



DECRETO N. 73

DEL 28/01/2026

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED
ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028

Struttura proponente: S.S. CONTROLLO DI GESTIONE

Responsabile del procedimento: MICHELA MANCINI

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. EZIO BELLERI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DOTT. GIANLUCA LEGGIO

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

DR. FRANCESCO REITANO

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

DR. GIORGIO SCIVOLETTO



PREMESSO che l'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", dispone che, per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, entro il 31 gennaio di ogni anno, adottano il "Piano integrato di attività e organizzazione", denominato PIAO;

DATO ATTO che la norma sopra citata rinviava all'adozione, entro il 31 marzo 2022, di uno o più decreti del Presidente della Repubblica, l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO e demandava al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri l'adozione di un Piano tipo, quale supporto alle amministrazioni per la redazione del PIAO, confermando, in fine, l'impianto sanzionatorio previsto per la mancata adozione dei piani assorbiti dallo stesso PIAO;

RICHIAMATI:

- il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani Assorbiti dal Piano Integrato di attività e organizzazione", con il quale sono stati abrogati, tra gli altri, gli adempimenti riferiti ai seguenti piani: Piano dei fabbisogni, Piano della performance, Piano di prevenzione della corruzione, Piano organizzativo del lavoro agile, Piano delle azioni positive, ed è stato disposto che per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, tutti i richiami normativi vigenti sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – del 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", con il quale è stato definito il contenuto del Piano integrato di attività ed organizzazione di cui all'articolo 6, comma 6, del decreto legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, ed è stato disposto che le pubbliche amministrazioni conformassero il Piano integrato di attività ed organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nello stesso decreto;

ATTESO che, con decreto aziendale n. 527 del 01 dicembre 2022, è stato costituito il gruppo interno per il PIAO;

VISTA la proposta di Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), riferito al periodo 2026-2028, predisposta dal gruppo di lavoro aziendale ed allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;



ATTESO che, nell'incontro del 23 gennaio 2026, come da verbale in atti, il PIAO è stato sottoposto, con esito positivo, alla valutazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni aziendale;

RITENUTO di procedere con la formale adozione del PIAO riferito al periodo 2026-2028;

DATO ATTO che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri specifici per quest'ASST;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. di approvare il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) relativo al periodo 2026-2028, come da documento allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di disporre la pubblicazione e la diffusione del PIAO e dei relativi allegati così come disciplinato dall'articolo 6, comma 4, del decreto-legge n. 80/2021, demandando alla SS Controllo di Gestione l'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica – Presidenza del Consiglio dei Ministri – secondo le disposizioni vigenti;
3. di provvedere, altresì, alla pubblicazione del PIAO e dei relativi allegati nel sito web aziendale – sezione “amministrazione trasparente” – sotto sezione “disposizioni generali”, con specifico link alle ulteriori sotto sezioni “piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza” e “performance – piano delle performance”;
4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. EZIO BELLERI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)

PERIODO 2026 - 2028

Indice

Premessa.....	3
Sezione 1 – Scheda anagrafica dell’ASST.....	4
1.1. Mission.....	6
1.2. Situazione demografica e territoriale.....	7
1.3. Dati strutturali.....	9
Sezione 2 – Valore Pubblico, performance e anticorruzione.....	16
2.1. Valore pubblico.....	16
2.2. Performance.....	32
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza.....	52
Sezione 3 – Organizzazione del capitale umano.....	101
3.1. Struttura organizzativa.....	101
3.2. Organizzazione del lavoro agile.....	102
3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	103
3.4. Piano della formazione.....	106
3.5 Obiettivi legati alla parità di genere.....	107
Sezione 4 – Monitoraggio.....	109
Allegato 1 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	
Allegato 2 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	
Allegato 3 Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione disciplinato dall'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge del 6 agosto 2021, n. 113, che ha introdotto, per le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 c. 2 del d.lgs. 165/2021, il Piano di attività e di organizzazione in cui elaborare le sezioni dedicate alla performance aziendale, alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, al piano dei fabbisogni del personale, al lavoro agile ed alle azioni positive.

Il presente documento è redatto in conformità alle disposizioni attuative dell'articolo 6 del decreto-legge n.80/21, sopra citato, e cioè: il decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022, n. 81, adottato per l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione, ed il decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 30 giugno 2022, n. 132, che definisce i contenuti del PIAO.

Il Piano ha, pertanto, l'obiettivo di assorbire, in un'ottica di semplificazione, molti degli atti di pianificazione a cui sono tenute le amministrazioni.

Nel 2025 con decreto n. 77 del 30/01/2025 l'ASST ha approvato Il proprio Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027, di cui il presente documento rappresenta l'aggiornamento e la pianificazione per il 2026-2028.

Quanto formulato nel presente Piano, inoltre, vale nelle more dell'adeguamento ordinamentale regionale previsto dall'art. 7, comma 1, lett. a), n.2) del decreto legge 30 aprile 2022 n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79.

L'aggiornamento rispetta l'obiettivo di migliorare continuamente l'integrazione tra tutti gli strumenti di gestione a disposizione del management aziendale, con il fine ultimo della creazione di valore pubblico per la propria comunità di riferimento.

Il presente documento viene pubblicato, in applicazione dell'articolo 6, c.4, del decreto-legge n. 80 del 2021:

- in apposita sezione del sito internet istituzionale denominata "Amministrazione Trasparente" – disposizioni generali;
- sul "Portale PIAO" (portale dedicato al Piano integrato di attività e amministrazione messo a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica).

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona è stata costituita a decorrere dall'1.1.2016 con Deliberazione di Giunta della Regione Lombardia n. X/4494 del 10.12.2015 "Costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona" a cui ha fatto seguito il Decreto Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia n. 11964 del 31.12.2015 di "Attuazione L.R. 23/2015: Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona – Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO".

Rispetto al territorio della ATS Val Padana, la nostra azienda è baricentrica, fattore che la rende interlocutore privilegiato per alleanze con le altre ASST dei territori confinanti in funzione di precise progettualità.

Al 1° gennaio 2016, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona risultava costituita da 2 presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Oglio Po - Presidio Ospedaliero di Cremona) già parte della ex Azienda Ospedaliera di Cremona e dai servizi sociosanitari provenienti dagli ambiti territoriali della ex ASL di Cremona, identificati nelle seguenti strutture/attività:

- **Serd - erogazione (2 sedi):** si occupa prevalentemente della presa in carico di utenti con problemi di tossicodipendenza, alcool-dipendenza, gioco d'azzardo e tabagismo. Effettua consulenze per le persone inviate dalla CMLP (protocollo CMLP – NOA per persone segnalate per guida in stato di ebbrezza) e programmi riabilitativi per le persone segnalate dalla Prefettura per infrazione art. 75 e 121 di cui al DPR 309/90. Il Sert di Cremona si occupa anche dei detenuti tossico/alcol dipendenti.
- **Consultori (3 sedi):** il modello consultoriale operativo realizzato è quello del Consultorio Familiare Integrato (CFI) con focus centrale sulla famiglia; si rivolge pertanto a persone singole, coppie e nuclei familiari in tutte le fasi esistenziali del ciclo di vita - gravidanza, maternità, età evolutiva, adolescenza, adultità, nonché in condizioni di disabilità ed età anziana, costituendo un'importante risorsa di sostegno. Gli interventi consultoriali afferiscono complessivamente a due macroaree, quella sanitaria e quella psico-socio-educativa, che si integrano nell'elaborazione del progetto d'intervento individualizzato. In ambito sanitario le principali attività erogate riguardano la gravidanza e la preparazione alla nascita, il post-partum, la prevenzione ginecologica ed oncologica (screening), la contraccezione, la menopausa e adempimenti previsti dalla Legge n.194/1978 (IVG). L'ambito psico-socio-educativo abbraccia generalmente il sostegno individuale, familiare e di coppia, nonché aree più specifiche quali la tutela sociale della maternità, (Bandi Famiglia e Misure a sostegno delle famiglie fragili), l'area giovani ed adolescenti con lo Spazio giovani dedicato, lo Sportello Disabili, le adozioni, la Tutela Minori.
- **Attività territoriali:** protesica maggiore e minore, gestione trasporti dializzati, attività del servizio di Medicina Legale (di polizia mortuaria, visite fiscali, commissioni medico legali, rilascio di certificazioni medico legali e abilitazioni), farmaceutica (file F ex tipologia 13), attività distrettuali di cura del paziente (pazienti con patologie rare), valutazione multidimensionale e ADI diretta al netto del costo del personale dipendente. Con Decreto Direzione Generale Welfare n. 3682 del 28.4.2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della LR n. 23/2015 e con successiva nota prot. n. G1.2016.0024665 del 19.7.2016 è stata disposta, a partire dal 1.1.2017, l'attivazione del percorso per l'organizzazione nelle ASST dell'attività vaccinale, in precedenza in capo alle ATS.

Nel corso degli anni successivi sono state acquisite ulteriori nuove strutture/attività:

- con DGR n. X/5234 del 31.5.2016 avente ad oggetto "Determinazioni in merito al trasferimento dalla ex AO di Crema alla ASST di Cremona di attività relative al presidio "Polo Sanitario Nuovo Robbiani" di Soresina ai sensi della LR 23/2015", Regione Lombardia ha stabilito il subentro della ASST di Cremona alla ex AO di Crema nelle attività sanitarie afferenti al presidio stesso (POT, Attività ambulatoriali).
- con deliberazione n. 236 del 7.7.2016 l'Azienda ha approvato il "Progetto sperimentale per l'istituzione e la gestione di un ambito territoriale omogeneo per l'area Oglio Po", condiviso con l'ASST di Mantova,

con l'obiettivo generale di creare un territorio omogeneo in cui insistono gli ambiti territoriali degli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore, potenziando l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po di Casalmaggiore per garantire una migliore integrazione dei servizi offerti dalla rete territoriale ed afferenti agli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore.

La legge di riforma sociosanitaria regionale 14 dicembre 2021, n. 22, avente ad oggetto "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", ha potenziato le funzioni territoriali, l'integrazione tra l'ospedale e il territorio, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria con particolare riferimento alla cronicità, anche mediante l'applicazione delle disposizioni previste dal PNRR (ospedali di comunità, case di comunità e centrali operative).

Nel corso dell'anno 2022, pertanto, conformemente alle indicazioni regionali inerenti all'attuazione della riforma di cui alla legge regionale n. 22/21, l'ASST di Cremona ha adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024, che vede afferire all'ASST:

- Il distretto cremonese
- Il dipartimento funzionale di prevenzione
- Il dipartimento funzionale di cure primarie

nonché l'avvio, secondo le tempistiche concordate con gli uffici regionali, delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle COT di competenza.

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione (DFP) di ASST Cremona, istituito dalla L.R. 22/2021, opera in stretta collaborazione con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS, perseguendo gli obiettivi strategici e operativi definiti nell'ambito della programmazione regionale.

Il DFP continuerà a mantenere il coordinamento con la rete territoriale (Cure Primarie, Distretti, Case di Comunità, Ospedale di Comunità, Consultori, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze) e le strutture ospedaliere, con l'obiettivo di sviluppare attività di prevenzione. Ciò avverrà attraverso interazioni, gruppi di lavoro e iniziative specifiche, come descritto nelle singole sotto aree che seguono.

Il Dipartimento si concentrerà sul consolidamento dei programmi già operativi, sull'avvio di nuovi progetti, adottando un approccio di co-progettazione multidisciplinare con composizioni variabili e momenti di formazione congiunta, strumenti fondamentali per favorire l'empowerment e l'implementazione delle competenze professionali.

Un'attenzione particolare sarà riservata alla riduzione delle disuguaglianze, sia in termini di offerta sia di domanda, seguendo l'approccio One Health, che punta a trasformare le caratteristiche sociali e le sfide in opportunità, nell'ambito di una pianificazione delle politiche regionali e all'interno della cornice della Prevenzione di ATS.

Il Dipartimento inoltre concorre all'aggiornamento periodico del Piano Pandemico Locale nei tempi definiti dalla normativa in vigore.

Alla luce dei dati locali, delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Prevenzione della Lombardia 2021-2025 e nel Profilo di Salute ed Equità della Popolazione Lombarda, la programmazione per il prossimo triennio terrà conto delle caratteristiche demografiche, dei bisogni espressi e percepiti e dell'invecchiamento progressivo della popolazione, con l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche.

In conformità con la DGR 6278/2022 e l'Allegato A della DGR 6026/2022, il Dipartimento Funzionale di Prevenzione articola le proprie attività in quattro sotto aree:

1. Screening;
2. Malattie infettive e infezioni sessualmente trasmesse;
3. Promozione della salute e home-visiting;
4. Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive.

1.1. MISSION

L'ASST di Cremona persegue i fini istituzionali di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività, e concorre, con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio di diritto pubblico, di diritto privato e non profit, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli assistenziali aggiuntivi come definiti dalla Regione Lombardia.

L'ASST garantisce la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

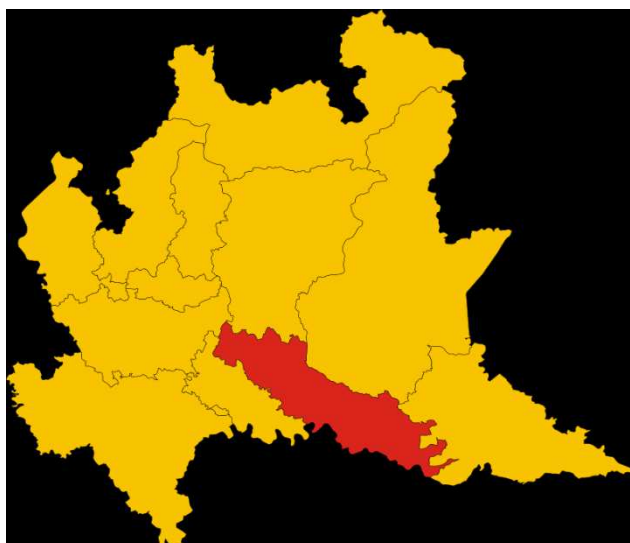
L'operato dell'ASST, finalizzato a contribuire al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio, secondo criteri di appropriatezza e qualità, garantisce la realizzazione della sussidiarietà verticale ed orizzontale, pari accessibilità dei cittadini, libertà di scelta ed equità delle prestazioni, nonché la promozione e la sperimentazione di forme di partecipazione collaborativa con il volontariato.

L'ASST garantisce e valorizza il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore per lo sviluppo e la coesione territoriale e delle comunità, in un rapporto privilegiato con gli enti locali, assicurando il coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

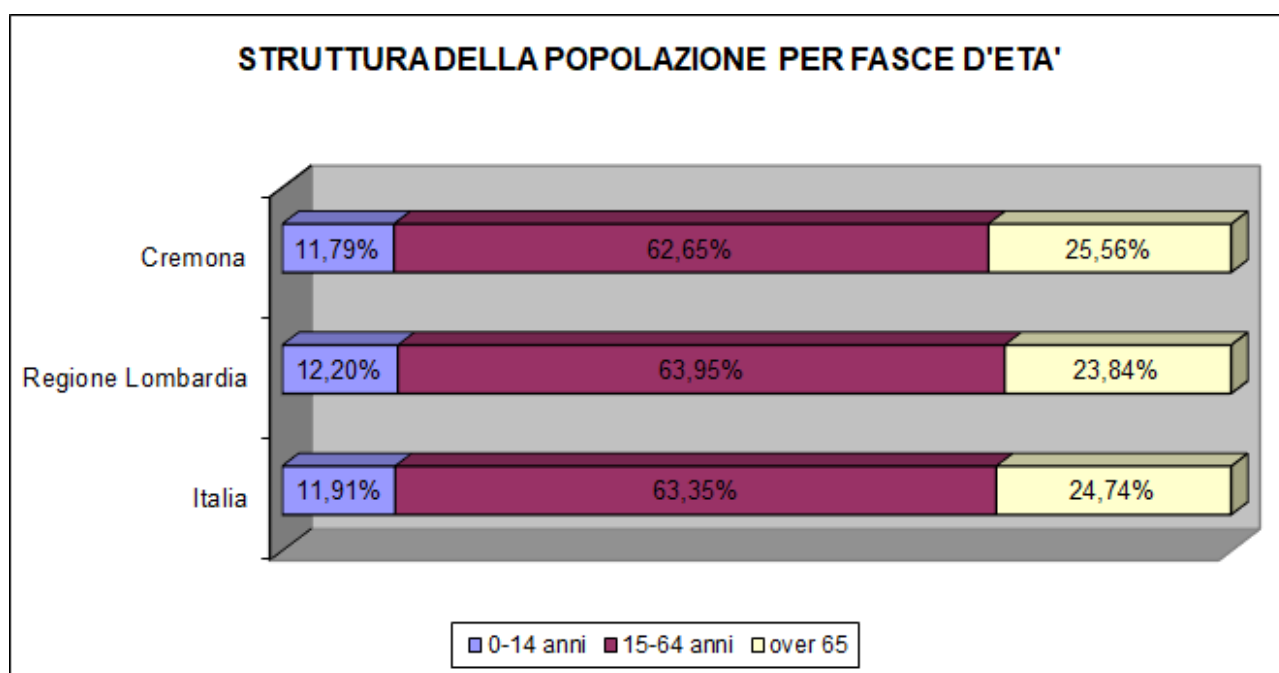
Al fine di perseguire tali scopi, il sistema organizzativo, è ispirato, in particolare, ai seguenti principi:

- rispetto della persona e collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli, inteso come rispetto dei bisogni e dei diritti della persona, sviluppando sistemi di ascolto e di monitoraggio della soddisfazione, e come promozione di un clima organizzativo improntato al benessere di utenti ed operatori;
- integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali, in raccordo con la Conferenza dei Sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati anche dall'Agenzia di Tutela della Salute;
- raccordo con gli enti del terzo e quarto settore del welfare, al fine di valorizzare lo strumento dell'auto-mutuo aiuto e dell'utente/familiare volontario quale leva di cambiamento del percorso di presa in carico;
- qualità, intesa come capacità dell'Azienda di promuovere e sviluppare qualità globale, quindi orientata alla persona e alle prestazioni erogate, alle relazioni interne, alla struttura e alle tecnologie;
- innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza, intesa come promozione di tutte le forme di coordinamento e integrazione con il mondo della ricerca clinico-sanitaria;
- innovazione tecnologica e informativa a tutti i livelli, per sostenere i cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività e qualità;
- crescita professionale di tutti i collaboratori, intesa come capacità dell'Azienda di fornire a tutti gli operatori l'opportunità di approfondire le proprie conoscenze e sviluppare appieno le proprie potenzialità;
- orientamento a tradurre in risultati concreti la programmazione regionale e locale, intesa quale collegamento stabile e costruttivo con la Regione e con l'Agenzia di Tutela della Salute;
- sicurezza dell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti, nel rispetto della normativa vigente;
- trasparenza dell'azione, intesa come l'individuazione per ciascuna decisione dei criteri di riferimento e dei risultati attesi;
- efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa e rispetto dei principi di leale collaborazione, di economicità, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza nel rapportarsi con i diversi livelli istituzionali, anche territoriali, e con i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nell'attività dell'Ente.

1.2. SITUAZIONE DEMOGRAFICA E TERRITORIALE



La provincia di Cremona ha una superficie di Km² 1.770 con una densità di 200 abitanti/km², e comprende 113 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 01.01.2025 pari a 353.923 unità, di cui 177.995 femmine (50,3%) e 175.928 maschi (49,7%).



Fonte: dati Istat

L'analisi della struttura demografica per fascia d'età della popolazione evidenzia il fatto che la provincia di Cremona presenta una percentuale di popolazione anziana (età superiore ai 65 anni) superiore rispetto alla situazione regionale e nazionale.

Le risultanze ottenute dall'analisi della struttura della popolazione per fasce d'età trovano conferma anche nell'andamento dei principali indicatori demografici (tasso di natalità, tasso di mortalità, indice di vecchiaia, indice di dipendenza strutturale degli anziani) le cui dinamiche nel tempo permettono di studiare la variabilità sul territorio dei fenomeni connessi alla popolazione e alla relativa domanda di assistenza.

Anno	Area territoriale	tasso di natalità (per mille abitanti)	tasso di mortalità (per mille abitanti)	indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio
2017	Italia	7,6	10,8	56,1	165,9
	Lombardia	7,9	10	56,8	160
	Cremona	7,3	11,4	58,4	183
2018	Italia	7,3	10,6	56,2	169,5
	Lombardia	7,6	10	56,9	163,1
	Cremona	7	11,5	58,6	187,4
2019	Italia	7	10,6	56,4	174
	Lombardia	7,3	10	56,9	166,6
	Cremona	7	11,2	58,8	190,6
2020	Italia	6,8	12,5	56,7	179,4
	Lombardia	6,9	13,6	57	170,9
	Cremona	6,6	17,7	59,3	194,7
2021	Italia	6,8	11,9	57,3	182,6
	Lombardia	6,9	10,8	56,7	172,3
	Cremona	6,7	11,9	59,2	194,8
2022	Italia	6,7	12,1	57,5	187,6
	Lombardia	6,8	11,3	56,9	177,1
	Cremona	6,3	12,5	59,3	199,3
2023	Italia	6,4	11,4	57,4	193,1
	Lombardia	6,6	10,4	56,6	182
	Cremona	6,3	11,7	59,4	204,4
2024	Italia	6,3	11,1	57,4	193,1
	Lombardia	6,5	10,3	56,6	182
	Cremona	6,3	11,8	59,4	204,4
2025	Italia	n.d.	n.d.	57,8	207,7
	Lombardia	n.d.	n.d.	56,4	195,4
	Cremona	n.d.	n.d.	59,6	216,8

Fonte: dati Istat

Legenda indicatori demografici:

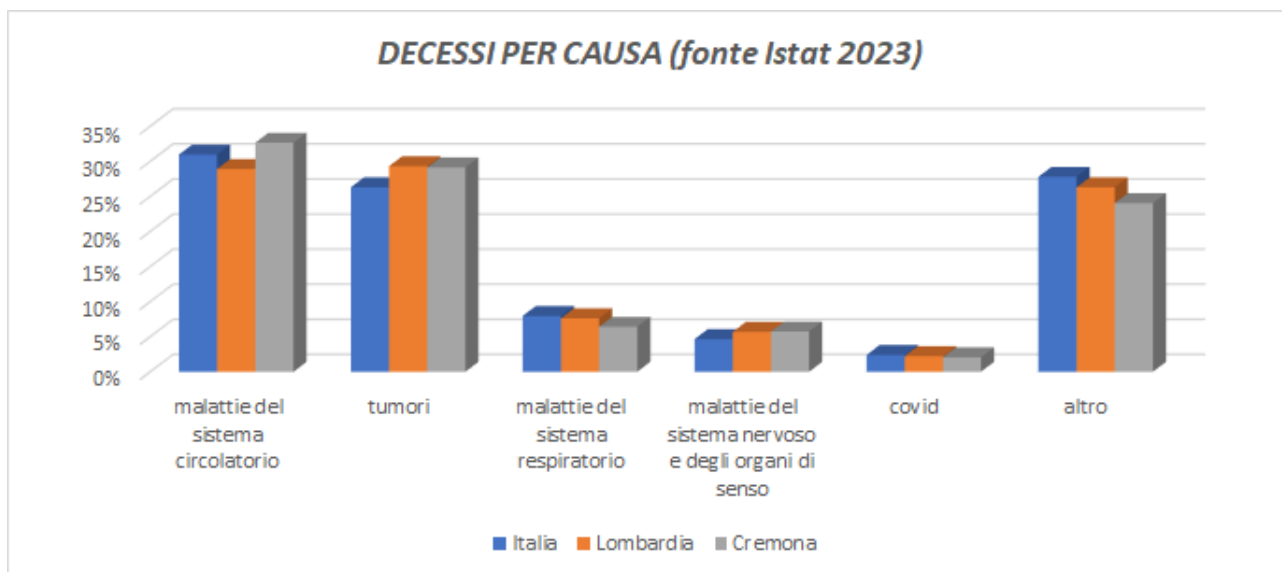
Indicatore	Definizione
Tasso di natalità	Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti
Tasso di mortalità	Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti
Indice di vecchiaia	Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. È il rapporto % tra la popolazione >65 anni e la popolazione <14 anni
Indice di dipendenza strutturale	Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e >65 anni) su quella attiva (15-64 anni)

L'analisi degli indici demografici mostra come la provincia di Cremona sia caratterizzata da un tasso di natalità inferiore e da un tasso di mortalità superiore rispetto a quanto rilevato a livello regionale e nazionale. Questo fenomeno impatta conseguentemente sugli altri due indicatori (indice di dipendenza strutturale e indice di vecchiaia) i cui valori risultano superiori alla media regionale e nazionale.

