

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028

Approvato con Decreto n. 93 del 29 gennaio 2026

INDICE PIAO 2026-2028

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.1 MISSION.....	5
1.2 L'AZIENDA: GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E IL SUO PATRIMONIO.....	6
Elementi Identificativi.....	6
Assetto della ASST di Mantova.....	6
POSTI LETTO.....	7
Organizzazione di base.....	10
Patrimonio Aziendale.....	11
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	12
2.1 VALORE PUBBLICO.....	12
2.2 PERFORMANCE.....	14
2.2.1 La pianificazione strategica e la programmazione delle attività produttive...14	
2.2.3 Indicatori per la misurazione della performance.....	19
2.2.4 Pari Opportunità ed Equilibrio di Genere.....	26
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	28
2.3.1. La prevenzione della corruzione e la trasparenza nell'ASST Mantova.....	28
2.3.2. Analisi del contesto.....	29
2.3.2.1 Contesto esterno.....	30
2.3.2.2 Contesto interno.....	32
2.3.2.2.1 Attori e strumenti per la prevenzione della corruzione.....	32
2.3.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	40
2.3.4 Le misure organizzative per il trattamento dei rischi corruttivi.....	41
2.3.5 Le misure generali di prevenzione del rischio corruttivo.....	44
2.4 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	59

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	65
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE.....	65
3.1.1 Livelli di responsabilità organizzativa.....	69
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING.....	71
3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	75
3.3.1 Programmazione strategica delle risorse umane.....	77
3.3.2 Strategia di copertura del fabbisogno.....	78
3.3.3. Formazione del personale.....	79
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	82
Pubblicità.....	82

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) dell'Azienda Socio Sanitaria di Mantova (ASST) segue la strutturazione prevista dal "PIAO-tipo" allegato al DM n. 132 del 30 giugno 2022, perciò è articolato nelle sezioni:

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

I contenuti sono determinati in funzione delle finalità istituzionali, degli obiettivi e delle strategie dell'Amministrazione in un'ottica di superamento della molteplicità e frammentazione degli strumenti di pianificazione previsti dall'ordinamento.

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 Organizzativo del Lavoro Agile, Piano di Azioni Positive.

Ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

I contenuti del presente PIAO si fondano sull'organizzazione dell'ASST, vigente al momento della sua adozione e, data la molteplicità degli ambiti considerati, sono stati sviluppati con il coinvolgimento attivo ed armonico delle diverse strutture dell'Azienda.

In un'ottica di maggiore fruibilità da parte dell'utenza, si è puntato alla semplificazione, rinviando per i dettagli e gli approfondimenti ad allegati, ove possibile.

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.

Offre una copertura socio sanitaria a livello provinciale.



- Estensione Provincia di Mantova: 2.341 m²;
- La popolazione residente al 1° gennaio 2025 risultava pari a 407.312 individui, con una variazione positiva rispetto all'anno precedente (+0,1%), di cui circa il 14% stranieri;
- Indice di vecchiaia: 197,7 % (a fronte di una media regionale pari a 188,1%);

Fonte: ISTAT

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).

Assetto della ASST di Mantova

Si precisa che l'organizzazione aziendale 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.

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-cardio-toraco-vascolare](#)

[Dipartimento-chirurgico](#)

[Dipartimento-emergenza-urgenza](#)

[Dipartimento-materno-infantile](#)

[Dipartimento-medico](#)

[Dipartimento-neuroscienze](#)

[Dipartimento-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 629.

Posti letto medi attivi IV TRIM 2025*		POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI LETTO TECNICI		ODC
CODICE	DENOMINAZIONE			POSTI LETTO SUBACUTI	POSTI LETTO HOSPICE	
03022701	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA - STABILIMENTO ASOLA 01 e ODC ASOLA	21	12			11
03022702	PRESIDIO OSPEDALIERO - ASOLA - STABILIMENTO BOZZOLO 02 e VIADANA	51	0	19		11
030239	OSP. CIVILE DESTRA SECCHIA - PIEVE CORIANO	111	10			10
030907	OSPEDALE C. POMA - MANTOVA	446	36		10	
TOTALE		629	58	19	10	31

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.

L'ASST di Mantova ha istituito, a decorrere dal 30 marzo 2022, n. 4 Distretti:

Distretto-alto-mantovano

Distretto-basso-mantovano

Distretto-mantovano

Distretto-oglio-po-casalasco-viadanese (Distretto a scavalco tra ASST Mantova e ASST Cremona);

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.

La rete territoriale di assistenza dell'ASST di Mantova comprende 9 case della comunità e 5 ospedali di comunità. La progettualità 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 hanno stanziato risorse per finanziare i nuovi interventi e per la messa in sicurezza delle attuali sedi.

Rete territoriale dell'ASST di Mantova

Comune	CdC Hub/Spoke	OdC	Ristrutt./Riqualfic./Nuovo
ASOLA	CdC Hub	OdC	Ristrutt.
GOITO	CdC Hub		Riqualfic.
CASTIGLIONE D/STIVIERE	CdC Hub		Nuovo
MANTOVA	CdC Hub	OdC	Ristrutt.
BOZZOLO	CdC Hub	OdC	Riqualfic.
VIADANA	CdC Hub	OdC	Ristrutt./Riqualfic.
SUZZARA	CdC Hub		Ristrutt./Riqualfic.
BORGIO MANTOVANO	CdC Hub	OdC	Riqualfic.

QUISTELLO	CdC Hub		Ristrutt./Riquarif.
SERMIDE	CdC Spoke		Nuovo

Il compito di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari è affidato alle Centrali operative territoriali che si avvalgono di tutte le attività di telemedicina.

Nell’ASST Mantova le Centrali operative attivate a seguito degli interventi PNRR sono 6 (Mantova, Suzzara, Asola, Quistello, Viadana, Castilgione delle Stiviere), oltre alla COT di Goito finanziata con fondi aziendali

Il **Dipartimento di Cure Primarie** e il **Dipartimento funzionale di Prevenzione** , sono stati costituiti con il Decreto aziendale n. 282 del 30/03/2022.

L’effettivo trasferimento delle funzioni e del personale del Dipartimento di Cure Primarie è avvenuto dal 1° ottobre 2023 con piena operatività dal 1° gennaio 2024, come da indicazioni regionali.

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.

L'ASST di Mantova utilizza i **social media** per finalità istituzionali, per accrescere la trasparenza e la conoscenza delle proprie attività. I profili ufficiali sono: LinkedIn, Facebook, Instagram, Youtube, Whatsapp (con liste broadcast dedicate per cittadini, professionisti di Asst, sindaci della provincia, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

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).

Il Valore Pubblico, dunque, 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 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.

Il Valore pubblico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova si riferisce allo stato di salute della popolazione che ha certamente un impatto sul benessere sociale della medesima comunità.

Le strategie con le quali l'ASST intende contribuire all'aumento del Valore pubblico hanno come riferimento le Aree indicate all'interno delle regole di sistema in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 e in ordine agli obiettivi delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T).

Alle suddette Aree Regione Lombardia ha ricondotto gli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale.

Area	Descrizione
Liste di attesa	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa, in termini di prestazioni da erogare e tempistiche da garantire.
Nuovo Sistema di Garanzia	Garantire che tutte le attività aziendali siano allineate agli indicatori di qualità e di performance definiti, con l'obiettivo di assicurare un'assistenza sanitaria che sia non solo conforme agli standard normativi e legislativi, ma anche in grado di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini in modo efficace, efficiente e sostenibile.
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Miglioramento di specifici indicatori di performance relativi alla presa in carico del paziente in PS e miglioramento degli

	standard ospedalieri offerti
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economici per singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente
Investimenti	Attuazione degli interventi finanziati con i fondi del PNRR - PNC e POR e relativa rendicontazione
Polo Territoriale e presa in carico*	Rafforzamento dell'assistenza distrettuale e dell'integrazione tra i diversi livelli di cura favorendo lo sviluppo di percorsi di pazienti con specifici bisogni di cura.
Reti	Raggiungimento dei requisiti organizzativi e assistenziali previsti per particolari reti regionali
Previsione	Rafforzamento degli interventi di prevenzione collettiva e sanità pubblica.
Veterinaria	Rafforzamento degli interventi di veterinaria
Farmaceutica	Dispositivo vigilanza e spesa farmaceutica
Flussi Informativi	Adeguamento e potenziamento dei flussi informativi trasmessi, con l'obiettivo di garantire una tempestività alimentazione e una maggiore qualità e completezza dei dati, favorendo un efficace monitoraggio della performance

Il Direttore Generale, a sua volta, assegna tali obiettivi alle strutture aziendali declinandoli, ove possibile, in obiettivi specifici annuali. Una volta declinati gli obiettivi per le singole strutture, aziendali, sarà definito un percorso strutturato di monitoraggio, questo percorso prevederà l'individuazione di responsabili per il monitoraggio dei singoli obiettivi che saranno coordinati da un referente di cabina di regia che avrà il compito di relazionare sugli stati di avanzamento durante gli incontri pianificati di aggiornamento. Sia i responsabili del monitoraggio che i referenti della cabina di regia dovranno lavorare sinergicamente con tutti gli attori interessati nell'ottica del raggiungimento del target indicato.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 La pianificazione strategica e la programmazione delle attività produttive

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 a regime della chirurgia robotica
- Rispetto delle classi di priorità per i ricoveri Oncologici e non, mantenimento/superamento dei target percentuali richiesti da regione per classi di priorità
- Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa in termini di prestazioni da erogare e tempistiche da rispettare
- Monitorare le performance attraverso gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e del Piano Nazionale Esiti
- Attività di screening
- Implementazione della Telemedicina
- Rafforzamento dell'assistenza Distrettuale e della presa in carico territoriale

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 e 2025 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 introducendo anche specifici obiettivi di budget.

