inoltre utilizzati spazi interni (aule della Formazione e del Centro Universitario Aziendale) o, a seconda del numero dei discenti arruolati e delle caratteristiche della formazione erogata, aule attrezzate esterne.

Il budget della Formazione è destinato sia alla formazione interna che alla formazione extra azienda. Quest'ultima in particolare è indirizzata ad aumentare le competenze del personale e si avvale degli istituti della riserva oraria per il personale dirigente e di assenza retribuita per il personale del comparto.

Le priorità strategiche della Formazione aziendale per il triennio 2024-2026 sono indirizzate a:

- formare i professionisti afferenti al territorio (Distretti), sia amministrativi sia sanitari, al fine di creare una rete d'offerta sanitaria che mantenga al centro il cittadino. Tale formazione sarà trasversale su tutti i distretti e rivolta a tutti i ruoli e le figure professionali in essi operanti;
- fornire strumenti e strategie sia ai Pronto soccorso che ai reparti afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze rispetto alla gestione del paziente aggressivo. La formazione verrà erogata a personale medico, infermieristico e OSS operante in questi settori;
- sviluppare le competenze dei dirigenti medici e del personale del comparto che operano nelle SC Chirurgia Generale, Urologia, Ginecologia e Chirurgia Toracica rispetto alle tecniche di Chirurgia Robotica.

Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

Nella progettazione degli eventi formativi viene considerata la coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi e le metodologie didattiche e metodi di lavoro per definire gli strumenti di

valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti e la valutazione delle ricadute organizzative.

La valutazione dell'apprendimento dei discenti al termine del progetto formativo viene eseguita con strumenti diversi, a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi e distinta per ciascun discente. Essa permette attraverso prove oggettive di conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti. Tra gli indicatori monitorati dall'Ufficio Formazione viene misurato il "Livello di apprendimento" dei discenti considerando la percentuale dei partecipanti che superano la valutazione finale con un valore soglia che deve essere $\geq 80\%$ dei frequentanti. Negli ultimi due anni la media dei discenti che ha superato la valutazione finale è del 90%.

Nella consapevolezza che il processo di formazione possa definirsi efficace nel momento in cui introduce o favorisce il cambiamento organizzativo sono individuati nelle schede dei progetti formativi più significativi indicatori misurabili e/o oggettivi relativi alla ricaduta interna.

Ogni anno è prevista inoltre la somministrazione a tutti i fruitori di un questionario volto a monitorare la soddisfazione generale rispetto ai corsi erogati e alla qualità dei servizi offerti dalla Formazione aziendale.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

SEZIONE	RESPONSABILITÀ	TEMPI, STRUMENTI E MODALITÀ DI MONITORAGGIO
VALORE PUBBLICO - PERFORMANCE	S.C. CONTROLLO DI GESTIONE	Semestrale con misurazione di Indicatori di risultato-indicatori output - indicatori di efficienza e efficacia – qualità dell'assistenza erogata
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	RPCT	Semestrale con misurazione degli indicatori previsti nelle misure specifiche e generali di prevenzione della corruzione
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	S.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE – S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	Annuale somministrazione di questionario User satisfaction (dirigenti responsabili che abbiano attivato il L.A. nelle proprie strutture)
PIANO DEI FABBISOGNI	S.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	Come previsto da normativa
PIANO FORMATIVO	UFFICIO FORMAZIONE AZIENDALE	Annuale, con misurazione di indicatori di performance

Publicità

Il presente documento viene adottato e pubblicato nel sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Disposizioni generali" e sotto-sezione "Altri contenuti-Prevenzione della corruzione".

**PIANO DI IGIENE E PREVENZIONE
DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)**

- anno 2025 -

Lo stato di avanzamento delle attività previste e l'andamento epidemiologico sono oggetto di riunioni trimestrali del Gruppo Operativo del CIO - Decreto DG n°997 del 26/9/2024.