Da questi indicatori è possibile dedurre come il processo di invecchiamento demografico nell'area di Cremona risulti più accentuato, se posto a confronto con quello di altri territori italiani e, soprattutto, sia in crescita. Ad alimentare questo fenomeno sicuramente incidono l'innalzamento dell'aspettativa di vita e la diminuzione della natalità. Questa situazione ha determinato conseguentemente un trend di crescita di persone adulte/anziane affette da patologie cronico-degenerative.

Analizzando poi le cause dei decessi, nella provincia di Cremona, in linea con quanto rilevato a livello regionale e nazionale, le patologie oncologiche e quelle circolatorie si confermano le prime due, rappresentando il 62% dei deceduti.

Nella lettura degli indicatori demografici l'anno 2020 deve essere considerato anomalo e non confrontabile con gli anni pregressi in quanto risente degli effetti della pandemia covid-19.

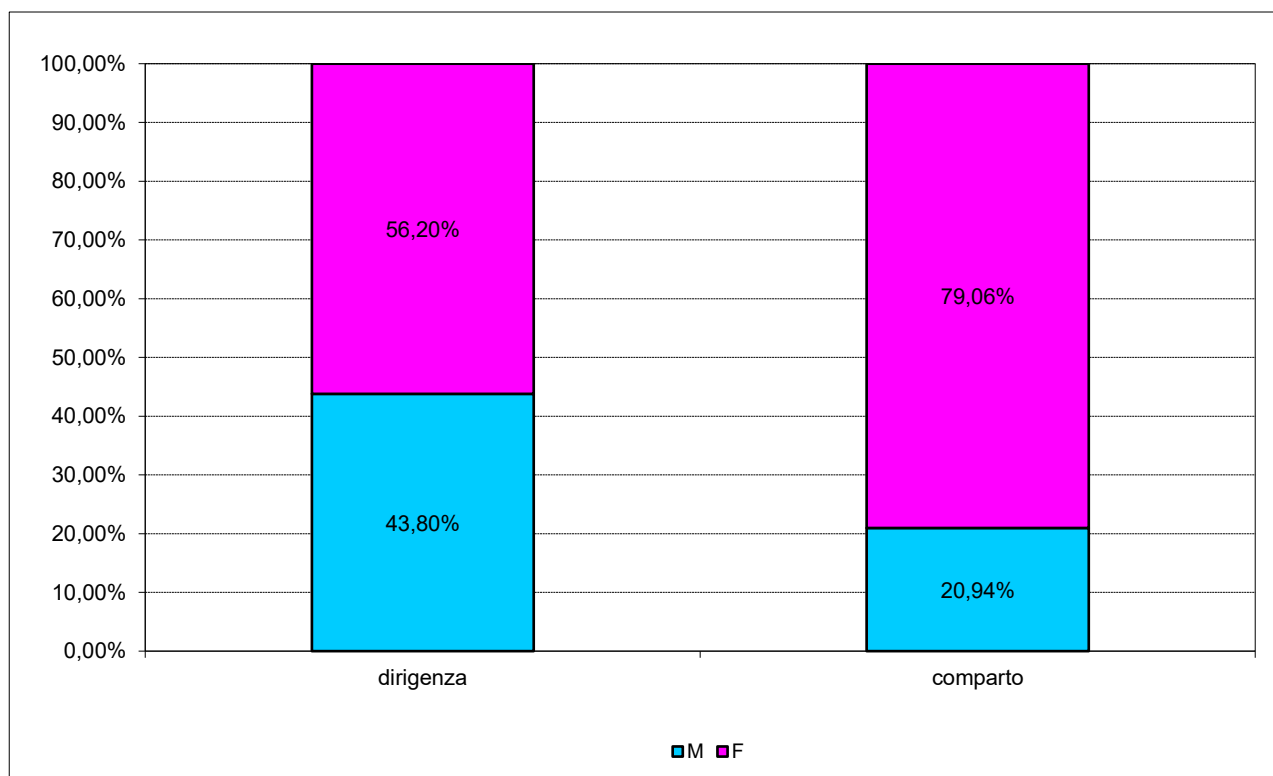


Fonte: dati Istat

1.3. DATI STRUTTURALI

L'azienda si compone di 2.639 unità di personale (numero teste a tempo determinato e indeterminato) tra Dirigenza (18,95%) e Comparto (81,05%). I PL complessivi attivi al 31.12.2025 sono 548 di cui il 82% presso il presidio ospedaliero di Cremona e il 18% presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

Distribuzione personale per genere con distinzione per dirigenza e comparto (numero teste al 31/12/2025 a tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti)



Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Numero teste per ruolo (tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti) con distinzione per Dirigenza e Comparto al 31/12/2025

	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Strutture Territoriali	Totale Azienda
Dirigenza				
Sanitario Medico	311	48	48	407
Sanitario non medico	41	4	31	76
Professionale e Tecnica	8	0	0	8
Amministrativo	8	0	1	9
Totale Dirigenza	368	52	80	500
Età media Dirigenza				46,77
Comparto				
Sanitario	942	190	264	1396
Tecnico - Professionale	127	32	4	163
Sociosanitario	199	61	73	333
Amministrativo	182	25	40	247
Totale Comparto	1450	308	381	2139
Età media Comparto				46,28
Azienda				
Totale Azienda	1818	360	461	2639

Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 2: PL attivi al 31/12/2025

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Totale Azienda
Ordinari	411	100	511
Day hospital (incluso Day surgery)	17	0	17
Sub-acuti	20	0	20
Totale	448	100	548

Fonte: Gestione Operativa – ASST Cremona

Dati di attività – polo ospedaliero e rete territoriale

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2025 ha registrato 22.603 ricoveri (di cui 82,59% ricoveri ordinari e 54% ricoveri di tipo chirurgico), 4.687.441 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e 53.582 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

L'azienda registra un progressivo incremento del numero dei ricoveri e del numero di prestazioni ambulatoriali BIC erogate rispetto all'anno 2022 grazie all'attuazione del piano di ripresa, come da indicazioni della Direzione Generale Welfare, finalizzato al recupero delle prestazioni rimaste inevase nel periodo caratterizzato dalla pandemia covid.

Per quanto concerne l'attività ambulatoriale il calo complessivo del numero di prestazioni non è dovuto ad un calo di attività, ma è da imputare in parte all'introduzione del nuovo tariffario ambulatoriale che ha determinato l'accorpamento di numerose prestazioni comportando conseguentemente la contrazione del numero delle stesse (ad esempio fino al 2024 veniva rendicontata separatamente la prima visita oculistica e l'esame del fundus, mentre dal 2025 la prima visita oculistica include anche l'esame del fundus) ed in parte

ad recupero di appropriatezza prescrittiva, soprattutto in ambito di pronto soccorso. Sempre in ambito ambulatoriale si rileva un calo delle MAC, tale situazione non deve essere letta come calo di attività in quanto è dovuta ad una differente modalità di rendicontazione delle prestazioni di carattere oncologico che non vengono più classificate come MAC ma rientrano nella categoria generica delle prestazioni ambulatoriali.

Per quanto concerne l'area psichiatrica nel 2023 si era evidenziato un pesante decremento dell'attività determinato dalle seguenti dinamiche:

- dal 20/02/2023 la Comunità SPR1-CRA di Via Belgiardino a Cremona è stata chiusa per consentire l'esecuzione di lavori di ristrutturazione con perdita temporanea di nr. 15 posti letto, solo in parte compensati dall'ampliamento dei posti in CPA, come da istanza inoltrata ad ATS, relativa all'incremento di nr 4 posti letto;
- il Centro Diurno afferente alla UOS di Psichiatria di Casalmaggiore è stato chiuso dal periodo pandemico, con perdita di nr.8 posti letto semiresidenziali;
- la pesante carenza di personale della Dirigenza Medica (psichiatri) e fino alla primavera del 2024 anche di personale del comparto dell'area assistenziale e riabilitativa.

Nel corso del 2024 il completo processo di arruolamento del personale del comparto collocato nei servizi territoriali e l'aumento dei pazienti sulle presenze semiresidenziali (a fronte della riduzione dei posti letto di SRP1-CRA per ristrutturazione) hanno consentito la realizzazione di un numero maggiore di interventi erogati sul territorio. È stato inoltre attivato il terzo appartamento adibito a Programmi di Residenzialità Integrata (ex Residenzialità Leggera).

Nel 2024 regione Lombardia ha modificato le regole di valorizzazione delle prestazioni erogate al domicilio del paziente consentendo la remunerazione dei singoli interventi erogati e non più dell'unico intervento domiciliare. Si è pertanto assistito ad un incremento delle singole prestazioni e della valorizzazione.

Allo stesso modo è stata modificata la modalità di remunerazione degli interventi erogati all'interno dei Programmi Residenziali Integrati con un leggero incremento del valorizzato.

Nell'ultima settimana di dicembre 2024 è stata riaperta la Struttura Residenziale Psichiatrica-CRA di Cremona. La prima azione intrapresa è stata il ripristino della collocazione dei 4 posti letto temporaneamente integrati nella SRP2-CPA e l'accoglimento di ulteriori 2 pazienti dal SPDC.

Nel corso del 2025 si è proceduto al progressivo ripristino dell'intera attività nella struttura fino ad arrivare all'occupazione dei 15 posti letto previsti. Viene garantita una proficua collaborazione con la SRP1-CRA di Casalmaggiore per offrire la risposta appropriata al bisogno degli utenti sempre più complessi e per ottimizzare la performance dei due gruppi professionali. A seguito di istanza di accreditamento dei nuovi spazi individuati per il Centro Diurno di Casalmaggiore, sempre nel corso del 2025 è stata riattivata la frequenza semiresidenziale per gli 8 posti previsti. Tali interventi hanno determinato una ripresa progressiva dell'attività.

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2025 un numero totale di accessi pari a 87.083, in incremento rispetto al 2024. Il tasso di ricovero da PS a livello aziendale è pari al 13,44% e risulta stabile nell'ultimo triennio, a testimonianza dell'avvio del processo di efficientamento del pronto soccorso, in termini di maggior assistenza in fase di osservazione breve.

Si segnala che i dati di produzione relativi all'anno 2025 sono da considerarsi provvisori, in quanto, la chiusura definitiva dei flussi avverrà il prossimo 15/02/2026.

Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)			Presidio Ospedaliero di Oglio Po			Totale Azienda		
	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Ricoveri Ordinari (a)	14.768	15.023	15.306	3.126	3.383	3.362	17.894	18.406	18.668
GG degenza totali	127.276	125.264	123.733	27.797	30.738	28.445	155.073	156.002	152.178
degenza media	8,62	8,34	8,12	8,89	9,09	8,45	17,51	17,43	16,57
Peso medio DRG	1,242	1,259	1,239	1,205	1,23	1,218	2,447	2,489	2,457
Ricoveri Day hospital (b)	3.071	3.149	3.075	678	675	728	3.749	3.824	3.803
N.Accessi Totali	3.488	3.555	3.633	786	765	811	4.274	4.320	4.444
Peso medio DRG	0,778	0,782	0,806	0,779	0,778	0,794	1,557	1,56	1,6
Ricoveri Sub-acuti (c)	106	135	132				106	135	132
GG degenza totali	5.573	6.110	6.482				5573	6.110	6.482
degenza media	52,58	45,26	49,95				52,58	45,26	49,95
Totale Ricoveri (a+b+c)	17.945	18.307	18.513	3.804	4.058	4.090	21.749	22.365	22.603
- di cui %DRG Chirurgici							44%	45%	54%
- di cui % DRG Medici							56%	55%	46%
Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne	3.387.989	3.557.457	3.578.810	1.121.527	1.191.830	1.108.032	4.509.516	4.749.287	4.686.842
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC,BIC, NPI)	2.567.668	2.675.140	2.703.290	787.057	819.546	790.719	3.354.725	3.494.686	3.494.009
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	798.842	866.377	859.255	330.054	367.678	312.914	1.128.896	1.234.055	1.172.169
- di cui Numero MAC	18.794	13.191	13.490	2.801	2.828	2.391	21.595	16.019	15.881
- di cui Numero BIC	2.685	2.749	2.775	1.615	1.778	2.008	4.300	4.527	4.783
Numero prestazioni NPI	27.378	32.078	35.387	5.245	6.462	5.636	32.623	38.540	41.023
Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)	22.701	32.381	41.546	9.576	11.178	12.036	32.277	43.559	53.582

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

N.B. I dati 2025 sono dati provvisori in quanto la chiusura definitiva dei flussi avverrà il prossimo 15 febbraio. Si segnala inoltre che il dato relativo alle prestazioni psichiatriche è stato ottenuto dalla stima del dato relativo ai primi 10 mesi (ultimo dato disponibile da Regione)

Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2023 cfr. 2025*)

	Presidio Ospedaliero di Cremona				Presidio Ospedaliero di Oglio Po				Totale azienda			
	2023	2024	2025	Diff.2025-2024	2023	2024	2025	Diff.2025-2024	2023	2024	2025	Diff.2025-2024
Totale accessi	56.367	58.940	60.507	1.567	24.008	25.862	26.576	714	80.375	84.802	87.083	2.281
non urgenza (ex codici bianchi)	4.129	4.145	6.497	2.352	1.451	1.895	2.465	570	5.580	6.040	8.962	2.922
% non urgenza	7%	7%	11%		6%	7%	9%		6,9%	7,1%	10,3%	
urgenza	52.238	54.795	54.010	-785	22.557	23.967	24.111	144	74.795	78.762	78.121	-641
% urgenza	93%	93%	89%		93%	93%	89%		94%	93%	91%	
Ricoverati da PS	8.456	8.686	9.239	553	2.455	2.596	2.462	-134	10.911	11.282	11.701	419
% Ricoverati da PS	15,00%	14,74%	15,27%		10,23%	10,04%	9,26%		13,58%	13,30%	13,44%	
Dimessi a domicilio	47.710	50.002	50.986	984	21.524	23.216	24.023	807	69.234	73.218	75.009	1.791
% Dimessi a domicilio	84,64%	84,84%	84,26%		89,65%	89,77%	90,39%		86,14%	86,34%	86,14%	
Trasferiti	97	152	193	41	14	29	71	42	111	181	264	83
% Trasferiti	0,17%	0,26%	0,32%		0,06%	0,11%	0,27%		0,14%	0,21%	0,30%	
Deceduti	104	100	89	-11	15	21	20	-1	119	121	109	-12
% Deceduti	0,18%	0,17%	0,15%		0,06%	0,08%	0,08%		0,15%	0,14%	0,13%	

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

N.B. si segnala che da maggio 2023 la classificazione dei codici di accesso in ps è stata modificata, pertanto, al fine di rendere confrontabili i dati con gli anni precedenti si è proceduto ad una suddivisione tra urgenza e non urgenza

Screening di 1° e 2° livello (anno 2023 cfr. 2025)

Tipologia screening	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. test eseguiti per tumore cervice uterina	7.430	7.677	7.956
n. test eseguiti per tumore colon retto	1.184	1.270	1.429
n. test eseguiti per tumore mammella	10.974	11.499	13.439
n. test eseguiti per virus epatite C (pz ingaggiati sia da ricovero che punto prelievi)	5.264	2.677	374

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Dati attività Cure Palliative (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	387	452	407
Nr pazienti domiciliari	282	280	244
Nr valutazioni multidisciplinari domiciliari non seguite da presa in carico	32	45	45
Valorizzazione ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	€ 1.244.742	€ 1.138.955	€ 1.247.713
Valorizzazione attività domiciliare	€ 951.946	€ 890.737	€ 762.849

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Dati Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	8.615	7.900	8.494
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	21.928	21.586	24.588
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 77.924	€ 76.795	€ 76.504
Numero gravidanze seguite presso i consultori	518	526	604

Fonte: Distretto Cremonese – ASST Cremona

Dati attività Area delle Dipendenze/Serd (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni tossicodipendenza	70.903	77.957	74.635
n. prestazioni alcolismo	6.925	7.465	8.994
n. prestazioni gioco d'azzardo	956	1.032	980
n. prestazioni tabagismo	2.683	2.094	2.074
n. prestazioni HIV/MTS	589	1.318	2.143
n. prestazioni - altro	608	1.100	362

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Dati attività Area - Medicina Legale (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. pratiche Commissione Invalidi	8.127	7.965	8.438
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	5.631	7.024	7.476
n. visite necroscopiche e fiscali territoriali	601	438	355
n. visite necroscopiche ospedaliere	1.414	1.323	1.113
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92...)	584	803	820

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

Dati attività area valutazione multidimensionale (VMD) e Cure Domiciliari base ed integrate

	11 mesi 2025
N. TOT VALUTAZIONI C-DOM (Pratiche)	4.118
- DI CUI N. TOT. VALUTAZIONI C-DOM con scelta di erogatore esterno*	3.444
- DI CUI N. TOT. VALUTAZIONI C-DOM con scelta di erogatore ASST CR	674
N. TOT. ASSISTITI (C.F.) C-DOM ASST CR	374

Fonte: Servizi per la Domiciliarità – ASST Cremona

* non vengono rilevati i dati di confronto degli anni precedenti in quanto trattasi di attività partita a pieno regime a fine 2024

Dati attività Area–altri servizi territoriali (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare	1.782	1.977	2.327
n. prestazioni protesica maggiore	4.182	4.229	4.728
n. prestazioni protesica minore	11.073	11.389	11.210

Fonte: Distretto Cremonese – ASST Cremona

Dati attività Vaccinazioni (2023 cfr. 2025)

Tipologia vaccino	Nr somministrazioni ANNO 2023				Nr somministrazioni ANNO 2024				Nr somministrazioni ANNO 2025			
	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	altri punti vaccinali di ASST Cremona*	totale	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	altri punti vaccinali di ASST Cremona*	totale	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	altri punti vaccinali di ASST Cremona*	totale
Nr somministrazioni ANTI-COVID	6.616	2.737	188	2.925	2.113	84	2.197					
Nr somministrazioni ANTI-INFLUENZALI	6.385	5.179	790	5.969	5.073	656	5.729					
Nr somministrazioni Ab anti VRS	-	405	172	577	132	421	553					
Nr tutti gli altri vaccini NON influ, NON covid, NON VRS	39.091	45.257	160	45.417	51.561	131	51.692					
TOTALE	52.092	53.578	1.310	54.888	58.879	1.292	60.171					

* Carcere, domiciliari, Med. Lavoro, Emodialisi, Patologia Neonatale (dato non disponibile per l'anno 2023)

Fonte: UO Vaccinazioni – ASST Cremona

Dati attività Ospedale di Comunità anno 2025

Mese	Nr pazienti transitati	Nr posti letto	Degenza Media	Tasso di occupazione posti letto
Gennaio	58	20	9,80	92%
Febbraio	52	20	9,57	89%
Marzo	54	20	9,70	85%
Aprile	49	20	9,95	81%
Maggio	55	20	8,92	79%
Giugno	55	20	8,87	81%
Luglio	50	20	10,98	89%
Agosto	52	20	10,48	88%
Settembre	47	20	9,25	72%
Ottobre	53	20	9,15	78%
Novembre	50	20	11,85	99%
Dicembre	44	20	11,55	82%

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il Regolamento del Dipartimento della Funzione Pubblica, di cui al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 30 giugno 2022, n.132, per “valore pubblico” intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e/o sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un’amministrazione pubblica rispetto ad un livello di partenza.

Un ente crea valore pubblico nel momento in cui le sue azioni impattano in modo migliorativo sulle diverse forme di benessere rispetto al punto di partenza.

Un ente crea valore pubblico quando, coinvolgendo e motivando il personale, cura il buon utilizzo delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento del benessere.

In tale prospettiva il valore pubblico, che per l’ASST di Cremona trova diretta attuazione nelle performance aziendale, viene definito programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come: la semplificazione, la piena accessibilità, le pari opportunità, la digitalizzazione, funzionali alle strategie di generazione di valore pubblico.

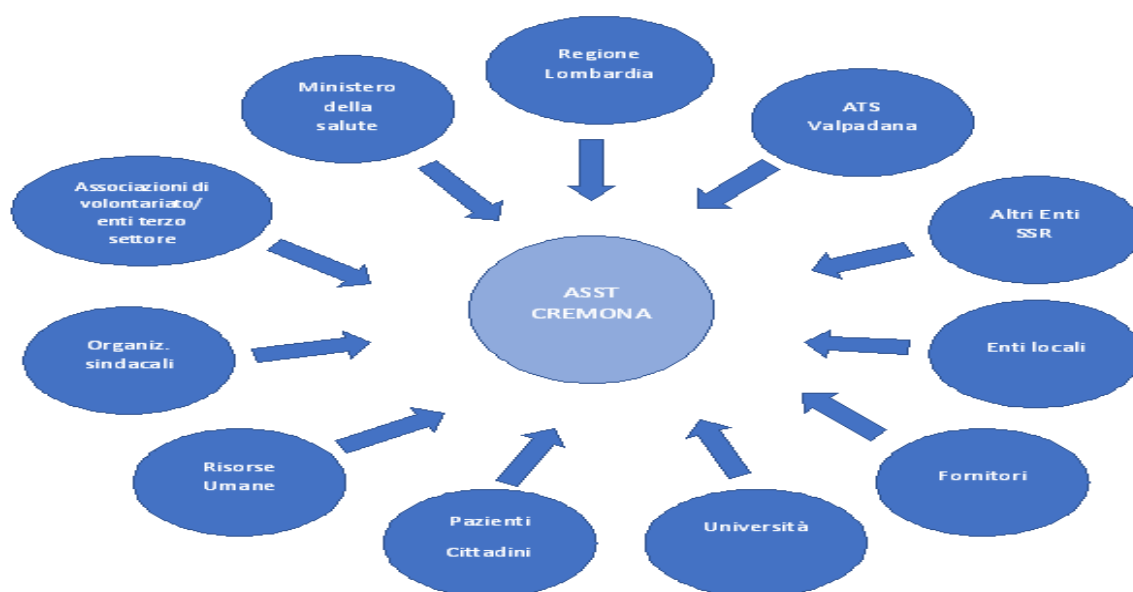
Il valore pubblico viene garantito, altresì, programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale.

Analisi degli stakeholders

L’analisi e l’individuazione degli stakeholders ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un’attesa legittima, di varia natura, rispetto alle attività svolte da parte della ASST.

Si riporta di seguito la rappresentazione grafica delle varie categorie di stakeholders che hanno relazioni con l’ASST.