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).

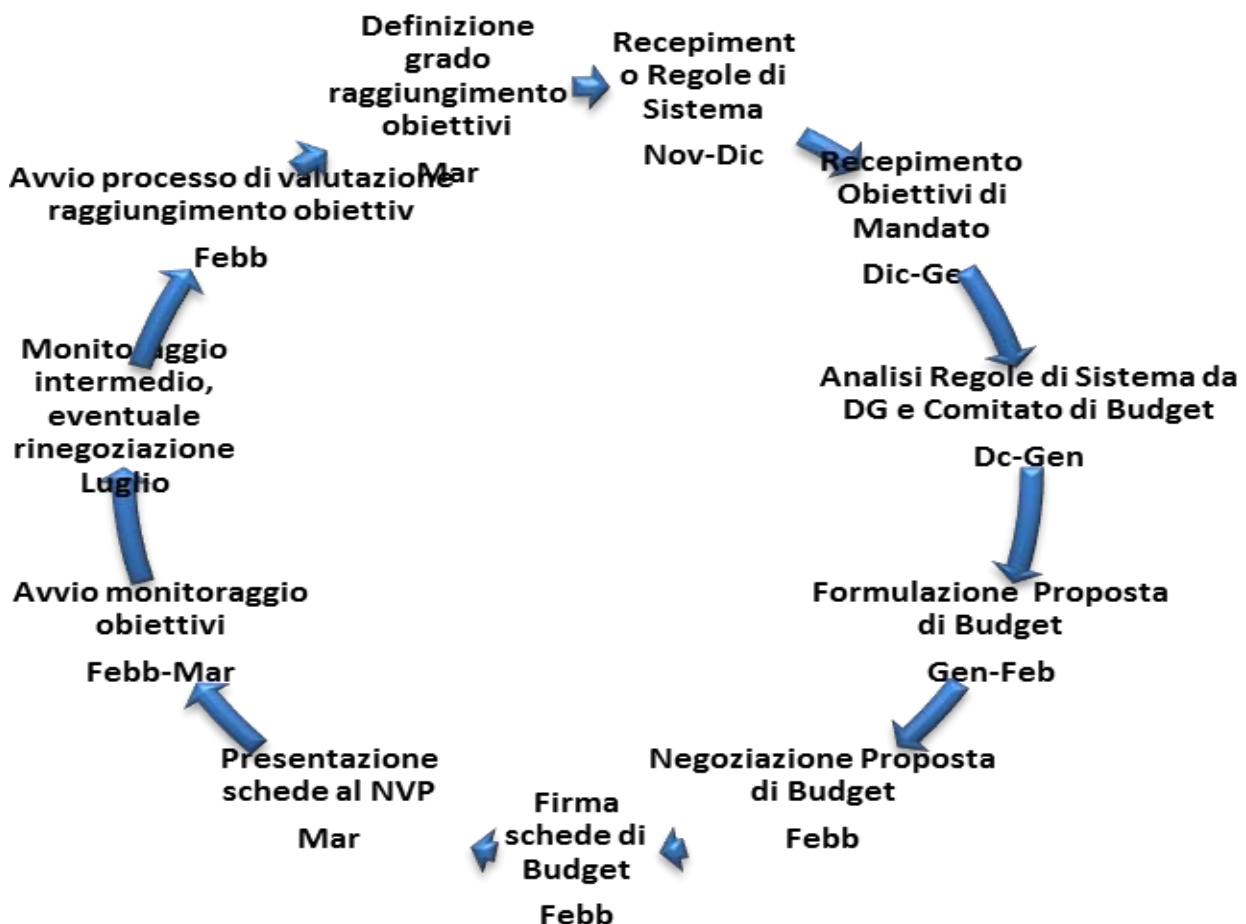
Il ciclo della gestione della performance trova perfezionamento nell'ulteriore documento redatto a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia i risultati organizzativi ed individuali raggiunti.

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 elevate.

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 il completamento delle linee progettuali operative legate al PNRR, l'appropriatezza dei setting, soprattutto in urgenza, l'integrazione ospedale territorio i processi di innovazione. Garantire che tutte le attività aziendali siano allineate agli indicatori di qualità e performance definiti, con l'obiettivo di assicurare un'assistenza sanitaria conforme agli standard e in grado di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini in modo efficiente, efficace e sostenibile. Rispetto al Polo Territoriale e alla presa in carico si persegue il rafforzamento dell'assistenza distrettuale e dell'integrazione tra i diversi livelli di cura favorendo lo sviluppo di percorsi per pazienti con specifici bisogni di cura. Per quanto riguarda le Reti si punta al raggiungimento dei requisiti organizzativi e assistenziali previsti per le specifiche reti regionali.

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 2026.

Obiettivi aziendali per il triennio 2026-2028

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso		
		2026	2027	2028
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	-	-
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	Volumi di prestazioni registrati dai sistemi informativi aziendali e comunicazioni	Raggiungimento del 100% degli obiettivi concordati con ATS sulle prestazioni relative al PNGLA Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2025,	Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2026, oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di	Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2027, oppure ulteriore trend incrementale se

prestazioni indicate come oggetto del monitoraggio	regionali Dati dashboard regionali su slot, prenotazioni e percentuale di erogato	oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di miglioramento della performance	miglioramento della performance	sussistono ancora margini di miglioramento della performance
Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Percentuale di prestazioni erogate entro le classi di priorità appropriate- per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero In particolare: raggiungimento del target del 90%	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero
Recupero dei Tempi di attesa delle prestazioni in regime di ricovero 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: 88% oncologici programmati - classe di priorità A 85% non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	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 Pronto Soccorso	Dati forniti dai sistemi di reporting aziendali e Regionali	Miglioramento della qualità nella gestione dei pazienti e dei setting; Sviluppo azioni congiunte nel reclutamento del personale ASST e AREU	Mantenimento / miglioramento della performance	Mantenimento / miglioramento della performance
Miglioramento della presa in carico in Pronto Soccorso	Dati forniti dai sistemi di reporting aziendali e Regionali	Miglioramento di specifici indicatori di performance relativi alla presa in carico del paziente in PS e miglioramento degli standard ospedalieri offerti	Mantenimento / miglioramento della performance	Mantenimento / miglioramento della performance
Gestione delle tematiche relative all'area prevenzione (Microbio, screening, Stili di vita)	Evidenze documentali e dati di performance specifici forniti dai sistemi di reporting aziendali e Regionali (copertura screening)	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 2026 e anni successivi	In relazione a ciascun obiettivo specifico	Mantenimento della migliore performance raggiungibile	Mantenimento della migliore performance raggiungibile	Mantenimento della migliore performance raggiungibile

<p>Riclassificazione delle Strutture ospedaliere</p> <p>– processi di adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento</p> <p>Completamento lavori OdC e CdC</p>	<p>Evidenza documentale (decreti di accreditamento, verbali di sopralluogo e istanze di ASST) Formalizzazione delle nuove strutture</p>	<p>Completamento dei processi</p>	<p>Consolidamento dei risultati</p>	<p>Consolidamento dei risultati</p>
<p>Piano di Igiene e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Evidenza documentale Indicatori specifici del Piano</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2026</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2027</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2028</p>
<p>Miglioramento della appropriatezza prescrittiva</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2026</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2027</p>	<p>100% delle azioni da compiere per l'anno 2028</p>
<p>Sviluppo processo HERM</p>	<p>Evidenza documentale</p>	<p>Progressiva implementazione aziendale</p>	<p>Progressiva implementazione aziendale</p>	<p>Progressiva implementazione aziendale</p>
<p>Vaccinazioni: Crescita ed estensione attività vaccinale; attivazione e pieno utilizzo nuovo sistema ARVAX</p>	<p>Dati regionali report dashboard prevenzione Evidenze documentali</p>	<p>Raggiungimento e mantenimento dei target vaccinali per coorte definiti da Regione: Attuazione di tutte le attività indicate nelle regole di sistema</p>	<p>Mantenimento o miglioramento delle performance ottenute</p>	<p>Mantenimento o miglioramento delle performance ottenute</p>
<p>Sviluppo del progetto "Infermiere di Famiglia"</p> <p>Consolidamento percorsi ADI in rapporto anche alle attività delle cure primarie</p>	<p>Evidenza Documentale Numero casi attivati</p> <p>Formazione: percentuale di soggetti formati rispetto agli individuati e attivati per il ruolo</p>	<p>Trend di incremento dell'attività avviata</p>	<p>Consolidamento del risultato e dei volumi di attività in relazione alla entità della domanda e dei bisogni della popolazione</p>	<p>Consolidamento del risultato e dei volumi di attività in relazione alla entità della domanda e dei bisogni della popolazione</p>
<p>Presenza in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità</p>	<p>Numero arruolamenti proattivi frequent user ASST Mantova</p>	<p>Raggiungimento dei PIC secondo gli accordi specifici con ATS</p>	<p>Consolidamento del risultato o eventuale ulteriore incremento se presenti margini sensibili di miglioramento della performance</p>	<p>Consolidamento della performance ottenuta</p>