La gestione degli eventi epidemiologici prevede la possibilità di convocazione in urgenza del GO, su decisione del Presidente del CIO o suo delegato, con preavviso di almeno 4 ore.

Attività programmate:

1. GESTIONE DEGLI ALERT MICROBIOLOGICI

- d) Comunicazione rapida telefonica/alert informatico da parte della sezione di Microbiologia alle SS.CC. riguardo alla presenza di microrganismi Alert con inserimento nei referti di note operative (da definire preventivamente con il CIO).
- d) Valutazione giornaliera dei microrganismi Alert rilevati in Azienda a cura dell'Infermiere Esperto, e condivisione, in casi selezionati, con i referenti infettivologi.
- d) Report mensile dei microrganismi Alert rilevati presso le SS.CC. critiche individuate dal CIO e condivisione con i rispettivi Responsabili.
- d) Report annuale attingendo ove possibile dai database MICROBIO e MERCURIO (v. alert compresi nei database), ovvero dalle diagnosi cliniche e dalle segnalazioni di malattia infettiva (es. Scabbia). Sarà definito un cruscotto per la reportistica dei microrganismi, con specifici indicatori e periodicità stabilita, da inoltrare ai Responsabili delle strutture Aziendali.

2. SORVEGLIANZA ATTIVA E PASSIVA:

- f) Sorveglianza attiva (sopralluogo ospedaliero/territoriale) e passiva (mediate i sistemi informatici a disposizione) delle infezioni correlate all'assistenza e dell'adesione ai protocolli aziendali.
- f) Interventi a spot per incentivare l'adesione ai protocolli aziendali e alle buone pratiche basate sull'evidenze nel controllo del rischio infettivo, anche mediante il confronto con i clinici
- f) Rilevazione dell'adesione al lavaggio delle mani, secondo il manuale dell'osservatore OMS, delle UU.OO. identificate in base alla classificazione di rischio.

- f) Come specificato nelle Linee Operative Risk Manager in Sanità-Anno 2023, rispetto al rischio di sepsi nelle organizzazioni sanitarie è previsto un monitoraggio attraverso:
- Applicazione della Check list Logistico-Organizzativa inviata da Regione Lombardia
 - Conduzione di Audit su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale sezione PRIMO – monitoraggio interno. Dovranno essere considerati anche eventuali casi di sepsi ostetrica.
- f) Valutazione annuale del consumo di prodotti per l’igiene delle mani in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera e territoriale e il Controllo di Gestione, con compilazione del report CSIA semestrale/annuale.
- f) Partecipazione allo studio SNICH 2.

3. ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE

Revisione e aggiornamento dei seguenti documenti aziendali:

- o) Legionella: PRCIO02, TAB1PRCIO02, MOD1IO1PRCIO02, MOD1PRCIO02, MOD2PRCIO02, MOD3PRCIO02, TAB1IO1PRCIO02, IO1PRCIO02, PRCIO01
- o) Monitoraggio microbiologico ambientale: IOCIO03, MOD1IOCIO03 , TAB01IOCIO03,
- o) PRCIO14 “Manuale di applicazione delle indicazioni per la Segnalazione, la Sorveglianza, la Profilassi delle malattie infettive e le Misure di Isolamento”: MOD02PRCIO14, MOD01PRCIO14, MOD03PRCIO14, MOD04PRCIO14, TAB05PRCIO14, TAB12PRCIO14, TAB01PRCIO14, TAB02PRCIO14 , TAB03PRCIO14, TAB04PRCIO14, PRCIO14, TAB06PRCIO14, IO02PRCIO14
- o) Igiene del paziente infetto/colonizzato da microrganismi alert: IO06PRCIO14
- o) Trattamento iperpiressia pazienti sottoposti a intervento di protesi anca e ginocchio: PRCIO18
- o) Infezione da virus Ebola: MOD01IO01PRCIO14, MOD02IO01PRCIO14, MOD03IO01PRCIO14, MOD04IO01PRCIO14, IO01PRCIO14
- o) Infezione da virus Zika: TAB02IO04PRCIO14, TAB01IO4PRCIO14, IO04PRCIO14, MOD01IO4PRCIO14
- o) Infezione da Clostridioides difficile: MOD01PRCIO21, PRCIO21
- o) Igiene del cavo orale: PRCIO26, PRCIO27
- o) Uso antisettici e disinfettanti: PRCIO11, TAB01PRCIO11
- o) Sorveglianza e bonifica portatori di Staphylococcus aureus: PRCIO19, MOD01PRCIO19, MOD02PRCIO19