STAKEHOLDER	RUOLO
Ministero della Salute	Determina i livelli essenziali di assistenza, definisce l'ammontare complessivo delle risorse destinate e vincolare al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale e gli obiettivi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute, garantendo ai cittadini equità di accesso al sistema, coordinandosi con tutti i livelli di erogazione dei servizi sociosanitari.
Regione Lombardia	Esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo. L'ASST organizza le proprie attività anche in funzione degli obiettivi fissati da Regione Lombardia, per garantire l'erogazione di determinati livelli qualitativi di prestazioni.
ATS Valpadana	Svolge attività di programmazione ed indirizzo dell'attività sanitaria e sociosanitaria, collabora all'attività di presa in carico dei cittadini ed al soddisfacimento dei loro bisogni.
Altri Enti pubblici/privati del SSR	Instaurazione di rapporti con altri enti (collaborazioni/convenzioni) finalizzate a creare percorsi di cura integrati ed una migliore continuità assistenziale.
Enti locali	L'azienda intensifica i canali di comunicazione e partecipazione con le istituzioni locali in un'ottica di condivisione delle responsabilità nella scelta degli indirizzi e nell'analisi dei risultati, in una logica di trasparenza e nella ricerca di maggiore equità ed accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari.
Fornitori	Forniscono beni e servizi indispensabili per lo svolgimento dell'attività sanitaria. L'attività contrattuale avviene nel rispetto dei principi determinati dal D.lgs. n. 50 del 2016 "Codice degli appalti" ed è conforme ai principi di economicità, tempestività, correttezza, libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e rispetto dei vincoli di bilancio.
Università	L'ASST promuove la collaborazione con il sistema universitario essendo non solo sede di corsi universitari, ma favorendo l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione attiva degli studenti, mettendo a disposizione il proprio know how, per la realizzazione delle esigenze formative.
Pazienti/cittadini	I pazienti/cittadini sono identificati come il focus del processo di erogazione dei servizi sanitari e, pertanto, l'azienda si impegna a garantire il diritto ad ogni cittadino di accedere ai servizi erogati, senza nessuna discriminazione e assicurando piena informazione sui servizi erogati e le relative modalità di accesso. Viene garantita all'utente la possibilità di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute ed a quelle che consentono di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la sua salute, nel rispetto della sua riservatezza. I mezzi e le modalità organizzative per garantire la concreta realizzazione dei rapporti con gli utenti sono: 1. la Carta dei Servizi Sanitari 2. Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) 3. Ufficio di Pubblica Tutela 4. le relazioni con le organizzazioni di volontariato 5. mediatori di conflitti
Risorse Umane	Sono la tipologia di stakeholder che condiziona la qualità delle prestazioni erogate ed influisce sulla soddisfazione del paziente/utente, contribuendo alla generazione di valore pubblico.
Organizzazioni sindacali	Sono stakeholder portatori di interessi aggregati e orientati alla creazione di valore pubblico mediante tutte le attività correlate alla corretta gestione

	dell'informazione, alla consultazione, alla concertazione e alla contrattazione integrativa aziendale.
Associazioni di Volontariato e terzo settore	Risorse orientate al miglioramento dell'organizzazione dei servizi e dell'esperienza di fruizione degli stessi da parte degli assistiti. I momenti di ascolto con questi "istituti" sono finalizzati a raccogliere proposte progettuali di collaborazione su progetti specifici, in particolare sulla tematica relativa all'integrazione ospedale-territorio.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi

Con DGR n. XII/1625 del 21/12/2023 sono stati assegnati al direttore generale dell'ASST di Cremona, per la durata del mandato, i seguenti obiettivi, che saranno declinati annualmente in maniera specifica, da realizzare con riferimento alle risorse che verranno annualmente stabilite con i provvedimenti che definiscono le regole di gestione del servizio socio sanitario:

- attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;
- attuazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle attività e dei progetti del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo;
- messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessorato al Welfare;
- piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni;
- attuazione delle indicazioni regionali in ordine all'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e al riordino delle reti clinico organizzative;
- collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026.

Alla luce degli obiettivi di mandato assegnati, di seguito si riporta una tabella riepilogativa e una breve descrizione delle aree di intervento individuate dalla ASST e finalizzate al miglioramento del valore pubblico. Le aree di intervento trovano la loro attuazione mediante il ciclo della performance e nel processo di budget.

DIMENSIONE	AREE DI INTERVENTO
Sostenibilità ed equità	• sostenibilità ambientale/energetica • parità di genere
Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta	• il Nuovo Ospedale • realizzazione ospedali di Comunità e Case di Comunità
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	• efficacia clinica • risk management • rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	• accessibilità e trasparenza delle liste d'attesa e governo dei tempi d'attesa • nuovo cup regionale • efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso • ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente • telemedicina
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla	• Infermiere di Famiglia e Comunità

integrazione tra ospedale e territorio	• dimissioni protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie • sviluppo Cure Domiciliari • piano di sviluppo del Polo Territoriale
--	--

❖ **Sostenibilità ambientale/energetica** – Nell’ambito del contratto gestione calore, tra il 2020 ed il 2022, si è proceduto alla riqualificazione delle centrali termiche delle strutture aziendali principali, ovvero i presidi ospedalieri di Cremona e Oglio Po di Casalmaggiore (CR), consistente in un revamping generale degli impianti con garanzia di diversificazione delle fonti energetiche di alimentazione (metano, teleriscaldamento). In entrambi i siti è stato installato un impianto di trigenerazione per la generazione termica / frigorifera e la produzione di energia elettrica. Il sistema consente alti livelli di rendimento e un consistente risparmio energetico. Inoltre, in tutti gli interventi di manutenzione straordinaria/ristrutturazione in programmazione o in corso di realizzazione, viene garantita l’applicazione delle prescrizioni normative vigenti in tema di risparmio energetico e sostenibilità ambientale.

Anche negli interventi finalizzati rientranti negli investimenti PNRR in fase di realizzazione viene massimizzata l’attenzione al risparmio energetico e sostenibilità ambientale.

In particolare, gli interventi finalizzati all’attivazione delle Case di Comunità di Cremona e di Soresina concorrono al raggiungimento del tag PNRR finalizzato al miglioramento delle prestazioni energetiche degli edifici.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero Oglio Po nell’ambito di finanziamento ex Atto Integrativo dell’accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari Art. 20 L 67/1988, è stata completata la progettazione di fattibilità tecnico economica rafforzata finalizzata alla ristrutturazione dell’involucro esterno con riqualificazione energetica del Presidio e nel corso dell’anno verrà espletata la progettazione esecutiva con affidamento dei lavori.

Per entrambi i Presidi Ospedalieri si è proceduto alla sostituzione dell’intera illuminazione esterna con impianti a led ad alta efficienza energetica e ridotto inquinamento luminoso ai sensi della norma UNI 10819/2021.

Relativamente al tema della mobilità sostenibile, si segnala che la flotta dei veicoli aziendali è a oggi costituita, per la quasi totalità, da veicoli mild hybrid in linea con le ultime normative europee di immatricolazione.

Con Decreto n. 456 del 05.10.2022 l’Azienda ha provveduto all’individuazione di Energy Manager.

❖ **Parità di genere** – La parità di genere si riferisce alla parità tra donne e uomini rispetto ai loro diritti, trattamento, responsabilità, opportunità e risultati economici e sociali. La parità di genere si ottiene quando uomini e donne hanno gli stessi diritti, responsabilità e opportunità in tutti i settori della società e quanto i diversi interessi, bisogni e priorità di uomini e donne sono ugualmente valutati. Di rilievo, ai fini di consentire l’accesso a cure meglio rispondenti ai bisogni delle persone è la Medicina di Genere che studia l’influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona, e interessa tutte le Discipline sanitarie costituendo una dimensione trasversale, interdisciplinare e pluridimensionale della Medicina. All’interno della nostra ASST nel corso dell’anno 2024 con la nomina della referente della medicina di genere (in ottemperanza alla normativa vigente) si è costituito gruppo di lavoro che si pone come obiettivo strategico di erogare una cura fondata sull’appropriatezza diagnostica, clinica, terapeutica e assistenziale e sull’informazione alle pazienti, attraverso la costruzione di Percorsi di Cura multispecialistici e interdisciplinari, che garantiscano una personalizzazione e un’equità di accesso alle cure, superando il concetto di salute esclusivamente ancorato alla dimensione della corporeità e della biologia senza valorizzare i determinanti legati al genere e l’intersezione del sistema sesso-genere. Nel corso del 2025 sono stati avviati specifici ambulatori a partire dal mese di ottobre. Nel corso del 2026 si

procederà con l'attività di pubblicizzazione di tale attività alla cittadinanza attraverso i vari canali di comunicazione.

Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere sono disciplinate all'interno del Piano delle Azioni Positive, parte integrante del PIAO.

- ❖ **Innovazione e sviluppo strategico: il nuovo Ospedale** – Il nuovo ospedale intende ripensare i servizi e favorire una maggiore integrazione fra le cure sanitarie e sociosanitarie, fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. Una struttura che faccia della sostenibilità e di un armonico rapporto con l'ambiente e la città, le cifre caratteristiche delle proprie peculiarità.

Il cambiamento della concezione della struttura ospedaliera occupa un ruolo cruciale nel posizionamento del paziente al centro di tutte le scelte progettuali, da quelle organizzative della struttura a quelle architettoniche.

Nello specifico partendo dal rapporto tra edificio e contesto, si assisterà ad un ribaltamento dell'attuale paradigma: dalla concentrazione del volume in un enorme monoblocco al centro dell'area ospedaliera, ad una distribuzione degli spazi produttivi lungo le aree confinali, al parco. E proprio il parco, oltre a costituire un naturale elemento di riduzione del rumore ambientale (l'ospedale si colloca, dopotutto, in area urbana), avrebbe la funzione di "purificatore dell'aria", abbattendo la concentrazione delle polveri sottili e attenuando il disagio nelle giornate estive più calde; inoltre assolverebbe un compito ancora più importante, ovvero portare serenità ai pazienti, fornendo loro un contesto favorevole nell'approccio ai servizi clinici. Il verde con le sue essenze arboree, i suoi percorsi ed i servizi in esso dislocati, finisce così per costituire l'elemento caratterizzante la funzione ospedaliera declinandola, appunto, in un "parco della salute", il segno, l'emblema di un modello che fa della sostenibilità il proprio paradigma.

All'interno di questo contesto, la scelta dell'orientamento dell'edificio, con lo studio particolareggiato delle modalità e della durata di ingresso della luce diurna, la razionale articolazione di flussi e percorsi, nonché la predisposizione di ambienti per la socializzazione saranno fattori determinanti il corretto funzionamento dell'ospedale e l'adeguato comfort per la permanenza delle persone al suo interno.

E proprio sull'articolazione degli spazi interni si dovrà fare ancora più attenzione. La pandemia ci ha insegnato quanto sia importante l'attitudine della struttura adattarsi rapidamente ai mutamenti del quadro epidemiologico; pertanto, il nuovo ospedale dovrà essere il più possibile modulare e flessibile, al fine di garantire eventuali cambi di destinazione d'uso, modificando solamente le attrezzature e mantenendo per cui invariate le componenti strutturali e impiantistiche.

Non solo. Immaginare un ospedale in cui la preponderanza delle camere di degenza sia costituita da stanze singole non dovrà più essere percepito come un lusso, ma la presa d'atto di nuove necessità: una camera singola, infatti, non solo riduce il tasso di infezione, ma, concretamente, offre al paziente la possibilità di ricevere analisi e trattamenti (point of care) direttamente nel luogo in cui si trova.

L'intervento avverrà per sostituzione edilizia all'interno della stessa area in cui sorge l'attuale struttura. Il dimensionamento del nuovo ospedale tiene conto di parametri intrinseci (standard dimensionali e assetto nosologico degli ospedali per acuti) ed estrinseci (bacino d'utenza).

Il 15 dicembre 2021 è stato firmato il protocollo di intesa fra gli enti a diverso titolo coinvolti nella realizzazione dell'intervento. Regione Lombardia, ASST di Cremona, ATS della Valpadana, Comune di Cremona e Provincia di Cremona hanno con tale documento delineato le rispettive competenze e le conseguenti modalità di partecipazione al procedimento di realizzazione del nuovo ospedale che prevede un investimento iniziale di 330 milioni di euro e tempi di realizzazione compresi tra i 5 e gli 8 anni.

L'avvenuta programmazione, da parte della Giunta Regionale, con d.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021, delle risorse necessarie alla realizzazione del nuovo ospedale di Cremona, nell'ambito degli stanziamenti per investimenti in edilizia sanitaria previsti nel periodo 2021-2028, e la rilevanza storica e strategica del tema, riverberano importanti riflessi anche sull'assetto organizzativo aziendale in termini di ridefinizione delle aree di innovazione e di sviluppo strategico e, conseguentemente, di ridisegno delle strutture deputate al loro perseguimento.

Il modello di governance proposto per l'attuazione del progetto si estrinseca in una attribuzione diretta di responsabilità in capo all'ASST di Cremona, attraverso la costituzione di una struttura complessa dedicata, afferente ad un dipartimento funzionale, entrambi in staff alla Direzione Generale. Trattasi di struttura avente come missione principale il completamento del progetto di nuovo ospedale. La possibilità di attribuire alla ASST di Cremona le funzioni di stazione appaltante nel complesso procedimento di realizzazione della nuova struttura ospedaliera, costituisce elemento di valorizzazione delle risorse territoriali, in un'ottica di concreta e costruttiva sinergia con gli enti territoriali e con gli organismi di rappresentanza presenti nell'area cremonese, e risponde al principio di sussidiarietà che connota l'azione della Regione Lombardia. Tale funzione è presidiata da una struttura complessa – denominata “Nuovo Ospedale” - ad essa specificatamente dedicata e, nella cornice organizzativa del dipartimento funzionale “Innovazione, Sostenibilità e Aree di Sviluppo Strategico”, allocata in staff alla Direzione Generale. Alla nuova struttura dipartimentale, secondo le linee condivise con la Direzione Strategica e con il contributo di tutta la compagine aziendale, compete la promozione di una preliminare e comune riflessione su cosa significhi pensare e progettare un nuovo ospedale avendo vissuto, questa Azienda ed il suo territorio di riferimento, fra i primissimi nel mondo occidentale, la crisi pandemica.

A seguito della pubblicazione, avvenuta nel 2023, sulla piattaforma digitale “Concorrimi” dell'Ordine degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori della Provincia di Milano, del bando di concorso internazionale, articolato in due fasi, per la progettazione del nuovo ospedale di Cremona, l'ASST ha adottato, con decreto direttoriale del 29 novembre 2023, la graduatoria definitiva recante il progetto vincitore.

La procedura in oggetto si configura quale procedura ristretta, articolata in due fasi distinte:

- (i) una fase di preselezione, aperta alla partecipazione di tutti i soggetti interessati, in cui sono stati oggetto di valutazione i curricula professionali dei candidati, per un totale di quindici studi professionali di caratura internazionale;
- (ii) una fase concorsuale, accessibile esclusivamente ai cinque candidati selezionati nella fase precedente, i quali hanno presentato in forma anonima le rispettive proposte progettuali. Uno degli elementi caratterizzanti e più rigorosi di tale modalità procedurale è consistito proprio nell'assoluta garanzia dell'anonimato durante la fase concorsuale: l'identità dei partecipanti è rimasta ignota alla Commissione giudicatrice, la quale ha individuato il progetto vincitore unicamente sulla base dei contenuti progettuali.

La procedura ha infatti rappresentato il punto di avvio per l'adozione di analoghi concorsi a livello nazionale, configurandosi come un modello sperimentale di riferimento per iniziative finalizzate alla promozione dell'eccellenza progettuale e architettonica nel settore sanitario.

Medio tempore, è entrato in vigore il decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, con cui è stato approvato il nuovo Codice dei contratti pubblici (di seguito anche solo “Nuovo Codice”) in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, come integrato e modificato dal decreto legislativo 31 dicembre 2024, n. 209, il cui art. 225 (rubricato “Disposizioni transitorie e di coordinamento”), comma 9, prevede che «A decorrere dalla data in cui il codice acquista efficacia ai sensi dell'articolo 229, comma 2, le disposizioni di cui all'articolo 23 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 continuano ad applicarsi ai procedimenti in corso. A tal fine, per procedimenti in corso si intendono le procedure per le quali è stato formalizzato l'incarico di progettazione alla data in cui il codice acquista efficacia. Nel caso in cui l'incarico di redazione del progetto di fattibilità tecnico economica sia stato

formalizzato prima della data in cui il codice acquista efficacia, la stazione appaltante può procedere all'affidamento congiunto di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnico ed economica oppure sulla base di un progetto definitivo redatto ai sensi dell'articolo 23 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50».

Per effetto del predetto art. 225, c. 9, si è reso necessario procedere all'applicazione dell'art. 41 del Nuovo Codice il quale, a differenza dell'art. 23 del D. Lgs. n.50/2016, prevede che la progettazione in materia di lavori pubblici venga articolata in due (e non più tre) livelli di successivi approfondimenti tecnici: i) il progetto di fattibilità tecnico-economica e ii) il progetto esecutivo.

Conseguentemente, sono state avviate le procedure istruttorie necessarie alla corretta attuazione delle norme previste dal Dlgs 36/2023 (revisione contratto con RTI e documentazione accessoria), procedendo pertanto all'implementazione del Progetto di fattibilità Tecnico economica ai sensi dell'art.41 comma 6 del suddetto Decreto Legislativo.

La data di consegna del progetto implementato (cd. PFTE rafforzato) è stata fissata al 23 settembre 2025. Successivamente alla consegna del progetto, si è proceduto all'indizione della Conferenza dei Servizi decisoria, ai sensi dell'art 14 della Legge 241/1990 e ss.mm.i. per l'acquisizione dei titoli autorizzativi degli Enti e all'avvio della procedura comunale di VIA per l'acquisizione del titolo.

Conclusa la Conferenza dei Servizi decisoria e la verifica, il progetto verrà inviato alla Direzione Generale Welfare per l'approvazione ed il successivo step autorizzativo da parte del Ministero della Salute.

Tale iter autorizzativo e la conseguente procedura di gara impegneranno la Direzione e le strutture aziendali preposte per tutto l'anno 2026

- ❖ **Realizzazione Ospedali di Comunità e Case di Comunità** - Nel corso dell'anno 2022 la ASST, come da programmazione PNRR, ha dato avvio al Potenziamento del Polo Territoriale attivando, seppur con differente ampiezza di servizi, le tre Case di Comunità, rispettivamente tre Case di Comunità, rispettivamente:

CDC Soresina – Via Robbiani,
CDC Casalmaggiore – Piazza Garibaldi, 3
CDC Cremona - Via San Sebastiano, 14

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2025 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della Casa della Comunità (CDC) Hub di San Sebastiano, intervento finalizzato al potenziamento strutturale e funzionale della sede, in coerenza con i modelli organizzativi previsti dalla programmazione regionale e nazionale.

A partire dal primo trimestre 2026 è prevista l'attivazione delle attività ambulatoriali dedicate alle patologie ad elevata prevalenza, con particolare riferimento a:

- cardiologia
- pneumologia
- diabetologia
- nefrologia

Tali attivazioni consentiranno di rafforzare la presa in carico territoriale dei pazienti affetti da patologie croniche, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare, in linea con i principi di prossimità e continuità assistenziale.

Sempre nel corso del 2026, in collaborazione con il Comune di Cremona e con l'Azienda Sociale del Cremonese, si perverrà alla definizione di un accordo finalizzato all'inserimento, all'interno del PUA (Punto Unico di Accesso), di un'assistente sociale del Comune e dell'Ambito. Tale integrazione rappresenta un passaggio strategico per rafforzare la valutazione congiunta e la lettura integrata del bisogno sociosanitario, favorendo risposte più appropriate e coordinate tra i servizi sanitari e sociali.

Infine, in ottemperanza alle regole di sistema 2026, all'interno delle tre Case della Comunità verranno potenziate le attività di promozione e sensibilizzazione sugli screening oncologici, realizzate in collaborazione con ATS, con l'obiettivo di incrementare l'adesione della popolazione ai programmi di prevenzione e rafforzare le azioni di sanità pubblica sul territorio.

Nel corso del 2026 andranno definiti PDTA, percorsi tecnico operativi di integrazione di risorse, prevedendo équipe multifunzionali per la definizione di progetti individualizzati e piani assistenziali, coinvolgendo i profili professionali previsti da normativa, l'integrazione degli strumenti, lo sviluppo tecnologico e la collaborazione con la comunità locale, stabilendo collegamenti con associazioni di volontariato, terzo settore e reti sociali informali.

La Casa di Comunità valorizza il ruolo dei case manager sociali e infermieristici e soprattutto dei servizi di primo accesso e di valutazione sia di bisogni semplici che complessi della popolazione, attraverso l'applicazione di funzioni informative, di orientamento e di accompagnamento nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini attraverso il Punto Unico di Accesso e la Centrale Operativa Territoriale. Una delle principali delle funzioni a livello aziendale distrettuale è il transitional care dei pazienti, il reclutamento attivo e il governo delle centrali di telemedicina, diventando nel tempo un unico canale di accesso per alcune tipologie di servizi.

Nel dicembre 2023 ha preso avvio l'Ospedale di Comunità presso il padiglione 8 – all'interno del perimetro del presidio ospedaliero di Cremona, mentre sono in corso di esecuzione i lavori per la realizzazione dell'ospedale di Comunità di Soresina.

La funzione svolta dall'Ospedale di Comunità diventa sostegno alle dimissioni ospedaliere rendendo appropriati i percorsi di cura per pazienti con patologie acute minori, attraverso processi di stabilizzazione clinica.

Nel corso del 2025 l'Ospedale di Comunità di Cremona ha consolidato e perfezionato il modello di presa in carico dei pazienti, rafforzando i percorsi assistenziali e l'integrazione tra i professionisti coinvolti. Tale evoluzione organizzativa ha consentito di raggiungere elevati livelli di utilizzo della struttura, con percentuali di saturazione dei posti letto pari al 90%, a conferma dell'efficacia del servizio rispetto ai bisogni assistenziali del territorio.

In attuazione delle indicazioni contenute nelle Regole di Sistema 2026, nel corso del 2026 verranno avviate specifiche azioni di sviluppo organizzativo, con l'adozione del sistema di pianificazione assistenziale tramite FASAS. L'introduzione di tale strumento consentirà una programmazione più strutturata e uniforme degli interventi assistenziali, favorendo la continuità delle cure, la tracciabilità dei percorsi e un ulteriore miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

- ❖ **Efficacia clinica e appropriatezza delle prestazioni** – identificando il paziente come il principale stakeholder della ASST risulta di fondamentale importanza garantire un livello di cure adeguato ai bisogni espressi e, pertanto, è indispensabile procedere periodicamente al monitoraggio degli outcome. L'ASST procede ad effettuare tale monitoraggio mediante l'analisi degli indicatori del Piano Nazionale Esiti e degli indicatori di efficacia pubblicati sul portale di Regione Lombardia. Tale analisi consente, non solo di verificare i risultati conseguiti da parte dell'azienda, ma consente anche di capire il posizionamento dell'azienda rispetto alle altre aziende della Regione mediante l'analisi del benchmark regionale.
- ❖ **Risk Management** - Il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio di ogni struttura sanitaria redige il Piano Annuale di Risk Management integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione. Nel Piano sono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss, dell'andamento del contenzioso. Dal 2025, i piani annuali di risk management hanno considerato eventi avversi, eventi sentinella, contenzioso e altri elementi critici, adottando una logica di risk assesment. Le iniziative del Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente saranno allineate agli standard del WHO Global Safety Action Plan 2021-2030, con un avvio progressivo delle attività in linea con gli obiettivi del piano e in collaborazione con la Commissione Salute e AGENAS.
Si confermano comunque le aree di monitoraggio:
 - Rischio in area Travaglio/Parto. Ogni Punto Nascita prosegue la segnalazione nel CedaP dei trigger materno-fetali e vengono effettuati audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio. Nel corso del 2023 è stata avviata la rilevazione della Sorveglianza della mortalità perinatale, individuando un gruppo operativo locale composto da Risk manager e referenti della

sorveglianza (neonatologa, ostetrica, ginecologa e Risk manager), che hanno il compito di segnalare al Gruppo di lavoro Regionale i casi di mortalità perinatale secondo apposite modalità stabilite nel DECRETO N. 7917 Del 26/05/2023. Inoltre, è stato implementato nel 2025 il progetto di formazione con simulazione sul risk management in sala parto, coinvolgendo professionisti dei punti nascita Hub&Spoke, in collaborazione con AREU. I professionisti di ASST Cremona hanno effettuato la Simulazione presso gli Spedali Civili nel mese di dicembre 2025. È avvenuta il 31.03.2025 la visita peer ad opera del Gruppo di Lavoro del Centro Regionale per la Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente. È stata svolta una corposa preparazione da parte degli operatori dell'azienda, mediante incontri multidisciplinari mirati alla rilevazione delle buone pratiche, del monitoraggio indicatori del percorso nascita e revisione dei documenti di Sistema Qualità Aziendale. Il report della visita PEER è stato trasmesso alla Direzione nel mese di aprile.