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 DEM 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 2025, implementazione della Piattaforma regionale attivando ulteriori progetti di: Televista, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Teleassistenza	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2026	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2027
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 psichiatria giudiziaria – REMS Processi di accreditamento	Evidenza documentale	Miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi e dei setting	Consolidamento attività	Consolidamento attività
Rispetto delle adempienze e degli obiettivi del Piano aziendale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza: chiusura delle azioni	Numero azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano	Raggiungimento del target 100%	Raggiungimento del target 100%	Raggiungimento del target 100%

previste dal piano stesso				
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	Miglioramento e implementazione del nuovo Sistema gestionale	Consolidamento attività	Consolidamento attività
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Dati dai flussi informativi Evidenza documentale	Rispetto degli obiettivi per singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	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 2026

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. Partecipazione come azienda pilota della nuova codifica ICD10 negli ambiti: ricovero, riabilitazione e area psichiatrica
	Percorso chirurgico per il paziente elettivo: consolidamento nell'utilizzo della Lista di presa in carico come da indicazioni Regionali
	Rispetto della Disposizione Regionale sui Ricoveri Chirurgici programmati per il recupero delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità
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 con particolare attenzione alle prestazioni PNLGA. 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 (tempi attesa per oncologici classe A, tempi di attesa non oncologici tutte le classi)
	AMBULATORIO: Allineamento ai target predefiniti dalla regione, miglioramento della performance sull'indicatore NSG D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B e rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Pubblici
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 e di esito	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: H05Z- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni; H13C/ H13C.48- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni/48 ore in regime ordinario; H23C-Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico
	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
Attività di screening	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 e consolidamento del progetto Screening nutrizionale
	Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 6370/2022: Rispetto dei tempi d'attesa degli esami di screening di approfondimento
Vaccinazioni	Vaccinazioni antinfluenzali/ covid
	Raggiungimento dei target regionali; coperture vaccinali previste da regione; applicazione di tutti i percorsi di estensione dell'attività
	Piena attivazione e consolidamento del sistema informativo vaccinale ARVAX
Rischio/Sicurezza/ Qualità	Pieno raggiungimento dei compiti qualitativi nell'ambito del Risk management e dell'accreditamento istituzionale
Telemedicina	Attivazione e consolidamento dei progetti di Telemedicina, definizioni dei percorsi organizzativi per l'erogazione di Televisite, Teleconsulti, Telemonitoraggi, Teleassistenza attraverso la piattaforma regionale
Pronto soccorso	Efficienza nella gestione dei posti letto di ricovero per il Pronto Soccorso, garanzia dei percorsi appropriati e adeguatezza dei tempi di attesa in relazione alla complessità, miglioramento dei tempi di presa in carico del codice arancione, miglioramento dei tempi di "libero barella", riduzione degli abbandoni in PS prima della presa in carico (Medica e/o infermieristica), riduzione del tempo di boarding a livello di Hub

Rete Territoriale	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG aderenti o non aderenti a cooperativa
Rete Territoriale	Consolidamento attività di attivazione degli Ospedali di Comunità e Case della Comunità
Integrazione e attività territoriale - salute mentale	Sviluppo e consolidamento 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

2.2.4 Pari Opportunità ed Equilibrio di Genere

L'ASST di Mantova conferma anche per l'anno 2026 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.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1. La prevenzione della corruzione e la trasparenza nell'ASST Mantova

Contenuti della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”

La presente sottosezione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) delinea le direttive strategiche e programmatiche adottate dall'ASST Mantova in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e recepisce le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) contenute nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati ai sensi della l. 6 novembre 2012, n. 190, e del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

È articolata in:

- una sintetica illustrazione del contesto esterno e di quello interno, al fine di evidenziare come, rispettivamente, le caratteristiche strutturali dell'ambiente nel quale l'ASST opera e gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi interni possono incidere sull'esposizione dell'Amministrazione al rischio corruttivo;

- la descrizione delle fasi di identificazione, analisi e valutazione dei rischi, che costituiscono la base per la progettazione delle misure organizzative mirate al trattamento del rischio rilevato, con l'obiettivo di mitigare o eliminare le potenziali minacce.

In particolare, il documento riporta le misure generali, trasversali all'intera Amministrazione, che si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, nonché le misure specifiche che agiscono in maniera puntuale su alcune tipologie di rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su determinate tematiche. Nell'ambito delle misure specifiche un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle misure in materia di contratti pubblici;

- la disciplina del monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure dirette a verificare l'assolvimento e l'adeguatezza delle singole misure di trattamento del rischio corruttivo, consentendo la valutazione del funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, allo scopo anche di far emergere eventuali ulteriori elementi utili per l'aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione.

Un'apposita sottosezione definisce, inoltre, le misure organizzative per l'implementazione degli obblighi di trasparenza. In particolare, individua i soggetti coinvolti nel processo di pubblicazione di ogni dato, documento e informazione e delinea il sistema di monitoraggio sull'attuazione dei relativi obblighi.

Nell'ottica della massima efficacia, la progettazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza da parte del RPCT è stata condivisa con i responsabili delle strutture coinvolte. Inoltre anche gli stakeholder sono stati chiamati a partecipare alla redazione della presente sotto-sezione mediante un avviso pubblicato sulla homepage del sito web aziendale dal 2 al 29 dicembre 2025. Non sono pervenute osservazioni, proposte o richieste.

Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza elencati di seguito, previsti come contenuto obbligatorio della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, sono stati definiti dall’organo di indirizzo in modo da essere funzionali alle strategie di creazione del valore pubblico:

- incrementare le strategie di prevenzione della corruzione rafforzando ulteriormente il “commitment” da parte della Direzione Generale, in maniera tale da mettere in condizione la funzione RPCT di contribuire in stretto e costante coordinamento con la funzioni Internal Auditing, Controllo di Gestione e Qualità, al fine di creare un sistema integrato e coordinato dei controlli per il miglioramento dei processi ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- 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, da sviluppare nel triennio al quale il presente documento di programmazione si riferisce, anche mediante gli obiettivi riferiti alle misure specifiche e generali di seguito programmate, sono espressione dei valori, dell’etica e della cultura della legalità che l’ASST di Mantova pone alla base della propria azione istituzionale.

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 2026.

Comunicazioni relative alla sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2026-2028

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 viene 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 anticorruzioneetrasparenza@asst-mantova.it, o mediante qualunque altra forma ritenuta idonea.

2.3.2. Analisi del contesto

2.3.2.1 Contesto esterno

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.

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.

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.

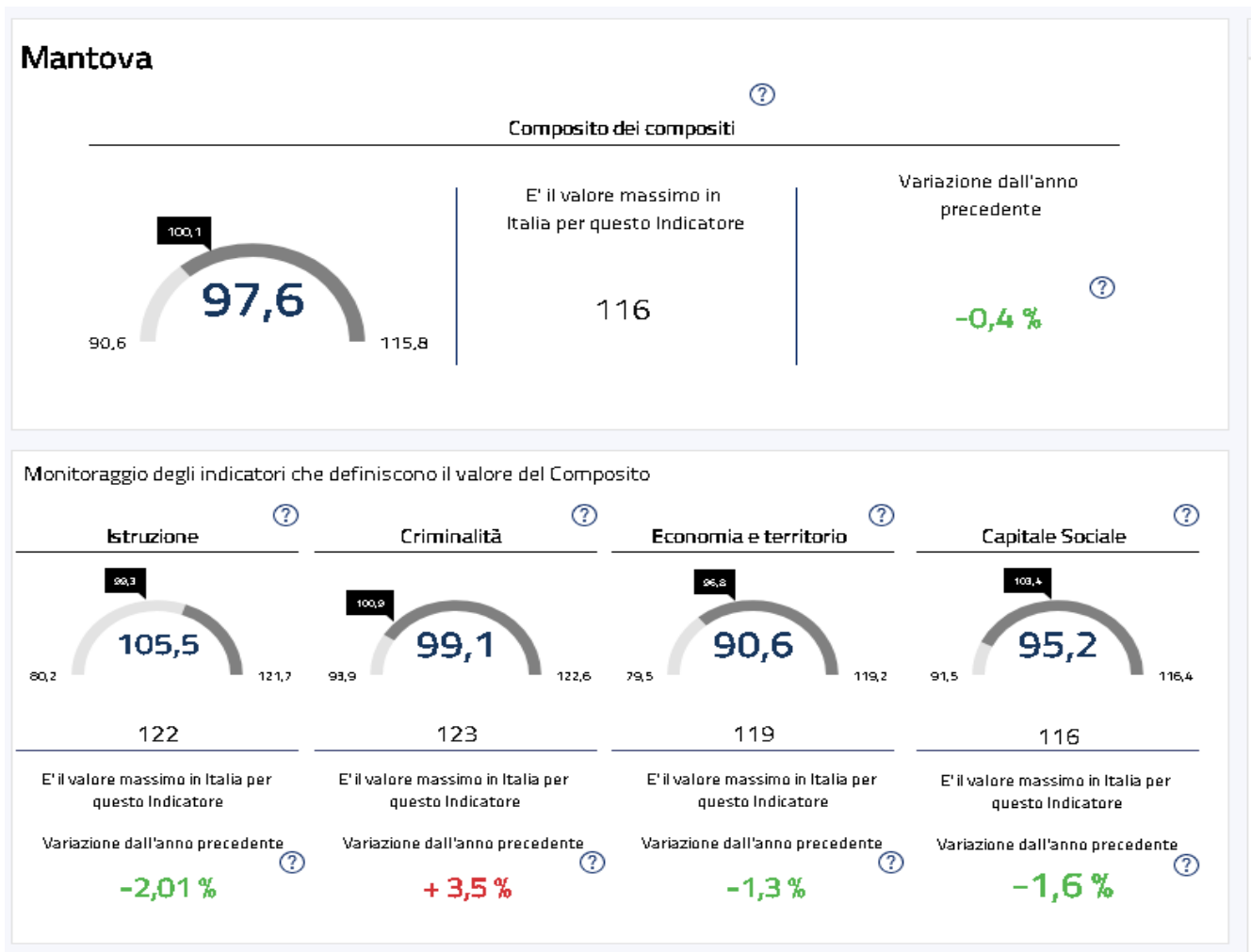
Le criticità del contesto territoriale legate alla criminalità