- o) Gestione del catetere vescicale: TAB01IO1PRCIO33, IO1PRCIO33
- o) Protocollo di terapia antibiotica empirica: PRCIO36
- o) Protocollo Emocolture
- o) Protocollo accessi vascolari arteriosa.

4. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE

Ambito Igiene ospedaliera e territoriale:

- k) Prevenzione e controllo Legionella in ambito sanitario, nonché relativi controlli sulle acque in ospedale e nelle sedi territoriali secondo normativa vigente. Revisione/redazione dei protocolli da parte di apposito GdM, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) A fronte di alert microbiologici da UU.OO. o Servizi, la DMPO, l'ISRI, la Referente per i Processi Igienici per la Direzione Sanitaria possono valutare l'utilità dell'attivazione di un GO CIO ristretto. Avvertito il Direttore Sanitario Aziendale, il compito della convocazione è in capo al Direttore Medico di Presidio che presiederà, eventualmente indicando un Dirigente Medico delegato, gli incontri di tale gruppo ed individuandone i componenti (Infettivologo, Microbiologo, Risk Manager o delegato della S.C. Qualità Accreditamento e Risk Management, PO Referente Processi Igienici di Direzione Sanitaria, ISRI, Direttori e Coordinatori delle Strutture coinvolte, ed eventuali altre figure essenziali). Le riunioni del GO verranno verbalizzate e le azioni di cui si condividerà la necessità disposte e rendicontate. È da prevedere sempre un feedback sul tema e sull'andamento epidemiologico successivo o mediante reportistica diffusa o mediante ulteriore incontro conclusivo. Il GO CIO può richiedere anche attivazioni di GdM specifici.
- k) Attivazione di GdM per specifici setting a particolare rischio igienico-sanitario (valutati in sede CIO o su indicazione di GG.OO. CIO) al fine di redigere apposita procedura per la verifica periodica relativa alle azioni di prevenzione e controllo ICA in ambito di ritenzione del rischio anche in autotutela in caso di sinistro onde aver identificato i critical point ospedalieri. Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) Attivazione di GdM multidisciplinare “mappatura dei meccanismi di reprocessing e della correlata tracciabilità e controllo dei DM e ferri in uso presso i Presidi Ospedalieri”, a coordinamento della DMPO per competenza, comprendente professionista del Servizio di Ingegneria Clinica, Coord. della Centrale di Sterilizzazione, Farmacista, ISRI e Dirigente Resp.

Programmazione e Gestione dei Bocchi Operatori e dei Processi di Sterilizzazioni Aziendali.
Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.