- Rischio Infezioni – SEPSI. Il GdL regionale, di cui al Decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022, ha predisposto una raccomandazione specifica, volta a definire le strategie integrate per la gestione della Sepsis nell'adulto, che aggiorna i contenuti del Decreto DG Welfare n.7517/2013. È stato emanato il documento “Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto” con Decreto regionale n. 20674 del 21.12.2023. Sono stati effettuati 20 audit su casi di sepsi, estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni che utilizzando la scheda audit CRF (Case Review Form). Viene mantenuta la stretta sinergia tra la funzione di Risk management, il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e la Direzione Sanitaria, nell'ambito delle strategie di contrasto e prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie. È stato realizzato e pubblicato il PDTA aziendale per la gestione dei casi di sepsi.
- Rischio in ambito territoriale e sociosanitario. Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST con l'acquisizione dei Dipartimenti delle Cure Primarie si è provveduto a coinvolgere i MMG nella rilevazione degli eventi avversi e nella segnalazione degli atti di violenza a danno degli operatori, come da procedura aziendale. Si è effettuata una riflessione sul rischio in telemedicina, con un'analisi FMECA relativa al teleconsulto.
- Healthcare Enterprise Risk Management. La gestione omnicomprensiva del rischio contribuisce anche ad un uso e ad un'allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell'immagine e del know-how delle figure professionali, così come all'ottimizzazione dell'efficienza operativa. Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione “a silos” dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione globale e prioritizzata, supportando così il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio nell'intraprendere le azioni di competenza. È stato concluso il progetto pilota della formazione in merito presso 7 aziende lombarde ed è stato emanato il Decreto n. 20638 del 21.12.2023 “Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk management-gestione integrata del rischio nel sistema socio-sanitario di Regione Lombardia”. Con tale decreto, il modello HERM viene esteso a tutte le aziende del SSR. Nel mese di aprile 2024 è stata effettuata la formazione per i Risk Manager di tutte le aziende e nelle linee operative vengono declinate le aree da esaminare con il modello ERM. Tali aree, per l'ASST di Cremona per l'anno 2025 sono la Comunicazione e Relazioni Esterne, la Farmacia, la Qualità e Risk Management; sono state effettuate le interviste ai risk owner, compilati i risk register e in collaborazione con il broker Marsh è stato finalizzato il progetto, i cui risultati sono stati trasmessi alla Direzione e a Regione.
- Gestione delle Crisi e Continuità Operativa. ASST Cremona, in coerenza con le linee di indirizzo regionali, ha adeguato con logica sistemica e di collegamento in primis i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAF, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi. ASST Cremona ha elaborato un piano pandemico PANFLU e una serie di documenti in cui vengono declinate le azioni da seguire in caso di emergenza pandemica ed ha effettuato la ricognizione delle competenze del personale e dei bisogni formativi per implementare la gestione

di eventuali altri eventi. È stato adeguato il PEIMAF ed è stato trasmesso alla Prefettura un documento con ruoli e responsabilità di ASST Cremona nell'ambito del piano NBCR.

- Il Risk manager è il referente sanitario del Gestionale SASHA Panflu rilasciato in produzione da Regione nel mese di settembre 2023, che contiene la declinazione puntuale delle azioni da intraprendere per mantenere la continuità operativa nelle diverse fasi di un evento pandemico. Tali azioni devono essere attribuite ai responsabili delle aree di pertinenza e devono essere portate a termine entro scadenze stabilite a livello Regionale. In data 13 febbraio 2025 è stato effettuato da parte di ATS Val Padana l'audit su 4 azioni contenute nel portale SASHA, rispettivamente:
 - Verifica della disponibilità di DPI e mascherina in tutti i reparti e per attività assistenziali;
 - Capacità di testing;
 - Attivazione HotSpot infettivologici;
 - Aumento dei posti letto messi a disposizione per il Pronto Soccorso.

L'audit ha avuto esito favorevole, le azioni sono risultate complete e documentate.

È in corso di finalizzazione e di prossima emissione la revisione del Piano Pandemico Locale di ASST Cremona a mente delle ultime evoluzioni normative regionali ed è stata eseguita la simulazione in ambito PANFLU del 2025, pianificata in più giornate, per verificare i processi di sorveglianza (allerta Unità di Crisi, notifica Malattia infettiva su SMI, flusso dati MICROBIO) e in telemedicina.

- Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Il Risk management presidia e riceve le segnalazioni degli operatori predisponendo il colloquio di supporto psicologico con la psicologa del lavoro aziendale. Si garantisce l'analisi di tutti gli eventi, con effettuazione di SEA nei casi rilevanti. Nel 2024 è stato decretato il Gruppo per la Prevenzione degli atti di violenza (decreto n. 707 del 31.07.2024), che si riunisce in base alle necessità dei casi concreti e pianifica l'intervento in azienda a supporto della Direzione.

In conformità alla DGR n. 3672 del 16.12.2024 è stata rivista la composizione del Gruppo aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, integrato con figure di riferimento con il decreto n. 812 del 17.09.2025. Al fine di diffondere il più possibile a tutti gli operatori la modalità di gestione degli eventi e la corretta segnalazione, nonché le strategie comunicative e di de-escalation nonché i principi generali di creazione del documento di valutazione del rischio aggressioni e la normativa stringente in merito, è stato realizzato da parte di alcuni componenti del predetto Gruppo (Risk Manager, Avvocato, RSPP, Psicologa del lavoro) un corso FAD dal titolo "Misure di prevenzione, gestione e contrasto ad ogni forma di aggressione sui luoghi di lavoro", legato all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali.

Sono in corso colloqui con le Forze di Polizia al fine di addivenire ad un Protocollo condiviso. Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità e per soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla Legge 24/2017 e Legge 113/2020). Il risk manager partecipa attivamente alla raccolta dati ed all'analisi degli eventi inerenti agli atti di violenza nei confronti degli operatori, al fine di elaborare le azioni di miglioramento e supportare il lavoro del Tavolo tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario istituito per effetto della Legge regionale n. 15/2020.

È stata adottata la strategia di intervento multilivello aziendale con il Decreto Previos (Piano per la prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari) n 1208 del 30.12.2025.

- Applicativo di incident reporting HERMLOMB: Regione Lombardia, in collaborazione con ARIA spa ha realizzato il portale Herm Lomb che ha concluso la fase di test per consentire l'armonizzazione delle modalità di segnalazione da parte delle aziende del SSR; il portale è entrato in funzione dal 26 novembre 2024 ed è al momento gestito centralmente da parte del Risk Management. Su Herm Lomb dal Risk Management vengono inserite le segnalazioni che giungono su modulo M PT RISK 006 001 SCALA MOAS al fine di adempiere al flusso informativo obbligatorio verso Regione e Ministero della Salute. È in previsione il passaggio al sistema di segnalazione degli incident reporting mediante l'applicativo.

- Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management: La Risk Manager valuta gli indicatori di monitoraggio dei sinistri e gli indicatori di Patient Safety presenti sul Cruscotto Risk Management.
- Per il 2025 Nell'ambito dei progetti di risk management, viene richiesta l'implementazione dell'attività di monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN che devono svolgersi secondo le modalità previste dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396 del 11/11/2019 "Rete Regionale per l'Assistenza materno-Neonatale: determinazioni in merito al Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato e del Lattante").
- Rischio nutrizionale: Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della Deliberazione n. XII/812 del 29/01/2024, che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio. Inoltre, dovranno rendicontare l'adozione di procedure aziendali e buone pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss, eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

L'attività ordinaria di Risk management prosegue costantemente con il monitoraggio degli eventi avversi/sentinella, dei trigger materno-fetali, il Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria, l'inserimento delle buone pratiche sul portale AGENAS. Il Risk Manager è membro di diritto del Comitato di Valutazione Sinistri e condivide al suo interno la relazione degli Eventi Avversi dell'anno precedente, condividendo le azioni di miglioramento per la prevenzione del contenzioso. Con decreto n. 811 del 17.09.2025 è stato emanato il decreto di "Revisione composizione Gruppo di Coordinamento per la gestione del rischio".

La Risk Manager, in collaborazione con il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, ha elaborato un relativo piano annuale includente le attività di risk management per l'anno 2025, comprendente anche i seguenti progetti operativi specifici:

- 1) PROGETTO N.1: CREAZIONE DEL MANUALE DI PROCESSO DELLA SANITÀ PENITENZIARIA CON ANALISI DEL RISCHIO E AZIONI DI MITIGAZIONE
- 2) PROGETTO N. 2: LA CHECKLIST PER IL MONITORAGGIO DELL'ADERENZA ALLO SCREENING NUTRIZIONALE- IL MODELLO ASST CREMONA.

Tale documento è stato trasmesso il 27 marzo 2025 unitamente al decreto di approvazione n. 280 del 26.03.2025.

Il piano definitivo, comprensivo di tutti i dati dei monitoraggi e dei progetti specifici si esprimerà in un rapporto finale di risk management che dovrà essere trasmesso entro il 31 gennaio 2026 al Centro Regionale per la Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente.

❖ **Rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare** – l'ASST si impegna a porre in essere tutte le azioni al fine di garantire dei livelli di produzione ambulatoriale e di ricovero in linea con le indicazioni fornite da parte della DG Welfare. L'obiettivo è quello di garantire adeguatamente la copertura delle richieste di salute espresse da parte della popolazione, cercando di garantire nel contempo il rispetto dei tempi d'attesa. Obiettivo, infatti, degli ultimi anni da parte delle ASST è quello di recuperare le prestazioni rimaste inevase nel periodo covid mediante i piani di ripresa.

❖ **Accessibilità e Trasparenza delle liste di attesa e Governo dei tempi attesa attività ambulatoriale**

Rientrano in questo ambito i processi di miglioramento dell'organizzazione delle agende volte a garantire il rispetto dei tempi d'attesa, lo sviluppo di canali per il cittadino di prenotazione o di ritiro referti, la gestione trasparente delle liste d'attesa per accedere ad un ricovero o ad una prestazione ambulatoriale o territoriale.

Al Responsabile Unico Aziendale delle liste di attesa, sono affidati i compiti di:

- presidio dell'organizzazione aziendale relativamente ai tempi di attesa ambulatoriali e di ricovero;
- corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale;

- utilizzo ottimale delle risorse disponibili;
- gestione delle agende congiuntamente ai Direttori di Struttura Complessa/Dipartimento e in sinergia con la Direzione strategica.

Inoltre, è competente nella definizione di interventi formativi che garantiscano l'accoglienza dei pazienti e che la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa sia gestita con adeguate competenze da parte degli operatori incaricati.

Il RUA riveste anche funzioni di monitoraggio continuo della realizzazione delle sopracitate azioni congiuntamente con la Direzione Medica di Presidio mediante l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti, attraverso appositi indicatori di concerto il Direttore di Dipartimento.

In continuità con le azioni intraprese nel 2025 (di cui alla DGR n. XII/4556/2025 e DGR n. XII/5057/2025), nel 2026 si prevede l'adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Pertanto, attraverso un'azione costante di monitoraggio delle liste d'attesa saranno attivate azioni correttive in collaborazione con le unità eroganti.

L'Azienda si impegna inoltre a garantire azioni, in parte già messe in atto negli anni precedenti, per garantire il contenimento dei tempi d'attesa:

- Promuovere l'incremento produttivo individuato dagli obiettivi previsti nel POR;
- Implementare ulteriormente i percorsi di presa in carico per i pazienti sia a livello ospedaliero che a livello territoriale;
- Indirizzare l'appropriatezza prescrittiva attraverso percorsi condivisi con il Dipartimento di Cure Primarie e gli specialisti ospedalieri.

Nell'ottica di promuovere un miglior governo della domanda sanitaria e di rafforzare l'appropriatezza prescrittiva, proseguiranno, sulla base delle dashboard messe a disposizione, le attività di monitoraggio sistematico delle prescrizioni dei MAP e della specialistica al fine di determinare azioni correttive sul tema, con particolare attenzione alle prestazioni emerse come maggiormente critiche sui tempi d'attesa.

Inoltre, in linea con quanto disposto con deliberazione n. XII/ 5589, saranno garantiti i percorsi di tutela al cittadino qualora non risultasse l'ottemperanza alle classi di priorità prescritte nell'ambito ATS competente.

Nell'ottica di creazione di una Rete Ospedale-Territorio saranno dedicati spazi in agenda prestazioni comprese nei contratti di avalimento con le cooperative territoriali ai fini di promuovere la continuità di cura e la presa in carico territoriale.

❖ **Nuovo Centro Unico di Prenotazione regionale** – L'ASST di Cremona è stata coinvolta nel corso del 2023 nelle attività preliminari di assessment in vista della implementazione di un nuovo sistema di prenotazione finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa. L'attività di assessment è stata finalizzata all'analisi della situazione *as-is* dell'ASST, nell'ottica di facilitare il fornitore aggiudicatario della gara regionale nell'implementazione del nuovo sistema ed indirizzare l'azienda verso la transizione al nuovo strumento, rilevando le necessità evolutive rispetto allo standard attuale. L'analisi si è focalizzata sulle seguenti tematiche:

- architettura del sistema CUP attualmente in uso e le relative integrazioni;
- dimensionamento dell'ASST, in termini di volumi di attività, numerosità del personale e di sportelli e punti prelievo;
- descrizione dei processi di configurazione dell'offerta, prenotazione, pagamento/gestione della quietanza, accettazione, erogazione, gestione delle prestazioni di intramoenia allargata;
- descrizione delle modalità operative riguardanti la produzione di reportistica (cruscotto operativo) e le attività di assistenza e manutenzione;
- configurazioni attualmente in uso nel sistema CUP aziendale (erogatori, agende, prestazioni, contratti, listini, punti di accettazione/casse e liste di lavoro);
- modulistica attualmente disponibile.

Nel corso del 2026 l'ASST di Cremona verrà coinvolta nell'implementazione e avvio del CUP unico regionale, secondo il piano di diffusione a tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati accreditati, previsto dalla Regione Lombardia per l'anno 2026.

Il passaggio al nuovo sistema regionale prevede consistenti attività preliminari di carattere tecnico, di adeguamento delle integrazioni esistenti tra applicativi dipartimentali e nuovo sistema di prenotazione, nonché di carattere organizzativo dei servizi ambulatoriali e di ristrutturazione dell'offerta.

L'ASST è, pertanto, impegnata nella revisione complessiva delle configurazioni attualmente in essere nel sistema CUP aziendale (erogatori, agende, prestazioni, contratti, listini, punti di accettazione/casse e liste di lavoro, modulistica), al fine di adeguare pienamente il proprio assetto dell'offerta ambulatoriale alle logiche e alle funzionalità del CUP Unico Regionale entro la data di effettiva attivazione, con lo scopo di centrare gli obiettivi cardine del progetto regionale:

- semplificazione dell'accesso ai servizi per i cittadini
- riduzione dei tempi di attesa, tramite la gestione efficace dell'offerta ambulatoriale e dei percorsi di tutela in caso di superamento dei tempi soglia
- gestione efficace della telemedicina e dei percorsi di presa in carico strutturati a livello regionale
- trasparenza e standardizzazione dell'offerta a livello regionale
- monitoraggio dell'offerta in tempo reale, tramite "Dashboard" regionali, al fine di governare ed efficientare l'offerta ambulatoriale a livello locale, territoriale e regionale.

❖ **Efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso** – La D.G.R. n. XI/6893 del 05/09/2022 approva il documento tecnico per ottimizzare il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso (PS), definendo gli indicatori di processo e risultato legati all'efficienza, con focus sulla gestione del "processo di esito" (output), mirando a ridurre i tempi di attesa per i ricoveri in reparto (obiettivo ministeriale < 8 ore) tramite l'uso di OBI (Osservazione Breve Intensiva) e la gestione appropriata dei pazienti.

Al fine di migliorare l'organizzazione ospedaliera, sono stati ridefiniti il flusso dei pazienti in PS e la ricettività dei reparti di area medica, riducendo la permanenza in PS dei pazienti in attesa di ricovero. Nel corso del 2025 è rimasto invariato l'obiettivo di monitoraggio del fenomeno di boarding legato ai ricoveri in area medica, in particolare nei periodi di criticità legati al PanFlu e si è provveduto ad emanare indicazioni interne, regolamentando la gestione dei ricoveri da pronto soccorso e letti in appoggi.

A tal proposito, l'ASST di Cremona ha adottato una propria procedura aziendale, P GEOP 001 Manuale di processo Bed Management del 10.03.2025, con la finalità di recepire le indicazioni fornite dalla DGR sopra menzionata e soprattutto ridefinendo il flusso dei pazienti dal PS e garantendo l'adempimento della indicazione ministeriale, secondo cui il tempo che intercorre tra l'ingresso in pronto soccorso ed il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

Sono stati, inoltre, definiti e condivisi un set di indicatori finalizzati a monitorare l'efficientamento del flusso dei pazienti da pronto soccorso.

Sulla scorta delle indicazioni fornite dalla suddetta D.G.R. e così come previsto nella circolare prot. G1.2024.0036359 del 26/09/2024 relativa alla Relazione annuale del Bed Manager inerente all'obiettivo "Azioni per il miglioramento del pronto soccorso" verrà redatta per il prossimo triennio una relazione riportante l'analisi del contesto aziendale circa gli accessi di pronto soccorso, l'attività di ricovero in elezione e urgenza, il fenomeno del boarding e i bed-blockers.

❖ **Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente** – L’ottimizzazione dei processi di cura in ambito chirurgico e la razionalizzazione dei setting assistenziali già avviati, saranno oggetto di consolidamento nel prossimo triennio dei seguenti progetti:

- Avvio della programmazione chirurgica settimanale con tutte le specialità a seguito della sperimentazione avvenuta nell’anno 2025 con quattro specialità pilota;
- integrazione attività operatoria dei due Presidi;
- la gestione dei posti letto attraverso la figura del bed manager che si raccorda con la COT nelle dimissioni protette per l’organizzazione dei relativi trasporti e il monitoraggio delle disponibilità dei posti letto;
- revisione dell’organizzazione delle agende ambulatoriali ospedaliere e territoriali;
- implementazione della procedura “Regolamento di organizzazione dei blocchi operatori in regime di urgenza/emergenza” relativa alla gestione degli interventi in urgenza/emergenza;
- ottimizzazione dei tempi di risposta dei servizi diagnostica e dell’erogazione di consulenze per pazienti ricoverati, ai fini della riduzione della degenza e il miglioramento dei percorsi post dimessi;
- monitoraggio dell’adozione della procedura PT DMP 010 “LISTE D’ATTESA CHIRURGICHE – REGOLAMENTO DI GESTIONE per il miglioramento della gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati come da procedura, secondo le indicazioni di Regione Lombardia.

❖ **Telemedicina** – Nel corso del 2025 l’azienda ha avviato i servizi di telemedicina in raccordo con il gruppo regionale dei Referenti di Telemedicina, ha avviato un progetto di telemonitoraggio di tipo 1 in ambito pneumologico ed ha inoltre avviato a partire dal mese di novembre il teleconsulto con MAP/PLS per le branche di pneumologia e terapia del dolore. Nel corso del prossimo triennio si proseguirà con il consolidamento dei servizi di telemedicina, in particolare si prevede di sviluppare i seguenti punti:

- Arruolamento e presa in carico di pazienti cronici mediante servizi di telemedicina;
- Utilizzo diffuso dell’Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) come unica piattaforma per l’erogazione dei servizi di telemedicina;
- Pubblicazione in FSE 2.0 dei referti delle prestazioni erogate in modalità televisita;
- Definizione del processo aziendale di logistica dei device medici per il telemonitoraggio di tipo I, mediante coinvolgimento dei servizi aziendali preposti;
- Attivazione del telemonitoraggio di tipo I successivamente alla fornitura dei device previsti dalla “Gara multilotto a procedura aperta ai sensi dell’art. 71 del d. lgs. 36/2023 Aria_2025_284_F-device per i servizi di telemedicina in dotazione alle COT”
- Definizione del processo di comunicazione tra le UU.OO. che erogano i servizi di telemedicina e le Centrali Operative Territoriali per il supporto della presa in carico del paziente;
- Integrazione dell’IRT con il CUP per la gestione delle agende di televisita;
- Aggiornamento continuo sul corretto utilizzo dell’IRT.

❖ **Infermiere di Famiglia e di Comunità** – Nel 2020 la nostra ASST ha individuato ed assegnato 31 IfeC (così come previsto da standard iniziale), che svolgono attività in collaborazione con MMG e PLS e loro infermieri di studio, con operatori delle dimissioni protette dall’ospedale e dalle Cure Intermedie territoriali, con gli erogatori di Cure Domiciliari, con i Comuni e gli ambiti sociali territoriali per la gestione dei soggetti cronici, fragili e disabili. L’approccio prevede di superare la prestazione a favore di un’integrazione e di un’appropriatezza valutativa dei casi con équipe multiprofessionali attraverso una programmazione condivisa dei piani assistenziali. In particolare l’infermiere di famiglia svolge attività nelle Case di comunità, nei PUA, negli ambulatori infermieristici dedicati, nelle Centrali Operative Territoriali, nella rete delle Cure Palliative e nella gestione della complessità in collaborazione con i servizi del polo ospedaliero e territoriale.

Considerata l’evoluzione normativa nel corso del 2025 gli infermieri di Comunità Aziendale hanno potenziato i loro interventi sostanzialmente in tre ambiti:

- a livello ambulatoriale nelle Case di Comunità, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere informazioni, per orientare meglio ai servizi e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute. Terminato il processo di accreditamento degli ambulatori delle CDC, nel 2026 si prevede l'apertura di ambulatori infermieristici dove verranno erogate prestazioni infermieristiche di 1 livello (somministrazioni di farmaci, intramuscolo, sottocute, monitoraggio parametri vitali, posizionamento picc, gestione stomie etc..) e ambulatori specialistici relativi alle principali patologie croniche (es diabetologia, pneumologia, cardiologia).