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.



La relazione relativa al 2023 (presentata a gennaio 2025) dell'Osservatorio permanente sulla legalità, costituito dall'anno 2017 dal Consiglio del Comune di Mantova, offre ulteriori approfondimenti circa

l'andamento dei fenomeni delittuosi che ha registrato un trend negativo (circa il 10% in meno) rispetto al 2019 (considerata come data di riferimento per il periodo ante Covid).

Secondo l'Indice della Criminalità 2025 del Sole 24 Ore, il quadro relativo alla provincia di Mantova mostra una situazione piuttosto equilibrata. Si colloca infatti alla metà della classifica delle città meno sicure in Italia.

La provincia, nel suo complesso, si trova al 62° posto nella classifica nazionale (su 107 province), con 3.050,7 denunce ogni 100mila abitanti, pari a un totale di 12.426 reati denunciati nell'anno di riferimento. A livello regionale, è la quarta più sicura della Lombardia (su dodici province)

Nell'indagine sulla qualità della vita condotta dal Sole 24 Ore nel 2025, la città di Mantova si è posta al 34° posto

Seppure l'ASST di Mantova non sia stata interessata da fatti criminosi, poichè le mafie hanno assunto molteplici sfaccettature, si sono adattate al contesto storico e sociale mutando la forma senza cambiare la loro essenza ("darwinismo criminale" è la definizione utilizzata dal saggista ed esperto di mafie Antonio Nicaso), è necessario mantenere alto il livello di attenzione ed attuare 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.

2.3.2.2 Contesto interno

L'esame delle informazioni e dei dati che caratterizzano l'organizzazione e la gestione dei processi dell'ASST consente di individuare le aree esposte maggiormente al rischio corruttivo e definire i più adeguati presidi di prevenzione dei fenomeni corruttivi.

L'assetto organizzativo dell'ASST è stato illustrato nella Sezione 1 "Scheda anagrafica dell'Amministrazione"; le risorse disponibili sono illustrate nella Sezione 3 "Organizzazione e capitale umano".

2.3.2.2.1 Attori e strumenti per la prevenzione della corruzione

Gli attori della prevenzione della corruzione

La gestione del rischio corruttivo interessa tutti i livelli dell'ASST e prevede la piena ad attiva collaborazione di tutti i soggetti riportati di seguito:

- 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.

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".

La circolare dell'11 agosto 2022 n. 30 emanata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) ha puntualizzato 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".

Con il Decreto DG Welfare n. 7796 del 25/05/2023 Regione Lombardia ha 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, 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.

Gli strumenti per la prevenzione della corruzione

I principali strumenti utilizzati dall’ASST per la gestione del rischio corruttivo sono:

- la sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO nella quale l’ASST 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, e di formazione del personale per lo sviluppo di una cultura consapevole dell’importanza del processo di gestione del rischio in parola;
- la sotto-sezione “Performance” del PIAO nella quale l’ASST programma, tra gli altri obiettivi, l’integrazione con quelli di prevenzione della corruzione;
- 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 aziendale whistleblowing](#) adottato con Decreto n. 1376 del 12/12/2023;
- il [Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso](#)
- la [DGR n. XII/3599 del 16/12/2024](#) con la quale è stato approvato il testo aggiornato del Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli Enti del Sistema Regionale di cui all’All. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006, N. 30;
- le Deliberazioni dell’A.N.AC.

Responsabilità per violazione delle misure previste dalla sotto-sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2026-2028

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 2026-2028, 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 l-bis, l-ter e l-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.

2.3.2.2 La mappatura dei processi

L'analisi del contesto interno comporta anche 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 della mappatura dei principali processi, con l'intenzione di procedere a successive eventuali implementazioni.

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	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

Per i processi relativi all'affidamento dei contratti pubblici si è tenuto conto delle Linee guida A.N.AC. n. 15, approvate con la deliberazione n. 494 del 5 giugno 2019.

2.3.2.2.3 *Gli esiti del monitoraggio delle misure contenute nel PIAO 2025-2027*

Parte fondamentale dell'analisi del contesto interno è costituita da una valutazione in merito al grado di attuazione delle misure contenute nel PIAO 2025-2027, nella prospettiva di assicurare un miglioramento complessivo del sistema di prevenzione della corruzione attivato dall'ASST.

Il RPCT ha raccolto ed esaminato gli esiti del monitoraggio delle misure anticorruzione effettuato dai Dirigenti al 30 giugno 2025. La relazione di sintesi è stata inoltrata alla Direzione aziendale con nota prot. n. 50400 del 01.09.2025.

Successivamente ha raccolto ed esaminato le relazioni dei Dirigenti predisposte per il monitoraggio al 15 novembre 2025. La relazione di sintesi è stata inoltrata alla Direzione aziendale con nota prot. n. 75959 del 30/12/2025.

Nel PIAO 2025-2027 erano programmati per l'anno 2025 controlli di secondo livello, a cura del RPCT con il supporto della SC Affari Generali e Controlli Interni, in relazione a criticità identificate nel PNA – Aggiornamento 2023 e alla Delibera ANAC n. 497 del 29 ottobre 2024. Tutti i controlli sono stati eseguiti e gli esiti sono stati relazionati alla Direzione aziendale con nota prot. n. 706054 del 30/12/2025.

I dati raccolti evidenziano un soddisfacente grado di attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo, generali e specifiche, definite e programmate nel richiamato PIAO.

Il RPCT, tenuto conto anche di tali dati, ha elaborato la Relazione anno 2025 avvalendosi della Scheda allegata al Comunicato del Presidente A.N.AC del 12 dicembre 2025. La Relazione è stata verificata dal Nucleo di valutazione nella seduta del 19 dicembre 2025 e, effettuate le integrazioni condivise, è stata validata nella seduta del 23 gennaio 2026 e pubblicata sul sito web aziendale.

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.

L'ANAC, in data 30 luglio 2025, ha trasmesso la Delibera n. 288/2025 del 23 luglio 2025 con la quale il Consiglio ha definito le criticità rilevate a seguito della suddetta visita ispettiva. L'ASST con nota prot. 50080 del 29/08/2025 ha comunicato all'Autorità la determinazione che, su indicazione e stimolo della Direzione Strategica, sono state assunte per superare le criticità emerse.

2.3.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Per tutti i processi dell'ASST mappati si è provveduto all'identificazione delle potenziali minacce corruttive; ciò ha condotto alla creazione di un "catalogo".

Successivamente si è provveduto a misurare il rischio identificato utilizzando la metodologia introdotta dall'A.N.AC. con il PNA 2019.

L'approccio utilizzato, perciò, è stato quello qualitativo, di più semplice utilizzo rispetto a quello quantitativo, accompagnato dalla motivazione della valutazione.

Sono stati effettuati specifici incontri con i dirigenti per condividere e spiegare la suddetta 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 RPCT ha valutato e verificato la corretta e completa rappresentazione dei processi, i rischi identificati, l'analisi e la ponderazione degli stessi nonché il relativo trattamento; in particolare, secondo il principio della prudenza, ha vagliato le stime dell'autovalutazione fatta dai dirigenti per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima.