- k) Attivazione di GdM multidisciplinare “mappatura dei meccanismi di reprocessing e della correlata tracciabilità e controllo dei DM e ferri in uso presso la rete territoriale di ciascun Distretto”, a coordinamento della Direzione del Distretto per competenza, Farmacista, ISRI e Dirigente delle professioni sanitarie Polo Territoriale DAPSS. Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) Attivazione di GdM multidisciplinare “mappatura dei meccanismi di reprocessing e della correlata tracciabilità e controllo (comprensivo di manutenzione, controlli acque e reconditioning) delle apparecchiature per i Presidi Ospedalieri”, a coordinamento della DMPO per competenza, comprendente professionista del Servizio di Ingegneria Clinica e del Servizio Ufficio Tecnico, e Direttori e Coordinatori delle Strutture Interessate, Referente Processi Igienici di Direzione Sanitaria. Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) Attivazione di GdM multidisciplinare “mappatura dei meccanismi di reprocessing e della correlata tracciabilità e controllo (comprensivo di manutenzione, controlli acque e reconditioning) delle apparecchiature per Rete Territoriale dei Distretti”, a coordinamento della Direzione del Distretto di competenza, comprendente professionista del Servizio di Ingegneria Clinica e del Servizio Ufficio Tecnico, e Direttori/Responsabile e Coordinatori delle Strutture Interessate e Dirigente delle professioni sanitarie Polo Territoriale DAPSS. Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) Attivazione di GdM Multidisciplinare “mappatura completa di tutti i centri per dialisi, al fine di valutazione impianti, manutenzioni, controlli acque (da acqua in ingresso, a inizio anello a fine anello ed infine a controllo dell’ultrafiltrato ultrapuro)”. Endpoint: istituzione GdM entro il 28/02/2025, conclusione lavori entro il 30/09/2025.
- k) A carico della DMPO istituzione, verifica, aggiornamento del registro dei controlli delle acque dialisi entro il 30/09/2025.
- k) Applicazione del manuale HACCP per autocontrollo microbiologico nelle cucine interne e supervisione delle cucine esternalizzate.
- k) Organizzazione dei processi di sanificazione:
- revisione completa delle classi di rischio e relativi piani di lavoro

- revisione procedure di chiamata in urgenza per sanificazione post malattia infettive contagiose
 - revisione specifica delle concentrazioni e dei prodotti utilizzati nei diversi setting a seconda della classe di rischio
 - revisione delle frequenze e delle programmazioni delle sanificazioni di fondo, rendendo tale programmazione sostenibile e flessibile nei confronti di subentranti sanificazioni urgenti post cantieri edili. Nell'ambito delle aree di cantiere eseguire il monitoraggio relativo all'Aspergillo.
 - revisione dei controlli igienici e microbiologici ambientali post sanificazione, volti alla valutazione di efficacia e qualità della sanificazione effettuata
 - proposta di istituzione di un tavolo tra ASST e ditta in appalto per affrontare in maniera sistematica la criticità delle sanificazioni in Blocco Operatorio del P.O. di Mantova.
- k) Rifiuti: attraverso audit sul campo che coinvolgeranno a campione sia reparti ospedalieri che sedi territoriali verifica
- della corretta applicazione delle procedure aziendali rispetto alla gestione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo
 - dell'adeguatezza dei percorsi "sporchi" utilizzati per l'allontanamento dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Altri ambiti:

- c) Piano Strategico Operativo per la Risposta ad una Pandemia Influenza per ASST di Mantova: il PANFLU è un documento che sintetizza un processo in continua evoluzione sulla base delle indicazioni provenienti dalla DG Welfare, da un Gruppo di Lavoro regionale, di cui fa parte un Professionista dell'Azienda, e delle continue revisioni su base epidemiologica ed organizzativa del Piano Pandemico Nazionale e Regionale. Massimo impegno è impiegato nella continua rendicontazione su applicativo regionale S.A.S.H.A. delle azioni che vengono richieste alle ASST ed altri Enti erogatori a scadenze specifiche. Tra queste si citano di seguito quelle rendicontate ed inerenti alle tematiche del presente piano, considerando che a breve e in continuità vengono richieste nuove azioni che determinano non solo l'impegno di rendicontazione, ma anche quello sostanziale di pianificazione e controllo di IPC:
- Diffusione delle raccomandazioni sulle infezioni respiratorie e ICA [*Verifica in ogni reparto con gli operatori del livello di conoscenza e della corretta gestione delle infezioni*]

respiratorie e delle misure di prevenzione e controllo infezioni (es precauzioni standard ed aggiuntive): evidenza di almeno un momento di incontro con operatori per condivisione di procedure]