- a livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e delle cure domiciliari, proseguimento del progetto PSD (progetto di sorveglianza domiciliare come definito dalla DGR di RL N.717 del 2023 e progetti sperimentali introdotti con la DGR 4891/2025)

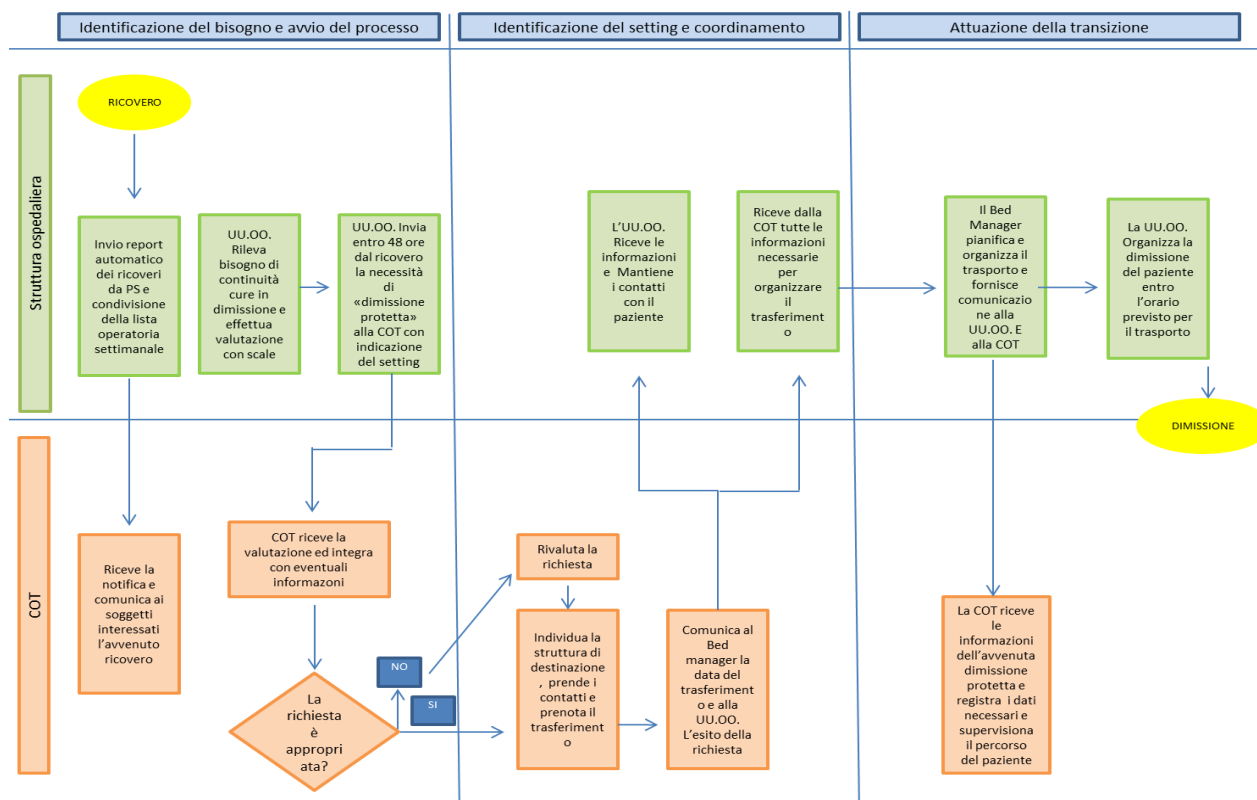
- a livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali. Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture sociosanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

Come definito nelle regole di sistema 2026 (DGR 5589/2025) in collaborazione con la U.O Prevenzione verranno promosse nelle CDC a cura degli IFEC iniziative di promozione degli screening oncologici. Gli infermieri di famiglia e Comunità rivestono un ruolo strategico nel promuovere la partecipazione a programmi di screening oncologico reclutando attivamente le persone non aderenti alle campagne di screening.

❖ **Dimissioni Protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie** - Le dimissioni protette dalle strutture di ricovero per acuti afferenti alla ASST saranno sviluppate in connessione con le Centrali Operative Territoriali distrettuali al fine di implementare secondo il modello del transitional care il passaggio dal setting per acuti ai setting più appropriati. Regione Lombardia ha avviato le attività di progettazione e implementazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio mette a disposizione servizi digitali moderni ed evoluti per implementare gradualmente il complesso processo di gestione delle richieste di servizi territoriali, di valutazione dei bisogni assistenziali, di preparazione delle attività da programmare, anche in ambito domiciliare e di registrazione in tempo reale delle attività svolte. Per svolgere le funzioni sopracitate, si è provveduto a costituire il team che opera all'interno delle COT, composto da professionisti che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale ed integrando le competenze di figure diverse tra loro:

1. n. 1 IFO Area dei servizi distrettuali e COT;
2. n. 5 infermieri di comunità aziendale
3. n. 2 infermieri con funzione di case care management e transitional-care

In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità già presenti a sistema come l'Infermiere case manager, il Medico, l'assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, oltre a 2 Unità di Personale di Supporto (amministrativo).



❖ **Programmazione e attuazione C_DOM** - Nel corso dell'anno 2023 ASST di Cremona, come da DGR 6867/2022 e s.m.i, si è accreditata quale Unità di offerta C-Dom in qualità di ente erogatore di cure domiciliari per l'intero territorio di riferimento di ASST Cremona. Nello specifico la UdO C-Dom prevede una sede organizzativa ed operativa presso la CDC sita in San Sebastiano, 14 Cremona ed una sede operativa presso la CdC di Casalmaggiore, piazza Garibaldi.

La UdO C-Dom è inserita nella rete degli Enti Erogatori accreditati di Cure Domiciliari/Cure Domiciliari Integrate e concorre con gli altri Enti Erogatori, nel rispetto della libera scelta del cittadino, a rispondere ai bisogni dei cittadini fragili (secondo il modello di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute di cui al DM 77/ 2022).

L'intero processo dell'attività erogativa della Udo C-Dom di ASST di Cremona è gestito attraverso il Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) di Regione Lombardia.

Le Cure Domiciliari/Cure Domiciliari Integrate si configurano come un servizio finalizzato alla gestione al domicilio, quale setting privilegiato per l'assistenza territoriale, di persone che necessitano di interventi socio-sanitari di tipo multidisciplinare e multiprofessionale, con diversi livelli di intensità e complessità, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano assistenziale personalizzato.

In questo contesto, a partire dal 2024 è stata inserita la presenza dello psicologo nelle Cure Domiciliari/Cure Domiciliari Integrate, i cui interventi sono finalizzati a rispondere ai bisogni psicologici (emotivi, relazionali, comportamentali) sia della persona che del suo caregiver e/o del nucleo familiare. Nello specifico, il supporto psicologico domiciliare è un intervento focalizzato sulla gestione, l'elaborazione e l'accettazione del disagio e della sofferenza legati a condizioni croniche e/o degenerative specifiche della persona e al sostegno del caregiver e/o del nucleo familiare che esperiscono una condizione di stress legato al carico assistenziale (caregiver burden), dovuti al processo di cambiamento e di conseguente adattamento tanto della persona quanto del suo nucleo alla nuova condizione di vita.

Particolare attenzione nel prossimo triennio riguarderà l'ulteriore integrazione fra UdO C-Dom, Ambiti territoriali/Comuni sia per il SAD sia per le Misure Integrate rivolte alla disabilità adulti e minori, oltre che per tutte le progettualità finalizzate alla permanenza della persona al proprio domicilio, rivolte a progetti favorevoli l'inclusione sociale e la vita indipendente.

La sinergia fra C-Dom e UCP-Dom rappresenta un altro elemento cardine di sviluppo strategico ai fini della sostenibilità, dell'appropriatezza, dell'equità di accesso alle cure. Inoltre, l'obiettivo PNRR 2026 "La casa come primo luogo di Cura" Presa in carico del 10% degli over 65enni, si concretizza anche grazie alla stretta e costante collaborazione con MAP/PLS nella ricerca dei setting di cura migliori e rispondenti ai bisogni della persona.

Nel prossimo triennio 2026-2028, l'obiettivo principale sarà migliorare e potenziare il sistema di Cure Domiciliari, promuovendo una sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio; tale processo dovrà rispondere alle necessità di un'utenza in continua evoluzione, favorendo la continuità delle cure al domicilio, offrendo un servizio in grado di rispondere alle necessità specifiche di ciascun cittadino fragile, tenendo conto delle preferenze personali, condizioni sociali e familiari.

❖ **Piano di sviluppo del Polo Territoriale** – La ASST di Cremona con decreto n. 1273 del 31.12.2024 ha adottato il Piano di sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025-2027, documento di programmazione ai sensi dell'art.7 c.17 ter L.R. 33/2009 modificata dal L.R. 22/2021.

Il piano si articola nelle seguenti aree:

- AREA DELLE CURE PRIMARIE
- AREA DELLA DISABILITÀ
- AREA DELLA DOMICILIARITÀ E DELLA PRESA IN CARICO
- AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI MINORI
- AREA DELLA PREVENZIONE
- AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
- AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI

Questo PPT è stato ideato e redatto in chiave di progettazione partecipata, modalità essenziale per ridisegnare i servizi: gli stakeholder principali sono stati coinvolti (Distretto, Responsabili delle Cure Primarie, Professionisti dei Servizi Infermieristici Territoriali, Professionisti della Salute Mentale, Enti del Terzo Settore, ATS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Servizi Comunali, Volontariato e Associazionismo) così come le persone interessate o impattate dal Piano. La co-progettazione si basa sul principio in relazione al quale coloro che saranno attori nell'ambito dei Servizi devono contribuire al processo programmatico e decisionale.

Si è pertanto lavorato secondo il principio dell'inclusività, coinvolgendo una pluralità di attori, di professionisti e di organizzazioni, nell'ambito di una collaborazione che ha favorito un dialogo aperto e costruttivo tra i partecipanti, sull'adattabilità, con l'intenzione di valutare le priorità emergenti dei diversi gruppi, sanitario e sociale.

Si è lavorato in squadra sull'innovazione, considerando i bisogni dei cittadini e dei professionisti coinvolti ma anche l'entità delle risorse e l'impatto delle innovazioni tecnologiche, come quelle offerte dalla telemedicina e dall'intelligenza artificiale.

In prospettiva la co-progettazione dovrà estendersi anche ai cittadini per consentire loro di sentirsi protagonisti e co-autori delle trasformazioni e favorire lo sviluppo di un vero e proprio patto di fiducia tra la popolazione e le istituzioni. Già oggi, in ogni caso, la voce dei cittadini è presente e viene tenuta in debita considerazione mediante gli strumenti di misurazione della qualità percepita dei servizi.

Questo PPT è in accordo con tutti gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

2.2 PERFORMANCE

La Sezione "Performance" contiene la programmazione strategica aziendale triennale che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua e rende noti gli obiettivi strategici ed operativi che l'azienda intende perseguire, definisce i risultati attesi, le risorse e gli indicatori sui quali si baserà la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione.

Lo scopo principale della programmazione è quello di rendere partecipe la collettività delle scelte strategiche e dei principali obiettivi che l'ASST si prefissa di raggiungere nel triennio, adottando una

prospettiva di continuo miglioramento, garantendo la massima trasparenza nei confronti degli stakeholders, attraverso uno strumento che fornisca informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività finalizzata al raggiungimento del valore pubblico.

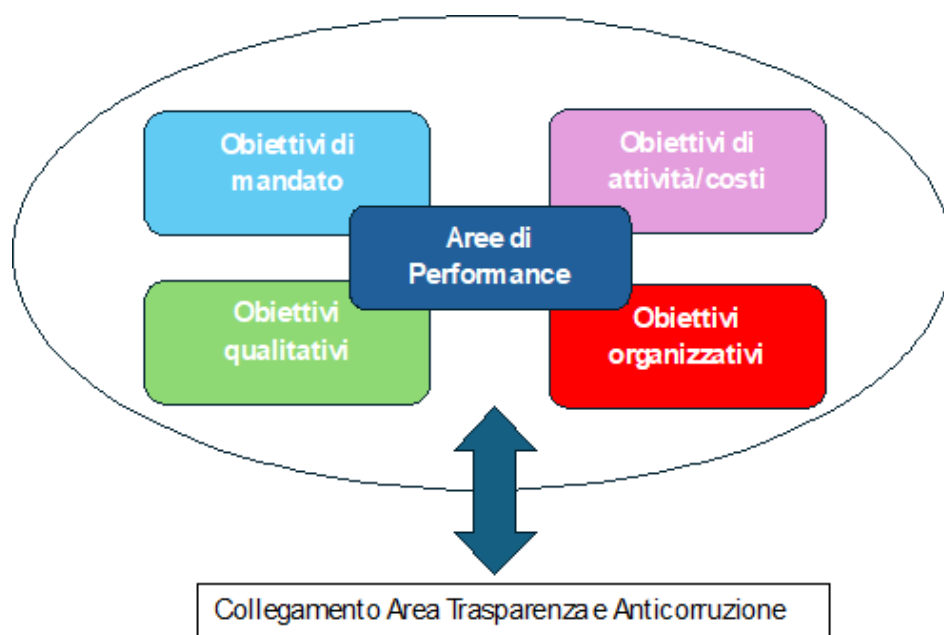
La presente Sezione rappresenta, quindi, la cornice di riferimento per orientare le priorità annuali e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti, in particolare attraverso il percorso di budget.

La realizzazione delle strategie aziendali viene valutata in maniera qualitativa dagli strumenti della gestione per progetti e in maniera quantitativa da sistemi di misurazione e valutazione delle performance aziendali. Pertanto, l'ASST di Cremona, in linea con le indicazioni del Regolamento aziendale "Budget Aziendale" (Decreto n. 1203 18/12/2024), ha definito, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato nelle seguenti aree:

1. Obiettivi di mandato: questa area prevede la declinazione degli obiettivi di mandato aziendali alle singole unità operative coinvolte (ad es. ricetta dematerializzata, target PNGLA, indicatori PNE, NSG, investimenti, ecc.)
2. Obiettivi di carattere economico (attività e costi): in questa area vengono inseriti obiettivi di natura economica che perseguono livelli di efficienza e/o di contenimento di specifiche voci costo (es. rapporto costo dispositivi medici/valorizzazione ricoveri ed indicatori di efficacia correlati all'attività (es. peso medio, degenza media)
3. Obiettivi qualitativi: in questa area rientrano tutti gli obiettivi finalizzati a valutare l'appropriatezza clinica, la qualità delle prestazioni erogate e la sicurezza dei pazienti (es. indicatori di sala operatoria, indicatori di PDTA)
4. Obiettivi organizzativi: in questo ambito vengono inseriti obiettivi di processo, legati alla realizzazione di processi aziendali di rilevanza strategica ed organizzativa (ad es. realizzazione nuovi PDTA, nuovi ambulatori, nuovi percorsi)

In sintesi, il "ciclo delle performance" è caratterizzato da:

- a) Multidimensionalità e Trasversalità: equilibrio tra le aree di performance oggetto di valutazione ("Non solo la prospettiva economica") e selezione di obiettivi a rilevanza strategica il cui raggiungimento è diffuso e capillare a livello aziendale;
- b) Semplificazione e Monitoraggio: gli obiettivi delle schede budget devono essere pochi e comprensibili, misurabili con indicatori di sintesi oggettivi facilmente calcolabili, accessibili e standardizzabili e costantemente oggetto di monitoraggio e di confronto con gli attori aziendali coinvolti per porre in essere per tempo azioni correttive e di miglioramento;
- c) Sistematicità: il sistema di valutazione è tanto più credibile quanto più è rigoroso, sistematico e oggettivo. In questo senso l'unità operativa Controllo di Gestione fornisce feedback periodici (mensili per la parte economica e trimestrali sulle altre aree di Performance) alla Direzione Strategica sul grado di raggiungimento e alle UU.OO. coinvolte che dovranno attivarsi per trovare soluzioni ad eventuali criticità che dovessero insorgere nel corso dell'anno;
- d) Chiarezza e Trasparenza: le logiche di valutazione sono oggettive frutto dell'applicazione delle regole di valutazione definite nell'ambito delle linee guida al budget;
- e) Comunicazione, formazione/informazione: il ciclo delle performance dovrà essere lo strumento attraverso il quale mettere in relazione il personale che opera sul territorio con quello che svolge l'attività nelle strutture sanitarie al fine di assicurare un percorso di integrazione di strumenti, conoscenze e risorse.



Di seguito si riporta l'albero delle Performance, ovvero uno schema rappresentativo degli obiettivi, suddivisi per area di performance, che l'ASST di Cremona intende perseguire nel prossimo triennio 2026-2028 con i relativi indicatori di risultato.

Dimensione	Area performance	Obiettivo	Indicatore	Consuntivo 2025*	Obiettivo 2026	Obiettivo 2027	Obiettivo 2028
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di carattere economico	Miglioramento livello di efficienza	Consumi Dispositivi Medici/Valorizzazione produzione (area ospedaliera)	16,75%	Rispetto target DG welfare 2025	Rispetto target DG welfare 2026	Rispetto target DG welfare 2027
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di carattere economico	Miglioramento attività sanitarie	Valorizzazione produzione (ricoveri e ambulatoriale al netto abbattimenti extrareg)	146.448.111€	Rispetto target DG welfare 2025	Rispetto target DG welfare 2026	Rispetto target DG welfare 2027
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Gestione dei pagamenti	Tempo medio di pagamento relativo agli acquisti di beni, servizi e forniture	53,17	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	93,20%	Rispetto benchmark regionale (>=90%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,91%	Rispetto benchmark regionale (<20%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,46%	Rispetto benchmark regionale (mediana RL 0,68%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,14%	Rispetto benchmark regionale (mediana RL 0,72%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Interventi per TM maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività >135 interventi/anno	184	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Proporzione di nuovo intervento di	n.d.	Rispetto benchmark	Rispetto benchmark	Rispetto benchmark

elevata qualità			resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM maligno alla mammella		regionale (<=2,5)	regionale	regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48H (PZ +65 anni)	67,61%	Rispetto benchmark regionale (>=80%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rapporto tra DRG a rischio inappropriatezze a DRG no a rischio	10,4%	Rispetto benchmark regionale (<=14%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rispetto dei tempi d'attesa per i ricoveri chirurgici oncologici come declinati da DG Welfare	80%	88%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rispetto dei tempi d'attesa ricoveri chirurgici non oncologici come declinati da DG Welfare	79,2%	85%	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Rispetto dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali come declinati da DG Welfare	79.821 prestazioni erogate (104,5% dell'obj)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivo di mandato	Miglioramento Esiti ed efficacia interna	Nuovo CUP Regionale	Processo ex novo	Rispetto del cronoprogramma regionale	Rispetto del cronoprogramma regionale	Rispetto del cronoprogramma regionale
Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità	Obiettivi di qualità	Risk Management	Schede di incident correttamente compilate/totale schede pervenute al risk manager	99,6%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Efficientamento del pronto soccorso	Tempistiche di sbarellamento: Contrazione ambulanze che sostano più di 30 minuti	31.60%	Rispetto benchmark regionale (<30%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Efficientamento del pronto soccorso	Riduzione del tasso di abbandono prima della visita (codici arancioni, rossi, verdi, azzurri)	2,8%	Rispetto benchmark regionale (<1,25%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Efficientamento del pronto soccorso	Incremento della % accessi in ps con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti	Dato medio provvisorio: poc 58% poop 52%	Rispetto benchmark regionale (>85%)	Rispetto benchmark regionale	Rispetto benchmark regionale
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Miglioramento fluidità dei percorsi	Degenza media ricoveri per acuti (al netto 0-1 gg)	8,91	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	Nr pazienti con pre-ricovero/totale interventi effettuati in elezione	95%	Miglioramento	Miglioramento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti	Obiettivi di qualità	Saturazione capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	% prericoveri scaduti	4%	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento
Miglioramento accessibilità e	Obiettivi di qualità	Saturazione capacità produttiva	Utilizzo delle procedure inserite nel	Pubblicata procedura	Pubblicazione nel sistema	Monitoraggio degli indicatori	Consolidamento del processo

tempi di risposta agli utenti		blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	nuovo Regolamento di sala operatoria (elezione ed urgenza/emergenza)	inerente le liste d'attesa chirurgiche. Redatta procedura inerente il regolamento di sala operatoria	qualità della procedura inerente il regolamento di sala ed implementazione delle procedure		
Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta	Obiettivi organizzativi	Promozione integrazione ospedale-territorio	Realizzazione ospedali di comunità e case di comunità	Consolidamento attività Ospedale di Comunità padiglione 8 Cremona	Avvio OdC di Soresina	Rispetto del cronoprogramma PNRR	Rispetto del cronoprogramma PNRR
Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta	Obiettivi organizzativi	Promozione integrazione ospedale-territorio	Realizzazione nuovo ospedale	Produzione PFTE rafforzato entro il 23/09/2025	Avvio progettazione esecutiva	Avvio gara lavori	Consegna dei lavori
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi	Programmazione ed attuazione C-DOM	Sviluppo e potenziamento assistenza a domicilio	674 pz valutati con ente erogatore ASST Cremona per un totale di 8893 accessi	+10% nr assistiti in carico a domicilio Riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri Soddisfazione utenti/familiari >90%	Miglioramento	Consolidamento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi qualitativi	Dimissioni protette da ospedale vs C-DOM	% segnalazioni appropriate tramite utilizzo di SGDT con la funzione di COT trasversale	90%	100%	Mantenimento	Mantenimento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi,	IfeC	Nr pazienti presi in carico dagli IfeC della casa di comunità/nr totale pazienti segnalati dalla COT del servizio dimissione protetta	80%	>=90%	100%	Mantenimento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi	IfeC	Nr casi condivisi e discussi con i MMG/Nr totale dei pazienti presi in carico dagli IfeC	100%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi	IfeC	Nr totale utenti in carico come progetto di sorveglianza domiciliare/Nr totale di pazienti inviati al PUA da parte di MMG	100%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi	Promozione integrazione ospedale-territorio (sviluppo organizzazione casa di comunità)	Realizzazione di ambulatori infermieristici	CdC Cremona: terminati lavori di adeguamento strutturale nel 3° trim 2025. Eseguita la progettazione ed avvio ambulatori infermieristici la progettazione ed avvio	CdC Cremona: avvio ambulatori CdC Casalmaggiore: mantenimento	Mantenimento e potenziamento	Mantenimento e potenziamento

				ambulatori infermieristici CdC Casalmaggiore: avviato ambulatorio wound care			
Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio	Obiettivi organizzativi	Promozione integrazione ospedale-territorio (sviluppo organizzazione casa di comunità)	Nr utenti in carico presso il servizio ambulatoriale infermieristico della casa di comunità/nr totale di pazienti indirizzati al servizio da parte di MMG/specialisti ospedalieri e specialisti infermieristici	CdC Casalmaggiore: 100%	100% CdC Cremona e CdC Casalmaggiore	Mantenimento	Mantenimento
Sostenibilità ed equità	Obiettivi organizzativi	Pari opportunità	% completamento azioni previste nel piano azioni positive	80%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
Sostenibilità ed equità	Obiettivi organizzativi	Sostenibilità ambientale	Interventi di revamping centrale termica	100%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Obiettivi organizzativi	Sviluppo POLA	Nr accordi individuali sottoscritti	5	23	48	48
	Collegamento alla Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza"	Realizzazione misure previste nella sezione 2.3	% di realizzazione di progetti inseriti nel piano	Vedasi relazione pubblicata al seguente link https://www.aasst-cremona.it/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corrruzione-e-della-trasparenza	>80%	Mantenimento	mantenimento

N.B. Si segnala che tutti i valori inseriti nella colonna consuntivo 2025, sono da considerarsi provvisori, in quanto la chiusura definitiva dei flussi avverrà il 15/02/2026

2.2.1. Performance organizzativa

La Performance organizzativa si traduce in una serie di strumenti già attivi e consolidati come il processo budget annuale e nel sistema di reporting e di valutazione interno aziendale. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano Integrato di attività ed Organizzazione ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali.