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 identificazione, valutazione e trattamento del rischio corruttivo è stata utilizzata la **matrice "Sezione II", allegata al presente Piano.**

2.3.4 Le misure organizzative per il trattamento dei rischi corruttivi

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:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di *standard* di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione;
- misure di formazione;
- misure di sensibilizzazione e partecipazione;
- misure di rotazione;
- misure di segnalazione e protezione (al momento non previste);
- misure di disciplina del conflitto di interessi (al momento non previste);
- 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 e rilevato lo stato di attuazione al 1° gennaio 2026, è stata definita la programmazione attraverso i seguenti elementi:

- tempi di attuazione;
- 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 2026-2028 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 programmatori aziendali.

Rispetto ai contratti pubblici sono state programmate, tra le altre, le seguenti misure specifiche relative ad ambiti che nel corso del 2025 sono stati oggetto di controlli di secondo livello:

Argomento	OBIETTIVO	Azioni / misure	Tempistica	Responsabilità
-----------	-----------	-----------------	------------	----------------

		richieste		
Disciplina del subappalto	Evitare possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolare gli esiti	Relazione attestante l'osservanza dei presupposti normativi nel rilasciato delle autorizzazioni	Entro il 15/11/2026	SC Acquisti Gestione
Gestione del conflitto d'interessi	Evitare condizionamenti alla regolare esecuzione delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice	Relazione attestante l'acquisizione delle dichiarazioni dei DEC di assenza di conflitto d'interessi	Entro il 15/11/2026	SC Acquisti Gestione
Corretta gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e di esecuzione dei lavori	Evitare l'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice	Relazione in ordine al livello di attuazione delle indicazioni fornite dall'ANAC con la Delibera n. 497 del 29 ottobre 2024	Entro il 15/11/2026	SC Acquisti Gestione

Ulteriore misura specifica programmata per l'anno 2026

Argomento	OBIETTIVO	Azioni / misure richieste	Tempistica	Responsabilità
Verifica dei requisiti generali e (quando previsti) speciali dichiarati dall'aggiudicatario	Evitare l'affidamento della commessa pubblica ad un operatore economico privo dei requisiti di qualificazione prescritti dalle legge o richiesti dalla stazione appaltante nel bando di gara	Invio al RPCT dell'elenco dei nuovi affidamenti dal 1° gennaio al 30 giugno 2026	Entro il 15/07/2026	SC Acquisti Gestione

		Acquisizione delle evidenze dell'avvenuta verifica dei requisiti Campione casuale pari al 3% e, comunque, almeno 10 nuovi affidamenti	entro il 31 ottobre 2026	RPCT SC Affari Generali e Controlli Interni
--	--	--	--------------------------	--

Le misure generali messe in atto dall'ASST per il trattamento dei rischi corruttivi sono descritte nel paragrafo successivo (n. 2.3.5)

Tutte le misure di prevenzione, a carattere sia specifico sia generali, che verranno attivate nel corso dell'anno 2026 saranno consolidate negli anni 2027 e 2028, fatto salvo ulteriori futuri aggiornamenti.

“Buone pratiche” messe in atto per ridurre l'esposizione ai rischi corruttivi

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.

L'ASST, con Decreto DG n. 1608 del 30/12/2025, ha adottato un regolamento aziendale a disciplina delle modalità di individuazione dei Responsabili Unici di Progetto e dei Direttori dell'Esecuzione dei contratti e ha allegato al predetto Regolamento specifiche Istruzioni Operative per declinare e definire le modalità di svolgimento delle funzioni e competenze che a ciascuno dei soggetti sopra indicati sono assegnate dal codice nell'ambito della fase di esecuzione dei contratti di appalto. Contestualmente ha dato mandato al Direttore della Struttura Gestione Acquisti di monitorare il rispetto delle Istruzioni Operative da parte delle strutture interessate e dei professionisti incaricati delle funzioni di Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), provvedendo a fornire agli stessi una modulistica adeguata all'esercizio delle medesime funzioni e ad un efficace attività di controllo sulla regolare esecuzione dei contratti.

2.3.5 Le misure generali di prevenzione del rischio corruttivo

DOVERI 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, ed è stato inviato a tutti i dipendenti mediante l'applicativo "Angolo del dipendente" oltre che essere stato pubblicato nel sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Sono obbligati a rispettare i doveri di comportamento previsti dal codice tutti i dipendenti dell'ASST, a tempo indeterminato o determinato, ivi compreso il personale dipendente di altre pubbliche amministrazioni che presta servizio in posizione di comando, distacco o fuori ruolo.

I suddetti obblighi di condotta si estendono altresì, per quanto compatibili, a tutti i soggetti che svolgono attività di collaborazione e consulenza per l'ASST in forza di qualsivoglia tipologia di contratto o incarico a qualsiasi titolo conferito, ai titolari di organi e organismi aziendali, compresi i componenti della Direzione strategica, nonché a tutti i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'ASST.

Il personale dirigenziale vigila sull'applicazione del Codice di comportamento e ne promuove la conoscenza dei contenuti segnalando particolari esigenze nell'ambito della programmazione formativa annuale.

Nel corso del 2025 sono stati avviati a carico dei dipendenti nr. 2 procedimenti disciplinari per inosservanza delle disposizioni contrattuali e di servizio in materia di orario di lavoro.

Nessuno procedimento disciplinare è stato attivato per eventi *lato sensu* corruttivi.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ per l'anno 2026

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Monitoraggio dell'applicazione del Codice di	Effettiva applicazione del Codice di comportamento	Relazione sui procedimenti disciplinari avviati per violazione	al 30.06.2026 e al 15.11.2026	UPD

comportamento		del Codice di Comportamento		
---------------	--	-----------------------------	--	--

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.

Applicata adeguatamente, tale misura favorisce l'incremento dell'efficienza dell'Amministrazione attraverso l'arricchimento professionale e il potenziamento delle competenze trasversali individuali.

L'ASST 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 difatti delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. La procedura per l'attribuzione degli incarichi di direttore di dipartimento, ad ogni modo, contempla la possibilità per la Direzione di attivare una rotazione. Il Direttore Generale, a scadenza degli incarichi, può fare ricorso all'avvicendamento dei direttori con la finalità di favorire la condivisione delle logiche e delle responsabilità a livello dipartimentale

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).

Nel 2025, per quanto riguarda l'area sanitaria, a seguito di pensionamenti, dimissioni e aspettative, sono stati attribuiti n. 11 incarichi di Direttore di Struttura Complessa, n. 2 incarichi di Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale e n. 13 incarichi di Responsabile di Struttura Semplice.

Per quanto attiene all'Area della Dirigenza PTA, sono stati attribuiti n. 3 incarichi di Direttore di Struttura Complessa due dei quali per la sostituzione dei titolari che hanno chiesto ed ottenuto l'aspettativa per incarichi presso altre aziende e uno a seguito di un pensionamento, oltre a nr. 1 incarico di Responsabile di Struttura Semplice.

Il turnover del personale del comparto è stato elevato anche nelle aree a maggior rischio corruttivo. Nel corso dell'anno, fino al 15 dicembre 2025, infatti, sono state assunte nr. 261 unità a fronte di nr. 264 cessati.

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:

2. 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;
3. 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;
4. 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.;
5. 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 per l'anno 2026

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 30.06.2026 e al 15.11.2026	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".

Le principali misure per la gestione del conflitto d'interessi sono costituite dall'acquisizione delle dichiarazioni che il personale dipendente (del ruolo dirigenziale e del comparto) deve rendere al dirigente sovraordinato all'atto dell'assegna all'ufficio (cfr. art. 6 del Codice di comportamento), dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Amministrazione e dall'obbligo di astensione in caso di sussistenza del conflitto (cfr. art. 7 Codice di comportamento).

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 del dipendente.

La dichiarazione andrà sempre resa 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, 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.

Per l'anno 2026 si intendono consolidare gli obiettivi indicati di seguito.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
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	Entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione	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 30.06.2026 e al 15.11.2026	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. 464 del 26 novembre 2025. 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 per l'anno 2026

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Acquisizione annuale	Rispetto del	Pubblicazione sul sito	Entro il 31/01/2026	RPCT

delle dichiarazioni rese da DG, DA, DS e DSS	principio costituzionale di imparzialità della pubblica amministrazione	web aziendale e contestuale invio del link a Regione Lombardia nei tempi previsti		
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 15/11/2026	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	Pubblicazione sul sito web aziendale	Monitoraggio dell'avvenuta acquisizione al 30/06/2026 e al 15/11/2026	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 15/11/2026	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.

Il [Regolamento aziendale](#) dell'ASST di Mantova (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, prevede un'istruttoria volta alla verifica di eventuali incompatibilità ed alla valutazione accurata di tutti i profili di conflitto d'interessi, seppure solo potenziali.

Tutta l'analisi, ad ogni modo, tiene conto dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica e della considerazione che l'attività extraistituzionale è una opportunità di valorizzazione personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente.

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 per l'anno 2026

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 30/06/2026 e al 15/11/2026	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 30/06/2026 e al 15/11/2026	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).

L’A.N.AC, a sua volta, 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 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.

La violazione del divieto comporta le seguenti sanzioni:

- 4.nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti;
- 5.obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti;
- 6.impossibilità per i soggetti che hanno conferito l’incarico di contrattare con l’amministrazione nei tre anni successivi.