- Implementazione di misure di isolamento per pazienti sintomatici
- Raccomandazioni mascherina [*Mascherina raccomandata per tutte le attività anche ambulatoriali*]
- Utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie [*Raccomandazione di utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie in tutte le aree dei Pronti Soccorso, in tutti i setting di cura e assistenza, nelle sale di attesa e negli ambienti comuni*]
- Valutazione dei rischi legati alle sindromi respiratorie [*Allo stato attuale non attuabile come richiesta di evidenza da parte di ASST. Ciò perché gli EEPA di C-DOM vengono attivati da ASST ma non è possibile ad oggi fare una valutazione in itinere senza richiesta da parte degli MMG. La rivalutazione viene fatta allo scadere del voucher o al variare delle condizioni cliniche (richiesta MMG)*]
- Valutazione di misure di isolamento [*Presenza di documentazione che attesti l'organizzazione e le modalità di isolamento dei pazienti e evidenza di controlli su almeno il 20% dei reparti a partire da PS*]
- Formazione agli operatori sanitari per promuovere igiene delle mani e il corretto uso dei DPI [*È in corso la formazione PNRR sulla tematica delle ICA nella quale il personale è stato addestrato al corretto utilizzo dei DPI (vestizione e svestizione), sulla gestione degli isolamenti e sull'igiene delle mani, attraverso l'uso del Box Pedagogico. Sono stati aggiornati e diffusi i protocolli per la gestione dei microrganismi sentinella, SARS Cov 2 e SMI. Sono stati tenuti incontri in alcune UU.OO. per la formazione sui Bundle delle ICA e sono stati formati gli operatori tecnici addetti ai trasporti interni ed esterni sull'igiene delle mani. È in fase di revisione la procedura PRCIO 14 in cui è contenuta vestizione, svestizione, e gestione delle patologie trasmissibili. Si allegano tutte le procedure aziendali ed istruzioni operative inerenti che hanno avuto ampia diffusione a tutto il personale aziendale e che sono disponibili sull'applicativo aziendale Taleteweb a tutto il personale*]
- Verifica della capacità di testing in ottemperanza a quanto previsto dalla DELIBERAZIONE N° XII / 63 del 27/03/2023

- Le ASST con SC di Malattie Infettive realizzano una iniziativa (es Webinar, convegno, invio note) di formazione per la gestione flu e covid per la Medicina di base e, raccordandosi con ATS, per le UDO sociosanitarie [*effettuata in data 07/01/2025*]
- Consulenza infettivologica per UDO SS [*Concordata e comunicata ad ATS della Val Padana la disponibilità all'esecuzione di consulenze per UDO Socio Sanitaria nella zona di pertinenza. Individuati i Dirigenti Medici delle UU.OO. Malattie Infettive, Medicina Generale e Pneumologia del PO di Mantova. Comunicazione ad ATS Val Padana del Direttore Sanitario Aziendale di ASST di Mantova Prot N. 56963/2024 del 30/10/2024*]
- c) Verifica e aggiornamento sezione CIO del sito internet e intranet aziendale.
- c) Applicazione del sistema qualità per la certificazione ISO.

5. STEWARDSHIP ANTIMICROBICA

- c) Elaborazione e valutazione di report quadrimestrale sul consumo degli antibiotici in collaborazione con la Farmacia Aziendale ed il Controllo di Gestione.
- c) Definizione e applicazione di procedure di controllo del consumo di carbapenemi presso SS.CC. selezionate, individuate dal GO.
- c) Elaborazione e valutazione di report annuale sulle consulenze infettivologiche interne all'ASST.

6. FORMAZIONE

- d) Formazione e addestramento dei Link Professional, previa disposizione ai Responsabili da parte della Direzione Strategica;
- d) Adesione alla MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2 b del PNRR: Corso di Formazione per Neo-assunti sulle ICA.
- d) Formazione dei Corsi di Laurea di Infermieristica, Logopedia, Fisioterapia e ostetricia sull'igiene delle mani con ausilio del box pedagogico.
- d) Formazione sul campo dei Dirigenti Medici delle SS.CC. coinvolte nella redazione del nuovo documento PRCIO36 (Protocollo antibiotico empirico)