Il Budget è il principale strumento di governo aziendale tramite la previsione di obiettivi e programmi di attività e la periodica verifica e controllo del loro raggiungimento. Il processo di budget ha il duplice scopo di:

- coordinare gli obiettivi aziendali con le risorse disponibili sulla base anche dei vincoli e degli indirizzi regionali e nazionali
- favorire il coordinamento delle attività delle diverse unità operative verso un disegno comune e la responsabilizzazione in ordine agli obiettivi assegnati.

Per ciascuna unità operativa, titolare di CdR, si prevede una scheda budget con obiettivi operativi, indicatori di risultato, valori storici e valori attesi raggruppati nelle 4 aree di Performance sopra descritte.

Schema scheda budget

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso	Storico 2023	Storico 2024	Valore Atteso
Obiettivi di mandato						
Obiettivi economici (attività e costi)						
Obiettivi qualitativi						
Obiettivi organizzativi						

2.2.2. Performance individuale

Per promuovere a livello aziendale una maggiore responsabilizzazione sugli obiettivi assegnati, l'ASST di Cremona ha avviato a partire dall'anno 2018 anche per la dirigenza il processo di assegnazione degli obiettivi individuali da parte del Direttore di unità operativa. Tali obiettivi individuali possono essere declinati a partire dagli obiettivi negoziati nella scheda budget di CdR e/o possono essere proposti come aggiuntivi ad hoc.

L'azienda ha attivato un sistema di valutazione individuale mediante appositi strumenti che derivano dalle schede di budget e dagli accordi integrativi con le OOS a cui si rimanda per la regolamentazione di dettaglio. Di seguito si riporta la scheda di valutazione annuale per il riconoscimento della retribuzione di risultato per la dirigenza che è composta da due sezioni:

- "area dei risultati" che rappresenta il 70% della retribuzione di risultato. Questa area è riconducibile agli obiettivi di budget assegnati al CdR e/o ad obiettivi specifici individuali;
- "area del contributo individuale" che rappresenta il 30% della retribuzione di risultato.

Schema scheda di valutazione individuale della dirigenza

SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNUALE PER IL RICONOSCIMENTO DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO: ANNO ____				
CDR:				
Valutatore:				
Valutato:				
AREA RISULTATI¹ (70%)				
Risultati conseguiti su obiettivi di budget del CDR (si veda tabella allegata)				
Risultati conseguiti su obiettivi specifici individuali, se assegnati (si veda tabella allegata)				
Totale1				%
AREA CONTRIBUTI INDIVIDUALI² (30%)				
Scarso -> 0 Adeguato -> 0,9 Buono -> 1 Eccellente -> 1,1	Scarso	Adeguato	Buono	Eccellente
Impegno e contributo assicurato nello svolgimento delle attività assegnate e nel conseguimento degli obiettivi				
Partecipazione attiva a progetti, gruppi di lavoro, riunioni, ecc.				
Disponibilità e flessibilità (rispetto all'orario di lavoro, alle funzioni assegnate, ecc.)				
Rispetto dei codici, delle procedure e dei regolamenti interni				
Tempestività, correttezza e completezza nelle valutazioni espresse (solo per i valutati con incarico gestionale)				
Totale2 (somma punteggi assegnati / numero item applicati x 100)				%
VALUTAZIONE COMPLESSIVA³ (media pesata Totale1 e Totale2)				%
COMMENTI DEL VALUTATORE O DEL VALUTATO (obbligatori in caso di valutazioni sui contributi pari a Scarso o Eccellente)				
Data assegnazione Obiettivi (area risultati e area contributi individuali):				
Firma Valutatore:				
Firma Valutato (per presa visione):				
Data valutazione Obiettivi finale (area risultati e area contributi individuali):				
Firma Valutatore:				
Firma Valutato (per presa visione):				

¹ Sezione con informazioni fornite dal Controllo di Gestione, a seguito di validazione da parte del Nucleo di Valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e sulla base di specifica pesatura delle due tipologie di obiettivi

² Sezione a cura del valutatore

³ Valutazione negativa se punteggio complessivo inferiore a 60% E/O se almeno due item dell'area contributi con valutazione Scarso

Con Decreto del Direttore Generale n. 577 del 26/06/2024 è stato approvato il nuovo Regolamento sul processo di valutazione del comparto.

L'aggiornamento del sistema di valutazione il personale del comparto si è reso necessario al fine di operare una distinzione tra la scheda di valutazione destinata ai titolari di Incarichi di Funzione e quella utilizzata per gli altri dipendenti del comparto. Tale esigenza, evidenziata dal Nucleo di Valutazione della Performance (NVP), mirava a rendere la scheda degli IF maggiormente coerente con quella dei dirigenti, garantendo così una maggiore specificità nella valutazione di tali incarichi.

Le relative schede di valutazione sono state, quindi, riviste e modificate attribuendo un peso più significativo agli obiettivi. La nuova impostazione prevede anche un maggior rigore nella valutazione

stabilendo che la valutazione degli IF risulti negativa anche nel caso in cui almeno due elementi nell'area dei comportamenti ricevano una valutazione pari a "scarso", al fine di valutare in modo più accurato le prestazioni e i comportamenti dei titolari di incarichi di funzione.

Un'ulteriore novità riguarda l'introduzione, tra i diversi soggetti organizzativi, del Comitato di Garanzia Aziendale, che è stato istituito come organismo interno deputato a prendere in carico le richieste di riesame delle valutazioni (funzioni di garanzia). Il comitato è composto dal Direttore Amministrativo, dal Direttore della SC DAPSS, dal Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane o dai loro delegati.

L'organismo rappresenta un elemento chiave che offre ai dipendenti una modalità chiara e formale per ottenere un riesame delle proprie valutazioni nel caso in cui non concordino con la proposta fatta dal valutatore.

Infine, è stato fissato un periodo minimo di servizio affinché si possa procedere alla valutazione individuale annuale del dipendente (3 mesi-6mesi per cessati e neo assunti) e ciò al fine di evitare situazioni in cui un periodo di servizio troppo breve possa compromettere la fondatezza del giudizio complessivo.

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO
INCARICHI DI FUNZIONE ANNO 2024
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA**

Nome Cognome Valutato:

Matricola

CDR:

CDC:

AREA:

ADO (AREA DEGLI OPERATORI-EX BS)

ADA (AREA DEGLI ASSISTENTI-EX C)

APSF (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI-EX D/DS)

Nome Cognome Valutatore:

FASI DEL PROCESSO

	Firma Valutatore	Firma Valutato
Avvio: data attribuzione degli obiettivi _____		
Fase intermedia: data eventuale colloquio intermedio monitoraggio obiettivi _____		
Conclusione: data valutazione finale _____		

VALUTAZIONE FINALE

Punteggio comportamenti

Punteggio obiettivi

Punteggio totale:

Osservazioni sulla valutazione finale

Orientamenti per lo sviluppo delle competenze/comportamenti

Richiesta riesame della valutazione finale: **Sì** **No** *Firma*

VALUTAZIONE DEL COMITATO DI GARANZIA

Data

Firma Comitato Garanzia Aziendale:

Firma Valutatore:

Firma Valutato:

Punteggio obiettivi

Punteggio comportamenti

Punteggio Totale

A. DEFINIZIONE OBIETTIVI / VALUTAZIONE RISULTATI**Valutato**

Data	Obiettivi descrizione	Risultati attesi criteri di misurazione	Peso tot.= 140	Risultati raggiunti percentuale	Punteggio Percentuale del peso
Obiettivo di gruppo o del singolo operatore	1 OBIETTIVO DI INCARICO:		30		
	2 OBIETTIVO DI INCARICO:		30		
	3 OBIETTIVO DI INCARICO:		30		
	4 OBIETTIVI DI BUDGET: 1. 2.		50		
Totali	/	/	140	/	

Firma Valutatore

Firma Valutato

B. VALUTAZIONE COMPORTAMENTI PROFESSIONALI

Valutato

S=scarso A=adeguato B=buono E=eccellente		IFP				IFO			
		S	A	B	E	S	A	B	E
Autonomia	Capacità di realizzare i propri compiti professionali anche in assenza di prassi o procedure consolidate	0	5	7	9	0	1	2	3
Flessibilità	Disponibilità a coniugare i propri comportamenti professionali con i cambiamenti che si determinano nel contesto operativo	0	5	7	9	0	1	2	3
Innovazione tecnica	Capacità di elaborare nuove soluzioni operative, utilizzando anche opportunità formative, integrandole con le metodologie di lavoro e gli assetti organizzativi esistenti	0	5	7	9	0	1	2	3
Qualità delle prestazioni tecniche	Capacità di ripensare al proprio modo di operare, valorizzando l'ascolto e l'osservazione, al fine di migliorare sia l'efficienza che l'accuratezza dei servizi erogati	0	5	7	9	0	1	2	3
Attenzione ai cittadini - clienti	Attenzione alle domande e alle aspettative dei cittadini / clienti, delle persone ricoverate e dei loro familiari	0	5	7	9	0	1	2	3
Totale punti comportamenti professionali - Incarichi di funzione professionale (IFP) max p. 45 - Incarichi di funzione organizzativa (IFO) max p. 15									

C. VALUTAZIONE COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI

S=scarso A=adeguato B=buono E=eccellente		IFP				IFO			
		S	A	B	E	S	A	B	E
Autonomia	Capacità di assumere responsabilità attinenti alla propria funzione e, considerando il contesto operativo, attuare decisioni coerenti con i protocolli definiti e gli obiettivi individuati	0	1	2	3	0	5	7	9
Flessibilità	Disponibilità a ridefinire la propria operatività e la propria collocazione in relazione al variare dei vincoli organizzativi e della domanda	0	1	2	3	0	5	7	9
Innovazione organizzativa	Capacità di promuovere miglioramenti, valorizzando le risorse esistenti, per favorire cooperazioni e condivisioni	0	1	2	3	0	5	7	9
Qualità delle comunicazioni e relazioni	Attenzione alle comunicazioni e alle relazioni con i colleghi e i responsabili per favorire efficaci scambi di informazioni e migliorare la qualità dei servizi	0	1	2	3	0	5	7	9
Attenzione al gruppo e all'istituzione	Capacità di gestire i conflitti e di raggiungere accordi con i colleghi, i responsabili e altri interlocutori organizzativi per facilitare il funzionamento del servizio	0	1	2	3	0	5	7	9
Totale punti comportamenti organizzativi - Incarichi di funzione professionale (IFP) max p. 15 - Incarichi di funzione organizzativa (IFO) max p. 45									

Firma Valutatore

Firma Valutato

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO DELL'AZIENDA

SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DESCRIZIONE

La scheda è composta da tre sezioni:

- Una sezione per la definizione e la valutazione di Obiettivi e Risultati:
 - individuali

In fase di definizione ad ogni obiettivo va assegnato un peso, la somma totale dei pesi assegnati ai 4 obiettivi (di cui n. 3 correlati all'incarico conferito) deve corrispondere a punti 140 (la somma dei pesi degli obiettivi di incarico deve essere superiore al peso degli obiettivi di budget).

- Due sezioni dedicate alla valutazione dei comportamenti lavorativi, e nello specifico alla:

- valutazione dei comportamenti professionali
- valutazione dei comportamenti organizzativi

Entrambe sono divise in **5 ambiti** di osservazione.

Le diverse scale pur assegnando punteggi differenziati agli ambiti di comportamento lavorativo considerati determinano per ciascun valutato, indipendentemente dalla categoria di appartenenza, un risultato finale complessivo della valutazione che può raggiungere i 60 punti. Nello specifico

Comportamenti

Professionali Permette di attribuire:

- un massimo di 15 punti per gli incarichi di funzione organizzativa (IFO)
- un massimo di 45 punti per gli incarichi di funzione professionale (IFP)

Comportamenti Organizzativi

Permette di attribuire:

- un massimo di 45 punti per gli incarichi di funzione organizzativa (IFO)
- un massimo di 15 punti per gli incarichi di funzione professionale (IFP)

L'insieme delle tre sezioni consente di raggiungere un **punteggio massimo di 200** punti. **L'attribuzione del punteggio corrispondente punti 200, in quanto considerato eccezionale, deve essere supportato da adeguata e dettagliata motivazione**

La scheda deve essere SEMPRE sottoscritta da valutatore e valutato.

Nel caso in cui il valutato non concordi sul punteggio attribuito, DEVE comunque sottoscrivere la scheda e, contestualmente, CHIEDERE il riesame della valutazione se il punteggio attribuito determina una riduzione della premialità.

La mancata richiesta di riesame renderà definitiva la valutazione proposta dal valutatore e comporterà la mancata erogazione della premialità.

Si rinvia al Regolamento sul processo di valutazione del personale del comparto per ogni ulteriore informazione

La VALUTAZIONE è POSITIVA a partire da un punteggio minimo di punti 120.

La valutazione è **negativa** se il punteggio complessivo è inferiore a punti 120 e/o se almeno quattro item dell'area dei comportamenti hanno valutazione "scarso".

In tal caso la proposta di VALUTAZIONE NEGATIVA viene trasmessa al NUCLEO DI VALUTAZIONE

SCHEDA DI VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO ANNO 2024 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

Nome Cognome Valutato:	Matricola
CDR:	CDC:
AREA: PS (PERSONALE DI SUPPORTO-EX A/B) ADO (AREA DEGLI OPERATORI-EX BS) ADA (AREA DEGLI ASSISTENTI-EX C) APSF (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI-EX D/DS)	

Nome Cognome Valutatore:

FASI DEL PROCESSO		
	Firma Valutatore	Firma Valutato
Avvio: attribuzione degli obiettivi - in data _____		
Fase intermedia: eventuale colloquio intermedio monitoraggio obiettivi - in data _____		
Conclusione: valutazione finale - in data _____		

VALUTAZIONE FINALE			
Punteggio comportamenti		Punteggio obiettivi	
		Punteggio totale:	
Osservazioni sulla valutazione finale			
Orientamenti per lo sviluppo delle competenze/comportamenti			

Richiesta riesame della valutazione finale: Sì No <i>Firma</i>
--

VALUTAZIONE DEL COMITATO DI GARANZIA	
Data	Firma Comitato Garanzia Aziendale:
	Firma Valutatore:
	Firma Valutato:

Punteggio obiettivi Punteggio comportamenti Punteggio Totale
--

A. DEFINIZIONE OBIETTIVI / VALUTAZIONE RISULTATI

Valutato

Data		Obiettivi descrizione	Risultati attesi criteri di misurazione	Peso tot.= 75	Risultati raggiunti percentuale	Punteggio Percentuale del peso
Obiettivo di gruppo o del singolo operatore	1					
	2					
	3					
	4					
Totali		/	/	75	/	

Firma Valutatore Firma Valutato

B. VALUTAZIONE COMPORTAMENTI PROFESSIONALI	Valutato	
---	----------	--

S=scarso A=adeguato B=buono E=eccellente		PS				ADO-ADA-APSF			
		S	A	B	E	S	A	B	E
Autonomia	Capacità di realizzare i propri compiti professionali anche in assenza di prassi o procedure consolidate	0	7	11	15	0	6	8	10
Flessibilità	Disponibilità a coniugare i propri comportamenti professionali con i cambiamenti che si determinano nel contesto operativo	0	7	11	15	0	6	8	10
Innovazione tecnica	Capacità di elaborare nuove soluzioni operative, utilizzando anche opportunità formative, integrandole con le metodologie di lavoro e gli assetti organizzativi esistenti	0	7	11	15	0	6	8	10
Qualità delle prestazioni tecniche	Capacità di ripensare al proprio modo di operare, valorizzando l'ascolto e l'osservazione, al fine di migliorare sia l'efficienza che l'accuratezza dei servizi erogati	0	7	11	15	0	6	8	10
Attenzione ai cittadini - clienti	Attenzione alle domande e alle aspettative dei cittadini / clienti, delle persone ricoverate e dei loro familiari	0	7	11	15	0	6	8	10
Totale punti scheda B - PS max p. 75 - ADO-ADA-APSF max p. 50									

C. VALUTAZIONE COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI

S=scarso A=adeguato B=buono E=eccellente		PS				ADO-ADA-APSF			
		S	A	B	E	S	A	B	E
Autonomia	Capacità di assumere responsabilità attinenti alla propria funzione e, considerando il contesto operativo, attuare decisioni coerenti con i protocolli definiti e gli obiettivi individuati	0	6	8	10	0	7	11	15
Flessibilità	Disponibilità a ridefinire la propria operatività e la propria collocazione in relazione al variare dei vincoli organizzativi e della domanda	0	6	8	10	0	7	11	15
Innovazione organizzativa	Capacità di promuovere miglioramenti, valorizzando le risorse esistenti, per favorire cooperazioni e condivisioni	0	6	8	10	0	7	11	15
Qualità delle comunicazioni e relazioni	Attenzione alle comunicazioni e alle relazioni con i colleghi e i responsabili per favorire efficaci scambi di informazioni e migliorare la qualità dei servizi	0	6	8	10	0	7	11	15
Attenzione al gruppo e all'istituzione	Capacità di gestire i conflitti e di raggiungere accordi con i colleghi, i responsabili e altri interlocutori organizzativi per facilitare il funzionamento del servizio	0	6	8	10	0	7	11	15
Totale punti scheda B - PS max p. 50 - ADO-ADA-APSF max p. 75									

Firma Valutatore Firma Valutato

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO DELL'AZIENDA

SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DESCRIZIONE

La scheda è composta da tre sezioni:

- **Una sezione per la definizione e la valutazione di Obiettivi e Risultati:**

- individuali

In fase di definizione ad ogni obiettivo va assegnato un peso, la somma totale dei pesi assegnati ai 5 obiettivi deve corrispondere a 75.

- **Due sezioni dedicate alla valutazione dei comportamenti lavorativi, e nello specifico alla:**

- valutazione dei comportamenti professionali
- valutazione dei comportamenti organizzativi

Entrambe sono divise in **5 ambiti** di osservazione.

Le diverse scale pur assegnando punteggi differenziati agli ambiti di comportamento lavorativo considerati determinano per ciascun valutato, indipendentemente dalla categoria di appartenenza, un risultato finale complessivo della valutazione che può raggiungere i 125 punti. Nello specifico

Comportamenti Professionali

Permette di attribuire:

- un massimo di 75 punti (per il personale di supporto)
- un massimo di 50 punti (per le aree degli operatori, degli assistenti, dei professionisti della salute e dei funzionari)

Comportamenti Organizzativi

Permette di attribuire:

- un massimo di 50 punti (per il personale di supporto)
- un massimo di 75 punti (per le aree degli operatori, degli assistenti, dei professionisti della salute e dei funzionari)

L'insieme delle tre sezioni consente di raggiungere un **punteggio massimo di 200** punti. **L'attribuzione del punteggio corrispondente a punti 200, in quanto considerato eccezionale, deve essere supportato da adeguata e dettagliata motivazione**

La scheda deve essere SEMPRE sottoscritta da valutatore e valutato.

Nel caso in cui il valutato non concordi sul punteggio attribuito, DEVE comunque sottoscrivere la scheda e, contestualmente, CHIEDERE il riesame della valutazione se il punteggio attribuito determina una riduzione della premialità.

La mancata richiesta di riesame renderà definitiva la valutazione proposta dal valutatore e comporterà la mancata erogazione della premialità.

Si rinvia al Regolamento sul processo di valutazione del personale del comparto per ogni ulteriore informazione.

La VALUTAZIONE è considerata POSITIVA a partire da un punteggio minimo di punti 120.

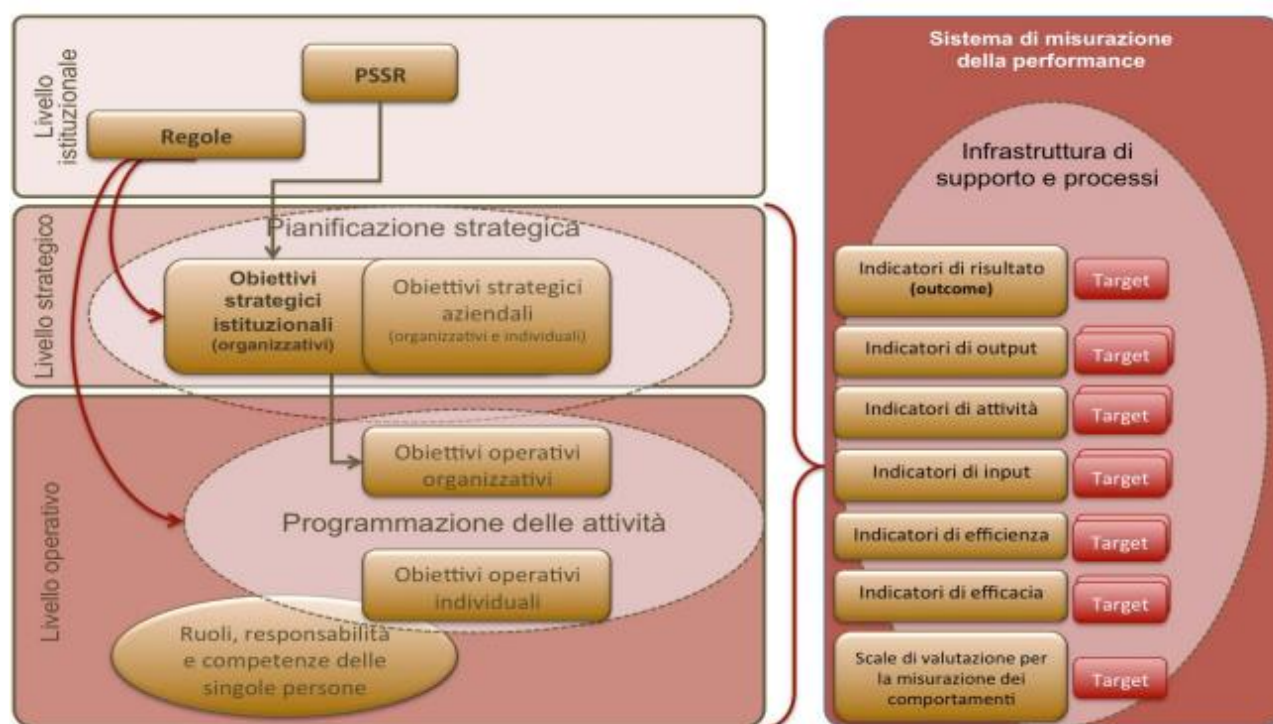
La valutazione da parte del valutatore inferiore a punti 120 viene considerata proposta di VALUTAZIONE NEGATIVA.

In tal caso la proposta di VALUTAZIONE NEGATIVA viene trasmessa al NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (NVP).

2.2.3. Ciclo di gestione della Performance

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 qualiquantitativi, 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.

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 PRSS, 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).

Di seguito si riporta la sintesi del ciclo di budget, come indicato sul regolamento aziendale vigente:

1. Definizione delle Linee guida del processo di Budget: a seguito della presa d’atto delle regole del Sistema Sanitario Regionale, Le LLGG sono condivise all’interno del Collegio di Direzione.
2. Definizione delle Schede di Budget: il Comitato Budget valida le proposte di schede di Budget elaborate dall’UO Controllo di Gestione, coerentemente alle “Linee Guida di Budget”. Le proposte di schede di budget personalizzate vengono inviate a ciascun CdR a cui segue un momento di negoziazione ufficiale che si conclude con la sottoscrizione delle suddette schede da parte della Direzione Strategica, del Direttore del Dipartimento e del Responsabile di CdR. Entro un mese dalla

sottoscrizione, ciascun Responsabile di CdR è tenuto a divulgare gli obiettivi negoziati e ad assegnare eventuali obiettivi individuali.