Per quanto attiene alle verifiche, l’ASST segue il modello operativo illustrato nel PNA 2022.

La vigilanza, l’accertamento delle fattispecie di *pantouflage* ed ai poteri sanzionatori competono all’A.N.AC, come stabilito dal Consiglio di Stato con la richiamata sentenza n. 7411 del 29/10/2019.

È opportuno segnalare che 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 2026 si confermano le seguenti misure:

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ per l'anno 2026

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 precostituiscano 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 30/06/2026</p> <p>e al 15/11/2026</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

Ai sensi dell'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012 "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara."

Il d.l. 16 luglio 2020, n. 76, convertito con l. 11 settembre 2020 n. 120, ha inserito nel D. Lgs. 159/2011 (c.d. Codice antimafia) l'art 83 bis che, al comma 3, statuisce: "le stazioni appaltanti prevedono negli avvisi, bandi di gara o lettere d'invito che il mancato rispetto dei protocolli di legalità costituisce causa di esclusione dalla gara o di risoluzione del contratto" nei termini previsti dal D.lgs 36/2023.

In definitiva, quest'ultima norma ha tramutato in un obbligo la facoltà prevista dalla legge n. 190/2012.

Regione Lombardia il 17 giugno 2019 con d.g.r. n. 1751 ha adottato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione e degli Enti del Sistema Regionale di cui all'All. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006, N. 30.

In funzione della disciplina sopravvenuta, in particolare in materia di contratti pubblici di cui al Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, e delle indicazioni dell'ANAC in materia di pantouflage, il testo adottato con la richiamata d.g.r. n. 1751/ 2019 è stato sostituito integralmente dal testo approvato con d.g.r. n. XII / 3599 del 16/12/2024.

Il Patto di Integrità stabilisce la reciproca e formale obbligazione delle Stazioni appaltanti e degli operatori economici ad improntare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, e contempla l'impegno, in funzione di prevenzione amministrativa della corruzione, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio indebito.

L'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti di qualunque importo ed è parte integrante dei contratti stipulati dalla Stazione Appaltante.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ per l'anno 2026

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 30/06/2026 e al 15/11/2026	SC Gestione Acquisti

MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

La l. 7 agosto 1990 n. 241 individua termini prestabiliti entro cui concludere il procedimento amministrativo, il regime di responsabilità nelle ipotesi di ritardo e i meccanismi sostitutivi azionabili in caso di inerzia. In particolare, l'art. 2, comma 9-bis, della citata legge prevede che ciascuna PA

individui “un soggetto nell'ambito delle figure apicali (...) o una unità organizzativa cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia”.

L'art. 1, comma 28, della l. n. 190 del 2012 prevede l'obbligo di monitorare periodicamente il rispetto dei tempi procedurali, ciò al fine di adottare, qualora emergano delle criticità, le opportune iniziative per la tempestiva eliminazione delle eventuali anomalie .

In attuazione delle suddette disposizioni normative, ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. n. 33 del 2013, le strutture sono tenute a pubblicare e ad aggiornare in “*Amministrazione Trasparente*”, nella sottosezione “*Attività e procedimenti*”, i dati relativi alle tipologie di procedimenti di propria competenza.

Nell'ASST di Mantova i Responsabili curano il monitoraggio sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e assicurano alla Direzione Strategica ed al RPCT i relativi flussi informativi semestrali di descrizione delle iniziative assunte o che intendono assumere per eliminare le eventuali anomalie che hanno determinato ritardi.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Mantenimento della misura	Rispetto dei tempi procedurali	Relazione al RPCT	Al 30/06/2026 e al 15/11/2026	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 dal 7 novembre al 9 dicembre 2024 e approvato definitivamente con Delibera n. 478 del 26 novembre 2025.

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, pertanto, 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.

Nell'anno 2025 è pervenuta una segnalazione. La RPCT ha effettuato le dovute verifiche che non hanno confermato quanto segnalato. A titolo precauzionale è stata attivata una procedura interna finalizzata ad escludere che si potesse realizzare la condotta segnalata.

Il segnalante ha effettuato una seconda segnalazione, non confermata dalle verifiche eseguite, a seguito della quale sono state rafforzate le misure preventive.

Nel corso del 2026, il RPCT proseguirà l'approfondimento delle Linee guida di recente approvazione (Delibera ANAC n. 478 del 26 novembre 2025), anche al fine di verificare l'adeguatezza della disciplina interna, e metterà in atto le seguenti misure:

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ per l'anno 2026

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILITÀ
Corretta gestione del canale interno	Presidio del canale attivato	Gestione di eventuali segnalazioni	Entro il 31.12.2026	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 2026	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 dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del d.P.R. n.445/2000	Evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di comportamenti penalmente rilevanti o di conflitti d'interessi	Relazione al RPCT in ordine all'applicazione della misura, compresi i controlli	Al 30/06/2026 e al 15/11/2026	SC Gestione Acquisti Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane

FORMAZIONE

La formazione è una misura generale che agisce in funzione dello sviluppo della cultura della legalità. Gli obiettivi, nello specifico, sono:

5. condividere e diffondere i valori etici;
6. ridurre il rischio di compiere inconsapevolmente azioni illecite;
7. 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 2026 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 30/06/2026	RPCT SC Affari Generali e Controlli Interni Formazione
Partecipazione del RPCT a corsi specialistici	Efficaci strategie di prevenzione della corruzione	Partecipazione a percorsi integrati di formazione	Entro il 31/12/2026	RPCT

2.4 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA 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 2026 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.

La sezione "Amministrazione trasparente", presente nella *home page* del sito istituzionale dell'Azienda, nel corso del 2025 ha registrato n. 382.092 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.

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)

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 per assicurare la regolarità e tempestività delle pubblicazioni

L'elenco allegato che individua i responsabili dell'elaborazione, della validazione e 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 contenimento 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.

Con la Delibera n. 481 del 3 dicembre 2025 l'ANAC ha modificato la richiamata Delibera n. 495/2024 sostituendo gli Allegati 1,3 e 4.

L'ASST ha intrapreso gli aggiornamenti richiesti e valuterà se sperimentare gli altri 5 schemi messi a disposizione dall'ANAC con la Delibera n.497 del 3 dicembre 2025.

Informatizzazione

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

Attualmente la pubblicazione dei dati è automatizzata per le seguenti sotto-sezioni di "Amministrazione trasparente":

- Provvedimenti
- Bandi di Concorso
- Bandi di gara e contratti (BDNCP e PVL)
- Consulenti e collaboratori (PERIaPA)
- Incarichi conferiti ed autorizzati ai dipendenti" (PERIaPA)
- Opere Pubbliche" (BDAP)
- Registro degli accessi

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 attestante il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione](#) al 31/05/2025 è pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente".

Nel mese di novembre 2025 è stato effettuato un secondo monitoraggio in quanto per la sotto-sezione "Bandi di gara e contratti - fase di affidamento, pari opportunità e inclusione lavorativa e fase esecutiva, pari opportunità e inclusione lavorativa" i dati risultavano caricati solo in buona parte (range di 67-99%).

A seguito del secondo monitoraggio è stata rilasciata [l'attestazione dell'assolvimento](#) al 100% di tutti gli obblighi di pubblicazione.

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	Tutela dei diritti dei	Attestazione da parte	Al 30.06.2026	Tutte le articolazioni

assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza	cittadini mediante la promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e di forme diffuse di controllo	dei Responsabili di contenuto, validazione e pubblicazione del corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione	e al 15.11.2026	aziendali indicate nell' "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegato al presente Piano
---	---	---	--------------------	--

La validazione dei dati prevista dall'Allegato 3 della Delibera ANAC n. 481/2025, affidata ai dirigenti di ciascuna Struttura, viene attestata nella relazione al RPCT.

“Buone pratiche” messe in atto

La Struttura Gestione Acquisti in data 3/10/2024 ha stilato le Istruzioni Operative in merito agli obblighi di pubblicità e trasparenza nell'ambito dei contratti pubblici e sistematicamente provvede alla condivisione delle stesse con il personale che vi afferisce.

Misure organizzative per garantire l'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.

La sezione di “Amministrazione Trasparente”, sotto-sezione “Altri contenuti- accesso civico” è organizzata in modo da 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 2025 sono state:

- nr. 8 richieste di accesso civico generalizzato di cui 7 accolte e 1 rifiutata
- nr. 98 richieste di accesso documentale di cui nr. 93 accolte e nr. 5 rifiutate

- nr. 0 richieste di accesso civico.

Il processo di pubblicazione del registro nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale è automatizzato. Effettuata la protocollazione, la richiesta è automaticamente visualizzabile nel Registro.

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 line 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 line 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.

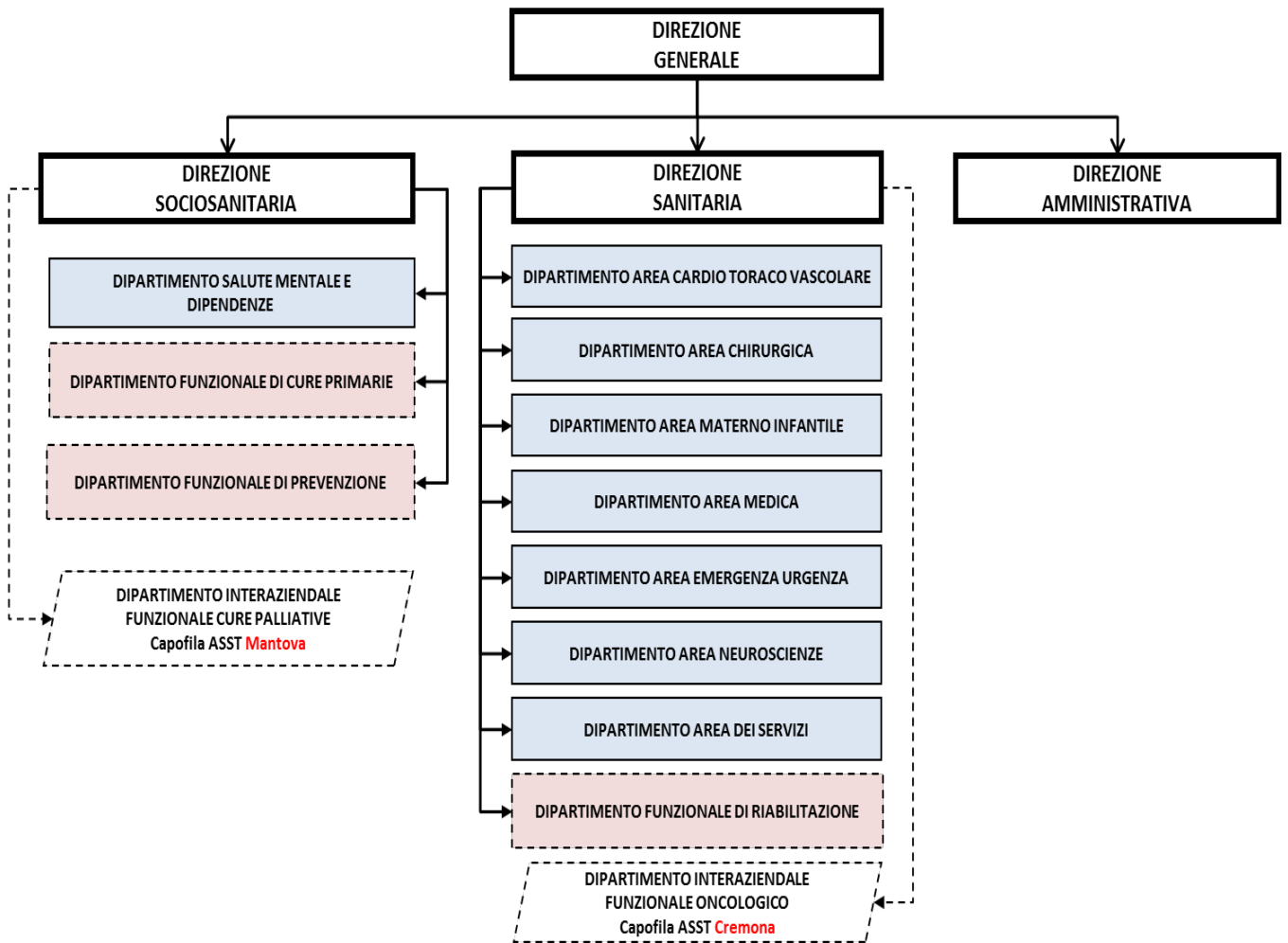
Livello Produttivo

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 2025 e gennaio 2026

Profilo	N.
Medici	117
Sanitari	20
Professioni Sanitarie	1
PTA	3
Totale	141

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: $\left. \begin{array}{l} \text{) l'attività richiede} \\ \text{un'alta specializzazione e/o professionalità} \end{array} \right\}$ 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 2025 e gennaio 2026

Tipologia incarico	N.
Incarichi di funzione - Coordinamento	76
Incarichi di funzione org.va /professionale	87
Incarichi di Posizione – elevata qualificazione	1
Totale	164

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 appartenenza.

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 organizzazione del lavoro, capacità decisionale, controllo e orientamento ai risultati, abilità nel *problem solving*, efficacia dei modelli gestionali adottati, gestione delle risorse umane assegnate, valutazione dei collaboratori, propensione all'innovazione tecnico/scientifica e digitale, attenzione all'organizzazione, orientamento ai bisogni dell'utenza, disponibilità e collaborazione.

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 **con** l'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.

È in corso un processo di revisione del Sistema di valutazione del personale del comparto (in particolare del personale afferente al DAPSS), in coerenza con l'adeguato sviluppo dei necessari applicativi gestionali finalizzati ad una gestione informatizzata dei processi al fine di dare applicazione al CCNL e meglio valorizzare l'esperienza professionale maturata dai dipendenti.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE E SMARTWORKING

Presupposti normativi e prospettive aziendali

Con il superamento dell'utilizzo massivo del lavoro agile durante la emergenza pandemica (DPCM 23.09.2021 e DECRETO 8 ottobre 2021), ed atteso che il fondamento di rango legislativo risiede nella Legge n. 81/2017, la contrattazione collettiva nazionale ha provveduto, in ogni comparto del pubblico impiego, a disciplinare in modo compiuto il ricorso a tale istituto.

In particolare, con riferimento al personale della Sanità la disciplina contrattuale collettiva è stata progressivamente introdotta:

- per il personale del comparto con il CCNL 2/11/2022 (poi integrato dal CCNL 27.10.2025)
- per la dirigenza Area Sanità con il CCNL 23.01.2024

- per la dirigenza Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali con il CCNL Area Funzioni Locali del 16/07/2024

La nuova connotazione del lavoro agile emerge con evidenza dalla lettura degli artt. 76 e ss del CCNL 2/11/2022 del personale del comparto, ed in particolare dai seguenti elementi:

- 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;
- occorre coniugare 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 contestabilità 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.

Riguardo alla prevista 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.

Tali elementi implicano che i responsabili dei vari servizi potenzialmente coinvolgibili siano 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 si è ritenuto opportuno attivare un percorso formativo ad hoc per i responsabili del personale del comparto.

Regolamentazione aziendale

Quale esito del percorso di analisi e confronto sindacale l'Azienda si è dotata di strumenti regolamentari sia per la dirigenza ruoli PTA che per il personale del comparto.

Dirigenza

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.

Personale del comparto

Per il personale del comparto l'Azienda, a latere del confronto sindacale, ha organizzato e perfezionato un corso formativo finalizzato a consentire ai responsabili delle varie strutture potenzialmente interessate al fenomeno di avere cognizione, oltre che della disciplina normativa, anche delle condizioni operative, delle opportunità e dell'impatto organizzativo del lavoro derivante dall'applicazione dello strumento agile tenuto conto delle specificità delle rispettive realtà operative.

Tale percorso ha consentito l'identificazione, d'intesa con i responsabili, di una prima ricognizione delle attività suscettibili di essere effettuate in lavoro agile nelle diverse strutture. L'Azienda ha, quindi, adottato (decreto n. 1485 del 11/12/2025), il "*Regolamento Aziendale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile*" in attuazione delle disposizioni dettate dal Titolo VI, Capo I (artt. 76- 80) CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 e dal Titolo IV, Capo II (art. 28-29) CCNL Comparto Sanità del 27/10/2025.

Il regolamento prende in considerazione i vari aspetti rilevanti per una sistematica disciplina dello strumento: Finalità, Ambito di applicazione, Attività, Modalità di accesso, Accordo individuale, Priorità di accesso, Modalità di svolgimento, Orario di lavoro, Formazione, Strumenti di lavoro, Riservatezza, privacy e security, Programmazione delle attività e monitoraggio, Potere direttivo, di controllo e disciplinare, Recesso, Sicurezza sul lavoro, Garanzie per il lavoratore.

L'avvio dell'applicazione del regolamento è previsto per l'inizio del 2026.

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.335 del 26/03/2025, 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, alla DGR n.XII/1827 del 31/01/2024, alla DGR n.XII/3720 del 30/12/2024 nonché alle indicazioni per la compilazione e la trasmissione del PTFP di cui alla nota n.7845 del 20/02/2025 di Regione Lombardia – DG Welfare, è stato rappresentato il fabbisogno / dotazione organica per gli anni 2025 – 2026 - 2027, 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 2025-2026-2027, ma l'assegnazione del finanziamento per l'anno 2025 coprono in parte le necessità assuntive per il territorio, ma non quelle ospedaliere per l'apertura delle nuove strutture.

Con DGR n.XII/4886 del 01/08/2025 la DG Welfare ha approvato il PTFP 2025-2026-2027 della ASST di Mantova (che rispetto a quanto proposto con decreto n.335/2025 è stato rimodulato al fine di adempiere alle disposizioni dei cui alla nota della DG Welfare prot. n.27100 del 04/07/2025), tutt'ora vigente fino a diversa approvazione regionale.

Si precisa che con la DGR n.XII/4886 del 01/08/2025 è stata approvata la dotazione organica per l'anno 2025 mentre per gli anni 2026 e 2027 le dotazioni organiche hanno valore esclusivamente programmatico.