3. Monitoraggio infrannuale della performance che consiste in un sistema costante di monitoraggio (a cadenza trimestrale) degli obiettivi contenuti nelle schede di budget e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili;
4. Valutazione performance organizzativa e performance individuale: a seguito della raccolta dei dati e delle rendicontazioni delle UUOO certificatrici funzionali, viene effettuata la valutazione della scheda budget e, quindi, viene definito il grado di raggiungimento degli obiettivi per ogni singolo Centro di Responsabilità. Dopo eventuali controdeduzioni da parte delle singole UUOO, i risultati ottenuti sono presentati al Nucleo di Valutazione delle Performance, previa validazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione dei risultati da parte dello stesso. Dopo che è stata assunta la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi dei singoli CdR si procede alla valutazione della performance individuale sulla base della scheda di valutazione individuale.
5. Relazione sulla Performance: come previsto dall'art. 10, c. 1, lettera b, del d. lgs. 150/2009, viene redatta la Relazione sulla Performance che rappresenta il momento conclusivo del Ciclo di Gestione della Performance, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

Fasi/Tempi	Entro quando?
Recepimento Regole di Sistema e incontri pre-budget con i Dipartimenti Piano triennale della Performance	Entro gennaio/febbraio
Negoziante Schede Budget	Entro marzo/aprile
assegnazione Monitoraggio infrannuale con eventuale revisione	trimestrale
Valutazione finale schede budget (performance organizzativa) Valutazione budget performance individuale	Entro maggio/giugno anno successivo
Relazione Piano Performance	Entro giugno anno successivo

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

INTRODUZIONE

La presente sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST di Cremona per il periodo 2026-2028 è redatta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza aziendale e attua quanto disposto dall'art. 1 comma 8 della legge n. 190 del 2012 (*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni*), dal decreto legge n. 80/2021 (*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*), convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, e dal decreto ministeriale n. 132/2022 (*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*), in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera CIVIT n.72/2013 e dai successivi aggiornamenti annuali, dagli orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, contenuti nel documento emanato da ANAC ed approvato dal Consiglio della medesima Autorità in data 2 febbraio 2022, dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022, adottato con deliberazione ANAC n. 7 del 17.01.2023 e dall'Aggiornamento 2023, di cui alla deliberazione n. 605 del 19.12.2023, e dal documento "Indicazioni per la definizione della Sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del 23.07.2025.

La presente Sezione del PIAO tiene conto, inoltre, del principio, riconosciuto dal legislatore e da ANAC, secondo il quale l'adeguamento agli obiettivi della riforma sul PIAO deve avvenire in maniera progressiva e il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO deve essere crescente e graduale, partendo dal

patrimonio di esperienze maturato nel tempo dalle amministrazioni ed evitando una mera giustapposizione dei piani assorbiti dal nuovo strumento di programmazione aziendale, al fine di reingegnerizzare i processi delle attività dell'Amministrazione.

Gli obiettivi strategici

L'ASST di Cremona persegue l'obiettivo del "valore pubblico", inteso come "miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio", come declinato nella Sezione dedicata del presente PIAO.

La pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, integrata con gli altri strumenti di pianificazione aziendale, rappresenta, quindi, essa stessa, una dimensione del "valore pubblico"; allo stesso modo, l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza genera, di per se, valore pubblico, essendo strumentale alla produzione di risultati sia economici che di miglioramento dei servizi.

L'ASST di Cremona, pertanto, perseguendo le finalità di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione all'interno dell'ASST, aumentare la capacità di scoprire eventuali casi di corruzione e di realizzare un contesto sfavorevole alla corruzione, in continuità con i precedenti PTPCT e le Sezioni dei PIAO dell'Ente, si pone quali propri obiettivi strategici nel triennio 2026 - 2028:

- il continuo rafforzamento delle attività di analisi dei processi e dei rischi;
- l'incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte dei stakeholder, sia interni che esterni;
- l'incremento della formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed etica, sia in termini di ampliamento costante della copertura, sia di innalzamento del livello qualitativo;
- l'integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni.

A tal fine, sono contenuti nella presente Sezione, gli strumenti di programmazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, costituenti il sistema aziendale così come declinato anche nei precedenti PTPCT e Sezioni del PIAO, strumenti progressivamente affinati e modificati, tenuto conto:

- dei risultati ottenuti e degli esiti dei monitoraggi sulla loro applicazione;
- della valutazione sulla loro sostenibilità organizzativa;
- della valutazione sulla loro coerenza con la performance aziendale;
- della valutazione sulla possibilità di rimodulazione di misure originariamente contemplate, ma non ancora compiutamente attuate o rese efficaci.

Nella presente Sezione sono, pertanto, declinate le misure anticorruzione e trasparenza da realizzare concretamente, le responsabilità, i relativi tempi di attuazione e le modalità di vigilanza sulla loro applicazione e sulla loro efficacia. In raccordo con la Sezione Performance del presente PIAO, con il vigente sistema di budget aziendale e con il sistema di valutazione individuale, le misure di prevenzione costituiranno per le strutture aziendali e per il relativo personale degli obiettivi di budget, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa.

Elemento essenziale della politica di prevenzione e contrasto alla corruzione dell'ASST è, inoltre, la trasparenza dell'attività amministrativa intesa, ai sensi dell'art. 1 comma 15 della legge 190/2012, quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117, secondo comma,

lettera m) della Costituzione”. L’art. 1 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal decreto legislativo del 25 maggio 2016, n. 97, individua la trasparenza come *“accessibilità totale dei dati e 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”*.

Il ruolo della trasparenza è oggi arricchito dal compito che la stessa svolge in termini di produzione del valore pubblico.

In linea con quanto indicato da ANAC nelle proprie delibere n. 1310/2016, n. 495/2024 e n. 481/2025, nella presente Sezione è altresì contenuta la programmazione della trasparenza, che prevede l’organizzazione dei flussi informativi ed i soggetti responsabili delle attività di elaborazione, trasmissione, validazione e pubblicazione dei dati e monitoraggio sull’attuazione degli obblighi.

Tutto ciò premesso, l’aggiornamento del PIAO 2026-2028 per la presente sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” è principalmente correlato ai seguenti processi aziendali, in quanto oggetto di revisione e modifica a seguito dell’entrata in vigore di specifica normativa e/o trasferimento di competenze a livello istituzionale: attività inerenti il ciclo di vita dei contratti pubblici per la fornitura di beni e servizi e di lavori (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento, esecuzione); attività inerenti l’attuazione dei progetti PNRR; attività inerenti lo sviluppo del polo territoriale, attività inerenti lo svolgimento delle funzioni correlate alla gestione della medicina convenzionata, attività inerenti l’attivazione della telemedicina. La valutazione di tali processi, attivata nel 2024, proseguirà anche negli anni successivi, sarà oggetto di costante monitoraggio e terrà conto del diverso livello di esposizione al rischio delle attività coinvolte.

Coordinamento con la performance e con i sistemi di controllo interno

L’efficacia degli strumenti di prevenzione della corruzione e per la trasparenza è strettamente connessa alla fattiva collaborazione di tutti i soggetti aziendali, che trova il coordinamento dei contenuti anticorruzione e di quelli degli altri strumenti di programmazione aziendali, principalmente di performance, attraverso:

- la previsione nella Sezione del PIAO dedicato alla Performance di precisi obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati fissati per la realizzazione delle misure anticorruzione e trasparenza, quali obiettivi di performance strategica e organizzativa;
- l’attribuzione, nell’ambito delle schede budget delle strutture aziendali e delle performance individuali, di obiettivi e indicatori corrispondenti alle misure previste nella presente Sezione del PIAO sotto forma di obiettivi istituzionali.

Parimenti, di fondamentale importanza è il coordinamento delle strategie in materia di anticorruzione e trasparenza con gli strumenti di controllo interno, in particolare Risk Management, Sistema Qualità e Internal Auditing, sia mediante l’utilizzo di strumenti comuni e/o condivisi di analisi, monitoraggio e controllo, sia attraverso lo scambio di informazioni e la condivisione dei risultati. Tale collaborazione è fondamentale per il costante aggiornamento del catalogo dei processi aziendali e la relativa conclusione dell’analisi dei rischi. A tale scopo, l’ASST di Cremona ha attivato da gennaio 2025 il Comitato aziendale dei Controlli interni, presieduto dal RPCT aziendale.

Il sistema di governance per la prevenzione della corruzione

L’ASST di Cremona concepisce la “prevenzione della corruzione” come l’introduzione, in modo organico, e la messa a sistema di misure che prevengono condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali – riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione – potenzialmente prodromiche, ovvero che costituiscono un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

I soggetti ed i ruoli che costituiscono il sistema di prevenzione della corruzione nella ASST di Cremona sono i seguenti:

IL DIRETTORE GENERALE: nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 190/2012; adotta il PIAO, che ha durata triennale, ed i suoi aggiornamenti annuali, che contiene la sezione inerente i rischi corruttivi e la trasparenza su proposta del Responsabile della Prevenzione; adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. Nell'ASST di Cremona il Direttore Generale è il dott. Ezio Belleri, nominato con DGR n XII/1625 del 21.12.2023, a decorrere dal 01.01.2024 fino al 31.12.2026;

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT): propone al Direttore Generale la sezione del PIAO riguardante i rischi corruttivi e la trasparenza ed i suoi periodici aggiornamenti; verifica l'efficace attuazione delle misure contenute nella sezione dedicata del PIAO e la loro idoneità; propone modifiche al PIAO, per la sezione di competenza, in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione; verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità; elabora annualmente la relazione sull'attività svolta e curarne la pubblicazione sul sito web aziendale nell'area "Amministrazione Trasparente". I compiti del Responsabile non possono essere delegati a terzi, né tanto meno esternalizzati. Le responsabilità del RPCT sono dettagliatamente descritte nella legge n. 190/2012 e nel decreto legislativo n. 97/2016, ai quali si rinvia. Come indicato nel vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, la funzione aziendale "Trasparenza e Anticorruzione" è collocata in staff al Direttore Generale in ragione della trasversalità e della necessità di assicurare, quanto più possibile, la posizione di terzietà e indipendenza. Nell'ASST di Cremona è attualmente incaricato come RPCT, e di cui ai decreti n. 404 del 21.12.2018 e n.446 del 15.10.2019, il dirigente amministrativo dott.ssa Bonfanti Marianna. Il RPCT è contattabile all'indirizzo mail responsabile.trasparenza@asst-cremona.it.

La Direzione Strategica si raccorda e partecipa attivamente alla definizione delle politiche di prevenzione, in stretta collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che agisce in qualità di process owner avvalendosi di una rete di relazioni e supporti identificati nell'organizzazione su due livelli: il primo, ordinario, con i vertici aziendali (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario) e i responsabili delle diverse articolazioni aziendali (Capi Dipartimento Gestionali e Funzionali, Direttori delle Strutture Complesse) individuati quali responsabili della gestione di procedure a rischio; il secondo livello di relazione si attua nel Comitato aziendale di Coordinamento dei controlli interni, organismo attivato da gennaio 2025 e presieduto dal RPCT aziendale; il Comitato persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo uno strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali. L'obiettivo è anche quello di creare un sistema informativo "circolare" in grado di gestire il complesso delle misure di prevenzione in modo partecipato, accompagnare il sistema verso la cultura della prevenzione ed applicarla come qualsiasi altro fattore di produzione.

Il RPCT coordina, inoltre, la propria attività con i responsabili aziendali delle altre sezioni del PIAO: a tal fine, il RPCT è parte del gruppo di lavoro aziendale per la predisposizione del PIAO, istituito con decreto n. 527 del 1.12.2022.

IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA): con decreto n. 364 del 2 maggio 2024 l'ASST di Cremona ha nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA), nella persona del dott. Giacomo Giatti, dirigente amministrativo con incarico di supplenza di direttore della struttura complessa Gestione Acquisti, incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, presso l'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC) nell'ambito della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), di cui all'art. 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

IL GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO: con provvedimento deliberativo n. 89 del 19.02.2018, l'ASST di Cremona ha individuato nel Direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità il "gestore" delle segnalazioni sospette, ai sensi del decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento di terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione". Nel 2019, con decreto n. 484 del 15.11.2019 è stato approvato il regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

I DIRIGENTI RESPONSABILI DI UFFICI/SERVIZI/STRUTTURE: concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; controllano il rispetto delle misure contenute nel Piano, da parte dei dipendenti assegnati all'Ufficio / Servizio / Struttura cui sono preposti; forniscono tutte le informazioni richieste dal Responsabile della Prevenzione, ai fini dell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, formulando specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio; monitorano le attività ad elevato rischio di corruzione nell'ambito dell'Ufficio / Servizio / Struttura a cui sono preposti, disponendo con provvedimento motivato la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva; adempiono, per le materie e gli ambiti di propria competenza, agli obblighi di trasparenza previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come meglio descritto nella Parte dedicata della presente Sezione. Ciascun Dirigente ha facoltà di individuare, all'interno dell'Ufficio / Servizio / Unità Operativa di competenza, un referente per l'anticorruzione e la trasparenza con il compito di rapportarsi direttamente con il Responsabile della prevenzione allo scopo di meglio adempiere agli obblighi di informazione sopra indicati.

I DIPENDENTI DELL'AZIENDA: partecipano al processo di analisi del rischio, osservano le misure contenute nella Sezione del PIAO dedicata; segnalano i casi di personale in conflitto di interesse e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) (art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001 e art. 4 del vigente codice di comportamento aziendale).

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI: l'UPD svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis decreto legislativo n. 165/2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria (art. 20 decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art. 1, comma 3, legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.), compartecipa all'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale.

Ai sensi dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali (ACN) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, con i medici di medicina generale e con i medici pediatri di libera scelta, nel caso in cui pervengano segnalazioni disciplinari relative rispettivamente a specialisti ambulatoriali convenzionati, medici di medicina generale convenzionati o pediatri di libera scelta convenzionati, l'UDP si rinominerà in UPDC, attivandosi, conformemente ai rispettivi ACN, nella composizione definita dall'ASST con i propri decreti n. 762/24, 638/24 e 542/24.

IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI: svolge negli Enti sanitari del SSR di Regione Lombardia le funzioni definite da ultimo con D.G.R n. XI/4942 del 29/06/2021. Esso rappresenta, quindi, nelle ASST il soggetto avente funzioni analoghe all'Organismo indipendente di valutazione di cui all'art.14 del decreto legislativo n.150/09. In seguito alle modifiche legislative inerenti l'entrata in vigore del PIAO e la soppressione dei piani di programmazione in esso assorbiti, le funzioni sono da ricondurre a quanto stabilito dalla normativa per il monitoraggio delle singole sezioni costituenti il PIAO. Per quanto riguarda la Sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e per la trasparenza, come disciplinato da ANAC nel PNA 2022, deve essere valorizzata la collaborazione tra il RPCT e il Nucleo di Valutazione al fine di favorire il miglioramento dell'integrazione tra la Sezione anticorruzione e trasparenza e la Sezione performance del PIAO. A tal fine, il Nucleo di Valutazione è chiamato a verificare: la coerenza tra gli obiettivi inseriti nella Sezione anticorruzione e quelli della Sezione della performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori; che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza; le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure; i contenuti della Relazione annuale del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ed agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni del PIAO: a tal fine il Nucleo di Valutazione può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti; esprime parere obbligatorio per l'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'ASST di Cremona, ai sensi dell'art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001; attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai sensi del decreto legislativo 150/2009.

IL GRUPPO INTERAZIENDALE DEI RESPONSABILI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA, IL GRUPPO REGIONALE E IL FORUM ANAC DEI RPCT: il RPCT aziendale partecipa attivamente ai gruppi interaziendali che si sono costituiti nel tempo con lo scopo di condividere sia le linee interpretative e la relativa applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza, sia le esperienze e le buone prassi poste in essere dalle singole Aziende, nonché alle reti ed ai network regionali e di ANAC, per una proficua attività di analisi e confronto.

Il processo di programmazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione

L'identificazione degli strumenti e delle fasi da attuare per il raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla corruzione e di trasparenza deriva dall'attuazione della seguente metodologia di sistema, in linea con le indicazioni contenute nel PNA:

- valutazione del contesto esterno, al fine di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'ASST opera e che possono favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- valutazione del contesto interno, al fine di evidenziare come la mission dell'ASST o la propria struttura organizzativa e complessità possono influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- mappatura dei processi per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività dell'ASST, espongono l'Azienda a rischi corruttivi, con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- individuazione e la valutazione dei rischi corruttivi;
- progettazione di misure organizzative per il trattamento dei rischi;
- monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- programmazione ed monitoraggio delle misure di trasparenza.

Inoltre, in continuità con la metodologia attuata per la elaborazione dei precedenti PTPCT aziendali, l'identificazione delle misure di prevenzione ha anche tenuto conto:

- delle risultanze del monitoraggio circa l'implementazione delle misure di prevenzione;

- delle eventuali osservazioni e dei suggerimenti pervenuti nel corso dell'anno da parte dei diversi portatori di interessi, tramite i canali dedicati agli stakeholder, tra i quali: incontri per presentazione dei servizi, la gestione dei reclami, le osservazioni nei questionari di customer satisfaction;
- delle risultanze delle attività di controllo interno sviluppate in azienda, quali l'internal auditing;
- dell'entrata in vigore di normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- dell'entrata in vigore di normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- dell'emersione di rischi non precedentemente considerati;
- delle direttive emanate da ANAC.

ANAGRAFICA E ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi prevista nella presente Sezione, che si integra con i dati e le informazioni già raccolte nelle altre Sezioni del PIAO, ricomprende le seguenti macro aree: il territorio (demografia, società, economia e mercato del lavoro), il contesto criminale ed i reati contro la pubblica amministrazione, le verifiche della Corte dei Conti rispetto l'efficienza e l'efficacia dell'agire pubblico e l'attuazione degli strumenti di controllo esterni e di sistema. A ciò si aggiunge anche l'osservazione dell'indice di percezione della corruzione (IPC), indicatore statistico pubblicato annualmente da Transparency International ed utilizzato per creare una graduatoria dei Paesi del mondo, ordinata sulla base dei livelli di corruzione percepita, come determinati da valutazioni degli esperti e da sondaggi di opinione.

L'IPC, che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico in più di 108 paesi, assegnando un punteggio da 0 (altamente corrotto) a 100 (molto pulito), ha registrato in Italia, nell'anno 2024, un punteggio di 54, collocando il Paese al 52° posto nella classifica globale ed al 19° posto tra i 27 paesi membri dell'Unione Europea.

Il territorio cremonese attuale occupa una striscia di pianura che si estende stretta e allungata verso il sud della Lombardia. Confina con la provincia di Bergamo e la provincia di Brescia (a nord), con la provincia di Mantova (a est), con l'Emilia-Romagna, territorio della provincia di Parma e della provincia di Piacenza (a sud), con la provincia di Lodi e la città metropolitana di Milano (a ovest). Confini naturali sono il Po, l'Adda e l'Oglio. La provincia di Cremona si articola in 4 circoscrizioni territoriali per l'impegno e in 3 ambiti sociali.

Per la descrizione demografica e territoriale si rinvia alla Sezione "Scheda anagrafica dell'Amministrazione" del presente PIAO.

L'analisi riferita, invece, alla criminalità ed ai reati contro la pubblica amministrazione si basa sugli approfondimenti e sulle informazioni contenute nelle relazioni semestrali rese dalla DIA – Direzione Investigativa Antimafia" e dai rapporti delle Forze dell'Ordine (Relazioni DIA – "Attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia" anno 2024: pubblicata e consultabile al link <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/>)

Gli elementi investigativi raccolti dalla DIA nell'anno 2024 confermano la consolidata propensione delle organizzazioni mafiose ad adattarsi alla mutevolezza dei contesti socio-economici, ad acquisire capacità imprenditoriali ed ad implementare specifiche capacità relazionali, particolarmente mirate al perseguimento di illeciti arricchimenti. Si legge *"Non di rado, l'accentuazione della vocazione economica delle consorterie si sposa, soprattutto nelle regioni trainanti per l'economia ove maggiore è la presenza imprenditoriale e più vivaci gli scambi finanziari, con la determinazione di evadere il fisco da parte di alcuni titolari di imprese che tendono ad aggirare le regole della libera concorrenza, ignorando i comportamenti fiscalmente corretti. Si tratta di fenomeni difficili da intercettare poiché in molti casi gli imprenditori, piuttosto che incolpevoli vittime dei mafiosi, ne diventano in qualche modo conniventi e complici. L'attrattiva esercitata dalle organizzazioni mafiose non si orienta, tuttavia, solo verso il settore meramente*

produttivo e dei servizi, ma si estende anche e soprattutto, grazie ad una efficace capacità di stringere patti ed accordi secondo un comportamento ormai da tempo già collaudato, ad una certa tipologia di funzionari “infedeli” della Pubblica Amministrazione, irretiti dalla prospettiva di facili, benché illeciti, guadagni”

Di interesse “In relazione agli stanziamenti finanziari previsti dalle opere comprese nel PNRR, nel luglio 2024 la DIA ha eseguito a Milano una Ordinanza di custodia cautelare in carcere nei confronti di 2 soggetti ritenuti responsabili, in concorso con altri, di condotte fraudolente finalizzate all’instaurazione fittizia di società aggiudicatrici di appalti pubblici finanziati proprio con fondi del PNRR, agevolando realtà imprenditoriali riconducibili a cosa nostra con particolare riferimento al sodalizio messinese dei “barcellonesi”.

Oltre ad alcune forme di collaborazione, già emerse in indagini descritte in precedenti relazioni semestrali, tra sodalizi mafiosi nostrani ed organizzazioni mafiose straniere in particolare sudamericane per l’approvvigionamento di droga, si registra anche nell’anno in riferimento l’operatività in territorio italiano di gruppi criminali stranieri.

Il complesso sistema di connivenze, alleanze e accordi di mutua convenienza, da tempo evidenziato dalle attività investigative, attraverso il quale le organizzazioni mafiose perfezionano sempre di più da un lato la pressione infausta sul tessuto socio-economico e dall’altro il proprio arricchimento mediante traffici illeciti, permette alle consorterie di riciclare e reimpiegare con profitto capitali di provenienza delittuosa infiltrandosi, nel tempo, nella rete produttiva del territorio alterandone gravemente i meccanismi della libera concorrenza a scapito delle aziende “sane”, anche mediante spregiudicate operazioni societarie e finanziarie: si legge pertanto nella relazione l’importanza di valorizzare le “segnalazioni di operazioni sospette”.

In considerazione dei nuovi ambiti socio-economici e finanziari entro cui si muovono le organizzazioni mafiose, soprattutto nei territori lontani dalle regioni di origine delle consorterie, è necessario adeguare il modello di contrasto incentrato sui tradizionali comportamenti intimidativi, di assoggettamento e di omertà, aggiornando gli strumenti di lotta e rendendoli più aderenti alle moderne manifestazioni criminali di tipo mafioso: in questo senso l’aggressione ai patrimoni illeciti, attraverso le misure di prevenzione e le confische si conferma, secondo la DIA, il fronte più avanzato del contrasto al crimine, unito alla grande attenzione dedicata al contrasto delle frodi finalizzate all’indebito conseguimento di finanziamenti, contributi ed erogazioni pubbliche derivanti dagli aiuti provenienti dallo Stato e dalla Unione Europea per rilanciare l’economia.