La revisione del POAS ha comportato, nel corso del triennio, 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 2026 – come da DGR n.XII/4886 del 01/08/2025

DO 2016	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	tempo intensivi, Blocco operatorio e A&EU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	496	42	62	142	116	16	6	10	72	4	1	19	128	624
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	28					1		1	76			4	82	110
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5					1			1				2	7
DIRIGENZA PROFESSIONALE	8												0	8
DIRIGENZA TECNICA	2												0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	13								0		1		1	14
TOTALE DIRIGENZA	582	42	62	142	116	18	6	11	149	4	2	23	213	765
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	1.258	117	274	310	164	49	46	30	252	6	1	45	429	1.687
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0					87							87	87
OSTETRICA	101											33	33	134
PERSONALE TECNICO SANITARIO	211		5	8	4				3				3	214
ASSISTENTI SANITARI	1							17	1				18	19
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	104				7	10	18		102			8	138	242
ASSISTENTI SOCIALI	0					9			22			27	58	58
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	278	38	17	2	3	10	1		18			6	35	313
OTA	8		2						2			1	3	11
OSS	282	24	39	75	49	38	3		151			14	206	488
AUXILIARI	3	1							1				1	4
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	282	3	2	7	7	29		4	17		12	67	129	411
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0												0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	2.530	183	339	402	234	232	68	51	569	6	13	201	1.140	3.670

FTE e costi 2026		OSPEDALE				TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Datam, CDC, COT e ODC		
		TOTALE OSPEDALE	... di cui				Datam, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cancro	Cant. primaria	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO	
			pronto soccorso	terapie intensive, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica												
Categorie	Raggruppamento profili																	
DEPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	44,70	20,80	37,50	122,80	105,80	11,30	4,70	8,20	40,70	1,00	1,00	9,80	85,70	527,4			
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,00												0,00	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA	26,80					1,00		1,00	99,80	0,00	0,00	3,50	65,30	92,1			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5,00					1,00			1,00				2,00	7,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	8,00												0,00	8,0			
	DIRIGENZA TECNICA	2,00												0,00	2,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,00										1,00		1,00	13,0			
	TOTALE DIRIGENZA	495,50	20,80	37,50	122,80	105,80	13,30	4,70	9,20	100,50	1,00	2,00	13,30	154,00	649,5		72.352,289	1.665,750
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incluso PnC)	1.167,10	113,80	267,90	296,80	152,20	33,90	38,00	29,80	214,80	4,00	1,00	32,80	354,30	1.521,4			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (PnC)	0,00								76,10					76,10	76,1		
	OSTETRICA	94,20		1,00									32,40	32,40	126,6			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	197,80		4,00	9,00	2,00				2,50			1,00	3,50	201,3			
	ASSISTENTI SANITARI	1,00							10,80	6,30					17,10	18,1		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	1,00													0,00	1,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	92,80				7,00	4,00	11,30		89,80			5,50	110,60	203,4			
	ASSISTENTI SOCIALI	0,00					3,00			21,10			25,50	49,60	49,6			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	286,90	32,00	16,00	2,00	3,00	6,00	2,00		14,70			4,00	26,70	313,6			
	OTA	5,00		1,00						3,00			1,00	4,00	9,0			
	OSI	288,60	21,50	34,50	76,80	43,80	28,30	1,70	1,00	154,14			8,00	193,14	481,7			
	AUSILIARI	2,80	1,00							1,00				1,00	3,8			
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,00												0,00	0,0			
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	276,40	2,00	3,00	6,20	7,00	15,40		3,30	15,70			10,70	66,40	111,50	387,9		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,00												0,00	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,00												0,00	0,0				
TOTALE COMPARTO	2.415,60	170,30	327,40	390,80	215,00	166,70	53,00	44,90	523,04	4,00	11,70	176,60	979,94	3.395,5		147.488,130	6.957,465	
TOTALE COMPLESSIVO	2.909,10	191,10	364,90	511,60	320,80	180,00	57,70	54,10	633,54	5,00	13,70	189,90	1.133,94	4.043,0		219.841,219	8.623,215	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA												0,00	0,0				
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,00	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA													0,00	0,0			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA													0,00	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0			
	PERSONALE INFERMIERISTICO (incluso PnC)														0,00	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (PnC)														0,00	0,0		
	OSTETRICA														0,00	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO														0,00	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI														0,00	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE														0,00	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE														0,00	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI														0,00	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO														0,00	0,0		
	OTA														0,00	0,0		
	OSI														0,00	0,0		
	AUSILIARI														0,00	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO														0,00	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO														0,00	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE														0,00	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA														0,00	0,0			

FTE e costi 2026	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC		
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO	
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica												
Categoria Raggruppamento profili																	
Comparto Ambulatorio (Conte, Specialisti Amb., medici della sanità e MEET)	DIRIGENZA MEDICA	47,00	4,00	23,00	9,00				4,65	0,27		2,73	7,65	54,7			
	DIRIGENZA VETERINARIA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA	0,27							0,10	0,23		1,27	1,60	1,9			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,00	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,00	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,00	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	47,27	0,00	4,00	23,00	9,00	0,00	0,00	0,00	4,75	0,50	0,00	4,00	9,25	56,5	4.998,606	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (ndao PFC)													0,00	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFC)													0,00	0,0		
	OSTETRICA													0,00	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,00	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI													0,00	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,00	0,0		
	OTA													0,00	0,0		
	OS													0,00	0,0		
	AUXILIARI													0,00	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00	0,0		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,00	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00	0,0			
TOTALE COMPARTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	47,27	0,00	4,00	23,00	9,00	0,00	0,00	0,00	4,75	0,50	0,00	4,00	9,25	56,5	4.998,606	0	
Comparto Sala Trauma Level 1 (Lavoro)	DIRIGENZA MEDICA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA VETERINARIA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,00	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,00	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA												0,00	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,00	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (ndao PFC)	7,76												0,00	7,8		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFC)													0,00	0,0		
	OSTETRICA													0,00	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI													0,00	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00	0,0		
	ASSISTENTI SOCIALI													0,00	0,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	6,86	6,20											0,00	6,9		
	OTA													0,00	0,0		
	OS	0,20												0,00	0,2		
	AUXILIARI													0,00	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	6,74												0,00	6,7		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,00	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00	0,0			

FTE e costi 2026	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cura primaria	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO
		punto soccorso	terapie intensive, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica											
Categoria Raggruppamento profili																
DIRIGENZA MEDICA	40,14	16,00	15,32	5,63	2,21	1,92	0,87	6,17	1,78		0,50	11,24	60,4			
DIRIGENZA VETERINARIA												0,00	0,0			
DIRIGENZA SANITARIA	0,57							22,37	0,05		0,17	22,59	23,2			
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,00	0,0			
DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,00	0,0			
DIRIGENZA TECNICA												0,00	0,0			
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,00	0,0			
TOTALE DIRIGENZA	40,71	16,00	15,32	5,63	2,21	1,92	0,87	28,54	1,83	0,00	0,67	33,83	83,5	8.187,171	160,640	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso FwC)	1,20					0,18		0,60				0,78	2,1			
INFERMIERE DI FAMIGLIA (FwC)												0,00	0,0			
OSTETRICA												0,00	0,0			
PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,35							1,00				1,00	1,4			
ASSISTENTI SANITARI												0,00	0,0			
TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,00	0,0			
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								7,67				7,67	7,7			
ASSISTENTI SOCIALI											0,16	0,16	0,2			
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO							1,00	0,19				1,19	1,2			
OTA												0,00	0,0			
OSS												0,00	0,0			
AUXILIARI												0,00	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,00	0,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,00	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,00	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,00	0,0			
TOTALE COMPARTO	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	1,00	9,66	0,00	0,00	0,16	10,80	12,4	341,000	28,800
TOTALE COMPLESSIVO	51,35	16,00	15,32	5,63	2,21	2,10	0,87	38,00	1,83	0,00	0,83	44,63	96,0	8.528,171	189,440	
CONTOLOCALITÀ																
DIRIGENZA MEDICA	2,50	0,50		0,80				0,20				0,20	2,7			
DIRIGENZA VETERINARIA												0,00	0,0			
DIRIGENZA SANITARIA												0,00	0,0			
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,00	0,0			
DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,00	0,0			
DIRIGENZA TECNICA												0,00	0,0			
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,00	0,0			
TOTALE DIRIGENZA	2,50	0,50	0,00	0,80	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,20	2,7	334,571		
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso FwC)												0,00	0,0			
INFERMIERE DI FAMIGLIA (FwC)												0,00	0,0			
OSTETRICA												0,00	0,0			
PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,00	0,0			
ASSISTENTI SANITARI												0,00	0,0			
TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,00	0,0			
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE												0,00	0,0			
ASSISTENTI SOCIALI												0,00	0,0			
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO												0,00	0,0			
OTA												0,00	0,0			
OSS												0,00	0,0			
AUXILIARI												0,00	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,00	0,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,00	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,00	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,00	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 stato approvato dal Comitato tecnico Scientifico e verrà inviato a breve alle OO.SS, per poi essere caricato in piattaforma ECM-CPD entro il 15 marzo 2026 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. BLSD 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”.