Si legge, infatti, nella relazione che nel 2024, l’attività di controllo sulle imprese partecipanti ai bandi di gara è ulteriormente aumentata per le esigenze connesse ai cantieri finanziati con i fondi del PNRR, nonché in particolare nelle Regioni del Veneto e Lombardia come pure nelle province autonome di Trento e Bolzano, per i cantieri relativi allo svolgimento delle Olimpiadi di Milano-Cortina in programma nell’inverno del 2026.

La relazione evidenzia, infine, come, per quanto riguarda i soggetti inseriti nei sodalizi mafiosi e come tali permeati dalle logiche di criminalità organizzata, continua a registrarsi una modestissima capacità di recupero sociale, una volta terminato il periodo detentivo, con l’immediato reinserimento dei soggetti rimessi in libertà all’interno dei sodalizi di provenienza. Si legge “È, infatti, ormai noto che anche il regime di carcere duro applicato a figure chiave delle organizzazioni, di fatto non appanna l’aura di onnipotenza dei boss i quali talvolta riescono, sebbene ristretti e mediante alcuni congiunti, ad impartire disposizioni ai loro sodali”.

Di interesse l'approfondimento contenuto nella relazione rispetto all'attività della DIA nella regione Lombardia. *“La Lombardia si configura come il principale snodo finanziario del Paese, grazie a un tessuto produttivo florido e diversificato, caratterizzato dalla presenza di grandi conglomerati industriali, imprese di medie dimensioni e una fitta rete di attività minori. Con oltre dieci milioni di abitanti e una posizione geografica strategica, la regione rappresenta un hub cruciale per l'economia nazionale, anche grazie a una rete infrastrutturale avanzata che comprende importanti scali aeroportuali e arterie di collegamento. Tuttavia, queste peculiarità, se da un lato favoriscono lo sviluppo economico, dall'altro attraggono le organizzazioni criminali, sia autoctone sia alloctone, che trovano terreno fertile per consolidare e ampliare i propri affari illeciti, spesso operando in sinergia per il perseguimento di obiettivi comuni. L'anno 2024 ha visto una crescita dell'economia lombarda, con un incremento del PIL dello 0,4% nel primo semestre, trainato prevalentemente dal settore terziario e dal turismo. Sebbene il ridimensionamento degli incentivi fiscali per l'efficientamento energetico abbia frenato il comparto edilizio, la ripresa delle opere pubbliche legate ai cantieri del PNRR ha in parte compensato questa contrazione. I profitti delle imprese si sono mantenuti elevati, con un conseguente aumento dell'occupazione e dei redditi familiari, elementi che hanno favorito anche una crescita, seppur contenuta, dell'erogazione di prestiti e mutui. In questo contesto socio-economico prospero, le mafie hanno saputo radicarsi e proliferare, adottando modelli operativi improntati non tanto al controllo militare del territorio – come accade nelle regioni di origine – bensì al consolidamento di un'economia criminale fluida e camaleontica. Le organizzazioni più strutturate prediligono una strategia di basso profilo, riservando l'uso della violenza a circostanze mirate e necessarie al mantenimento delle posizioni economiche acquisite. Questa modalità operativa, connotata da un'elevata capacità di mimetizzazione, si rivela ancor più insidiosa, rendendo particolarmente complessi l'individuazione e il contrasto dei comportamenti illeciti. Le più recenti inchieste giudiziarie hanno confermato la spiccata propensione delle mafie all'impiego di strumenti finanziari illeciti, tra cui frodi fiscali perpetrate attraverso l'emissione e l'utilizzo di fatture per operazioni inesistenti, compensazioni di crediti tributari fittizi, riciclaggio e autoriciclaggio anche a livello internazionale, nonché intestazioni fittizie di beni e bancarotte fraudolente. Per alcuni imprenditori, l'ingresso nel circuito mafioso ha rappresentato un'opportunità apparentemente vantaggiosa, poiché garantiva nell'immediato una provvidenziale iniezione di liquidità, salvo poi trovarsi progressivamente soggetti a meccanismi di asservimento, culminanti nella perdita del controllo aziendale a vantaggio dell'organizzazione criminale.*

Le pratiche estorsive, d'altra parte, si manifestano in forme sempre più sofisticate: l'utilizzo di fatture false consente di camuffare l'estorsione in un rapporto commerciale formalmente legittimo, talvolta permettendo all'imprenditore taglieggiato di recuperare l'IVA a credito, divenendo così complice consapevole del sistema illecito. Analogamente, altre forme di estorsione si concretizzano nell'imposizione di assunzioni pilotate o nell'obbligo di acquistare beni e servizi da aziende riconducibili alla criminalità organizzata. L'usura, la cui nefasta pressione è percepita nel contesto socio-produttivo, si articola spesso attraverso false fatturazioni emesse da società di copertura, trasformando gradualmente l'imprenditore insolvente in un soggetto estromesso dalla propria impresa, facilitando così l'espansione mafiosa nell'economia legale. L'abilità delle mafie di intessere relazioni collusive con esponenti della politica locale e della pubblica amministrazione rappresenta un ulteriore elemento di criticità. Tali rapporti hanno consentito, nel tempo, l'illecita acquisizione di appalti pubblici, finanziamenti statali e assunzioni clientelari, compromettendo l'integrità delle istituzioni e minando la libera concorrenza economica. Le più rilevanti inchieste giudiziarie hanno confermato il predominio della 'ndrangheta nel panorama criminale lombardo. La consorteria calabrese ha consolidato negli anni una strategia di infiltrazione silente, radicandosi nel tessuto economico-finanziario e dimostrando un'elevata capacità di rigenerazione strutturale, grazie all'inserimento di nuovi affiliati e all'intensificazione delle relazioni con altre realtà criminali.

In molti casi, le imprese mafiose operano come vere e proprie società di servizi, offrendo beni a costi irrisori grazie all'evasione fiscale e al mancato versamento di contributi previdenziali, attirando così imprenditori

che, da vittime, finiscono per diventare corresponsabili del sistema mafioso". L'azione preventiva e giudiziaria svolta dalla DIA e dalle altre Forze di Polizia nel periodo di riferimento ha consentito di riscontrare numerosi tentativi di infiltrazione nei settori agricolo, ippico, estrattivo, turistico, dell'imprenditoria edile, degli autotrasporti locali e della ristorazione da parte di soggetti riconducibili alle cosche di 'ndrangheta catanzarese e crotonese, ed in quello della distribuzione di carburante, del movimento terra, della gestione della filiera dei rifiuti e nella somministrazione di alimenti e bevande da parte di esponenti di sodalizi riconducibili a cosche 'ndranghetiste reggine. Nel periodo di riferimento, inoltre, sono emersi anche significativi tentativi di infiltrazione da parte di soggetti ritenuti vicini a consorterie mafiose siciliane nel settore edile e della somministrazione di alimenti e bevande. Inoltre, il monitoraggio delle attività imprenditoriali operato dai Gruppi interforze istituiti presso tutte le Prefetture lombarde, ai fini dell'emissione di provvedimenti interdittivi antimafia o dell'iscrizione nelle white list, restituisce un quadro di analisi che evidenzia come l'infiltrazione mafiosa del tessuto imprenditoriale nel settore degli appalti pubblici e nel rilascio delle autorizzazioni, licenze e concessioni pubbliche sia sempre più concreta e articolata.

Dalla relazione emerge, inoltre, che la Regione, con la sua densità abitativa e il suo ruolo di snodo commerciale, rappresenta un mercato florido per il traffico di droga. Le diverse tipologie di stupefacenti – hashish, marijuana, cocaina – vengono distribuite nelle piazze di spaccio delle città lombarde, alimentando costantemente un giro d'affari milionario. Le risultanze giudiziarie riguardanti il contrasto al narcotraffico, infatti, confermano la Lombardia quale hub strategico sia per i flussi in ingresso – anche dall'estero – sia per i flussi di smistamento dello stupefacente verso altre Regioni del nord Italia o fuori confine, con un coinvolgimento sempre più marcato di gruppi criminali multietnici (prevalentemente albanesi e nordafricani), a testimonianza di una sorta di apertura affaristica da parte delle mafie nostrane.

Di interesse, inoltre, quanto contenuto nella relazione rispetto all'esito delle attività di monitoraggio e controllo svolte dalla DIA nell'ambito della attività proprie di prevenzione della criminalità organizzata negli appalti pubblici, secondo lo specifico mandato legislativo discendente dal c.d. "Codice Antimafia".

Si legge che l'esperienza maturata attraverso le indagini condotte nel tempo ha messo in luce la straordinaria capacità di adattamento della criminalità organizzata, pronta a modificare la propria operatività per perseguire con efficacia i propri obiettivi illeciti. In particolare, le organizzazioni criminali adottano strategie sofisticate per infiltrarsi negli appalti pubblici, influenzandone le procedure attraverso la manipolazione dei bandi di gara a favore di taluni soggetti o la creazione di accordi tra imprese per garantire una rotazione nell'aggiudicazione dei contratti, realizzando una gestione mirata delle offerte e la falsificazione delle verifiche delle stesse, spesso accompagnata dall'esclusione di *competitor* non graditi. Queste operazioni prevedono di frequente la corruzione di funzionari pubblici e professionisti che facilitano tali distorsioni in cambio di vantaggi illeciti. Non mancano, inoltre, minacce e intimidazioni per scoraggiare la partecipazione di aziende concorrenti. Le infiltrazioni mafiose possono estendersi anche alla fase successiva all'aggiudicazione dell'appalto: le imprese vincitrici, infatti, sono spesso costrette a subappaltare attività ad aziende affiliate alla criminalità, come il noleggio di mezzi a freddo o a caldo, la fornitura di materiali edili, i lavori di movimento terra, la sorveglianza dei cantieri, il trasporto di rifiuti in discarica. Queste attività, strettamente legate al territorio, rivestono un interesse primario per le organizzazioni mafiose, che mirano a consolidare il proprio controllo diretto sulle dinamiche economiche locali.

Come evidenziato nella relazione della Direzione Investigativa Antimafia, le moderne organizzazioni mafiose, agendo come veri e propri *trust* societari, inquinano l'economia legale, ricorrendo spesso all'uso della violenza e a capitali illeciti per consolidare il loro potere. La loro abilità di adattarsi al libero mercato, sia nazionale che globale, le rende particolarmente pericolose per le imprese sane, danneggiando l'intero sistema economico. L'obiettivo di queste organizzazioni è ottenere vantaggi competitivi e realizzare profitti a lungo termine, talvolta accettando perdite iniziali per eliminare la concorrenza e consolidare la propria

posizione di dominio. In questo contesto, le organizzazioni criminali si sono specializzate nell'infiltrazione all'interno dei circuiti economico-finanziari legali, riciclando il denaro sporco e traendo profitti enormi da queste operazioni. Da un lato esse cercano di nascondere l'immissione di capitali illeciti nei mercati finanziari, dall'altro si adoperano per evitare che le loro attività illegali emergano. La DIA sottolinea quindi l'esigenza di contrastare efficacemente l'infiltrazione delle mafie nel settore degli appalti pubblici attraverso il monitoraggio e la rilevazione di ogni irregolarità nelle procedure di assegnazione degli appalti, ricordando che la documentazione antimafia rilasciata dalle Prefetture rappresenta il massimo livello di prevenzione amministrativa, finalizzata a impedire che le imprese coinvolte in attività mafiose partecipino agli appalti pubblici. Come ricordato nella relazione della DIA, il processo amministrativo inizia con la consultazione da parte dell'ente appaltante della Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA), piattaforma informatica alimentata dalle Prefetture che facilita la condivisione rapida e automatica delle informazioni antimafia con le amministrazioni pubbliche, gli enti statali e le aziende sottoposte alla supervisione pubblica. Prima di stipulare, approvare o autorizzare contratti o subappalti relativi a lavori, servizi e forniture, è necessario ottenere la documentazione rilasciata dalla BDNA. Per garantire un processo veloce ed efficace, la BDNA collabora con numerosi altri sistemi informativi nazionali, permettendo un incrocio e una verifica tempestiva delle informazioni.

La relazione della DIA sottolinea, inoltre, il ruolo centrale nel controllo e nella protezione degli investimenti del PNRR che viene svolto dalla BDNA: l'analisi delle strutture societarie, ed in generale i controlli effettuati dalla DIA nei confronti delle imprese hanno avuto un incremento notevole nel corso dell'anno 2024 rispetto all'anno precedente, pari al doppio.

L'analisi della DIA ha confermato le dinamiche corruttive ormai in essere da alcuni anni nel tessuto socio economico territoriale, evidenziando l'importanza di garantire la tenuta dei sistemi di presidio della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio, quali la gestione degli appalti, già attenzionate, e quindi la necessità di mantenere alert di processo e strumenti di controllo rispetto al titolare effettivo, alle situazioni di conflitto di interessi ed all'antiriciclaggio e di coltivare costantemente, nel modo più efficiente ed efficace, una cultura etica all'interno dell'ASST.

Come emerge dalla classifica nazionale "indice della criminalità" stilata dal "Sole 24ore" (consultabile al link [Indice della criminalità 2025 provincia per provincia | Il Sole 24 ORE](#)) il raffronto tra le denunce complessive di reati effettuate nella provincia di Cremona nel 2024 e quelle nel 2025 evidenzia un numero in diminuzione (-13%) I dati contenuti nella classifica nazionale fotografano i delitti emersi in seguito alle segnalazioni delle forze di polizia, rapportato alla popolazione residente della provincia.

Il principio del buon andamento amministrativo e di efficienza, criteri imprescindibili che dettano l'agire dell'Ente in quanto pubblica amministrazione, sono determinati dal corretto ed efficiente utilizzo dei fattori produttivi, impegnati dall'Ente al fine di raggiungere gli obiettivi dell'interesse pubblico e della propria mission istituzionale, e pertanto hanno un collegamento reale con la situazione storica (sociale ed economica) che il Paese sta vivendo. L'analisi in tale contesto è facilitata dalle valutazioni ed approfondimenti contenuti nelle relazioni prodotte dalla Corte dei Conti – Sezione Giurisdizionale.

Nel contesto attuale, caratterizzato dal superamento dell'emergenza sanitaria indotta dalla pandemia da COVID-19, dalla "ripartenza e riapertura" delle attività e dall'attuazione del PNRR, nonché dalla crisi di politica internazionale collegata alla guerra in Ucraina ed il conflitto in Medio Oriente, sono diventati ancora più determinanti gli strumenti di controllo di sistema.

Premesso il ruolo istituzionale che compete alla Corte dei Conti, sono state analizzate le considerazioni, le notizie e le informazioni contenute nella relazione presentata dal Presidente della Corte dei Conti – Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia (link [Inaugurazioni anno giudiziario](#)) in occasione dell'Inaugurazione dell'anno giudiziario 2025: emergono casi di interesse legati alla malpractice in sanità

casi di responsabilità per illegittimi rimborsi di farmaci da parte di un medico di base e di un farmacista. L'analisi dei dati di attività contenuta nella Relazione del Procuratore Regionale sottolinea che: il 28,15% delle denunce istruite nell'anno 2024 dalla Procura regionale della Corte dei Conti sono pervenute dall'autorità giudiziaria ed il 11,21% dagli enti sanitari; rispetto alle tipologie di istruttorie aperte dalla procura regionale, per l'attività di interesse dell'ASST, rileva che il 38,83% hanno riguardato lesioni di attività sanitaria, il 15,61% il danno al patrimonio, il 3,52% il personale, il 8,25% i reati, il 3,68% le rendicontazioni, il 0,80% le opere pubbliche, l'4% i contributi pubblici, l'2% il cumulo di impieghi.

Le relazioni confermano, come "aree da monitorare", alcuni procedimenti che denotano, più di altri, un potenziale rischio di maladministration e di inefficienza.

La valutazione sull'implementazione di strumenti di controllo per alcuni procedimenti amministrativi e attività dell'Ente deriva anche dalla collaborazione e dagli approfondimenti richiesti sia da ORAC - Organismo regionale per le attività di controllo, sia dalla struttura regionale UO Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy. ORAC, infatti, svolge compiti di indirizzo, verifica, supporto e coordinamento finalizzati anche alla promozione di modelli virtuosi di azione tra i diversi soggetti del sistema regionale che, nel perseguimento dei fini istituzionali, vanno ad assicurare al contempo efficienza, economicità ed efficacia nel rispetto della legalità dell'agire. Detti compiti vengono tradotti in azioni positive e concrete mediante lo strumento di pianificazione annuale, che viene redatto da ORAC anche sulla base degli indirizzi forniti dalla commissione consiliare competente in materia di antimafia, anticorruzione, trasparenza e legalità. Il collegamento con la struttura regionale UO Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy efficiente, inoltre, la collaborazione e la rete dell'internal audit, funzione che supporta il processo di individuazione, quantificazione e gestione del rischio, con particolare riferimento ai rischi operativi, amministrativo – contabili e di compliance. (info al link *ORAC Organismo regionale per le attività di controllo*)

La pianificazione dell'attività di ORAC per l'anno 2026 è stata approvata con deliberazione del medesimo organismo n. 12 del 15 dicembre 2025: anche in continuità con i piani precedenti, prevede, attraverso lo strumento della vigilanza collaborativa, lo svolgimento sia di attività di monitoraggio rispetto all'implementazione delle Raccomandazioni già formulate, sia attività di presidio mediante la somministrazione di questionari di autodiagnosi, sia iniziative di collaborazione e di partecipazione. Gli ambiti di intervento per il 2026 saranno: le fidejussioni, la gestione del whistleblowing, il pantouflage, la gestione del conflitto di interessi, la gestione del sistema dei controlli interni.

Proseguiranno, inoltre, nel 2026 le attività per implementare le collaborazioni e la rete degli internal auditor degli enti del SIREG, alle quali l'ASST di Cremona parteciperà fattivamente.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno tiene conto:

- della **mission istituzionale e del modello organizzativo** dell'ASST di Cremona: la mission istituzionale ed il modello organizzativo aziendale sono dettagliatamente rappresentati nella sezione "Struttura organizzativa e capitale umano" del presente PIAO, a cui si rimanda per una sua descrizione complessiva. Il POAS 2022-2024 aziendale, che contiene la descrizione degli organi ed organismi aziendali di valutazione, consultivi e partecipativi, la disciplina dell'attuazione dei principi inerenti le deleghe ed il sistema dei controlli interni, la descrizione del sistema di budget e dei sistemi di partecipazione e di tutela degli utenti, nonché la descrizione dei dipartimenti e delle strutture semplici, a valenza dipartimentale, complesse e distrettuali, il modello organizzativo con tutti i singoli organigrammi strutturati per afferenza gerarchica ed, in fine, il funzionigramma, è consultabile, per gli approfondimenti di dettaglio, al documento pubblicato e visionabile seguendo il link

- della determinazione delle **aree di sviluppo strategico**, aventi rilevanza nel medio-lungo termine. Per la rappresentazione degli obiettivi strategico programmatici declinati per il triennio 2026-2028 si fa rinvio a quanto contenuto nella sezione “Performance” del presente PIAO, dove vengono programmati gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell’Ente, dando avvio al ciclo di gestione delle performance e definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa dell’Azienda per il periodo in oggetto;
- dei **dati di attività**, necessari a dimensionare l’Azienda in termini di volumi di prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. Per l’esame, si rinvia alla rappresentazione dei dati consolidati anno 2025 di cui alla sezione “Scheda anagrafica dell’Amministrazione” del presente PIAO;
- dei **dati di personale**, necessari a dimensionare l’Ente in termini di professionisti /funzionari impegnati nelle attività core dell’Azienda. Per l’esame, si rinvia alla rappresentazione dei dati consolidati anno 2025 di cui alla sezione “Scheda anagrafica dell’Amministrazione” del presente PIAO;
- dell’esame degli **strumenti di regolamentazione interna**: la rappresentazione dei regolamenti che disciplinano l’attività amministrativa dell’Azienda, è contenuta nella sezione di amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali – link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/atti-generalisti>. Si richiamano, in particolare, oltre ai regolamenti adottati in relazione a specifici processi: il Codice di comportamento ed il codice etico aziendale, il Piano delle Performance e il sistema di budget, il Sistema di gestione delle informazioni e tutela della Privacy, il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027, il Piano di attività annuale di internal auditing, i Regolamenti aziendali sull’esercizio delle deleghe e sull’assunzione dei provvedimenti dirigenziali, il Piano di formazione aziendale, il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali ed il Sistema di attribuzione degli incarichi;
- dalle informazioni contenute nella **relazione annuale del RPCT**: ai sensi dell’art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012 il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale che offre il rendiconto sull’efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC. Tale documento deve essere pubblicato sul sito aziendale nella sezione “amministrazione trasparente”. La relazione per il 2025, è stata redatta su modello standard predisposto da ANAC: l’Autorità ha valutato, tuttavia, opportuno prorogare al 31.01.2026 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell’art. 1, co. 14, della legge 190/2012. (Comunicato del Presidente dell’Autorità del 10.12.2025). La relazione è stata pubblicata sul sito internet aziendale, sezione Amministrazione Trasparente – altri contenuti - corruzione, è stata inviata contestualmente alla Direzione Generale Aziendale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ed è consultabile al seguente link: <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/relazione-responsabile-prevenzione-corruzione-e-trasparenza> Il documento contiene, oltre alle informazioni inerenti l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, anche quelle relative ai procedimenti disciplinari attivati e conclusi dall’Ente ed alle segnalazioni (anonime e dei whistleblower) pervenute nell’anno al RPCT;
- dalle **reti relazionali interne ed esterne** attive: le reti relazionali interne ed esterne all’Azienda, costituite sostanzialmente dai rapporti con i dipendenti, con gli utenti dei servizi erogati dall’ASST, con le ditte appaltatrici, con i fornitori, con le case farmaceutiche, con gli enti del terzo settore, con le Università, con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, con le altre aziende ed agenzie del SSR, con gli enti locali, con le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza e con i mass

media, e disciplinate da percorsi e processi già definiti, per alcuni aspetti, soprattutto etici, si sono amplificate e richiedono maggior consapevolezza dei ruoli e delle responsabilità. Nella Sezione “Scheda anagrafica dell’Amministrazione” sono rappresentati graficamente gli stakeholder dell’ASST.

L’esito delle valutazioni di contesto inquadra l’ASST di Cremona, in quanto ente del Servizio Sanitario Nazionale e azienda pubblica del sistema sociosanitario regionale, quale soggetto potenzialmente a rischio corruttivo; la dislocazione delle sedi erogative interessante diversi ambiti territoriali, il turn over del personale, in primis sanitario, ma anche tecnico ed amministrativo, la carenza endemica di medici (soprattutto in alcune specializzazioni) e di infermieri ed il ricorso a forme contrattuali straordinarie, la situazione economica interna ed internazionale influenzate anche dai conflitti in atto, sono elementi che potenziano il rischio. La concretizzazione degli interventi previsti dalle Missioni del PNRR ha interessato l’ASST nello sviluppo degli ospedali di comunità e delle case di comunità di pertinenza, nell’implementazione dei processi di informatizzazione e transizione al digitale e nell’innovazione tecnologica; sono stati attivati, inoltre, sistemi di cura ed assistenza (telemedicina) sempre più orientati all’avvicinamento al domicilio del paziente, differenziando nettamente i processi di cura. La flessibilità organizzativa che viene portata a risultati in termini di creazione di valore pubblico, ma nello stesso tempo comporta il ripensamento a sistemi di prevenzione della corruzione che vadano a creare certezza di ruoli e di responsabilità ed all’individuazione di presidi di controllo, soprattutto interno. In tal senso l’importanza di garantire l’implementazione costante della formazione sull’etica e in materia di prevenzione della corruzione, nonché la trasparenza, soprattutto per le informazioni dei contratti inerenti gli acquisti di beni e servizi e lavori e lo sviluppo delle misure antiriciclaggio.

In particolare, l’analisi del contesto interno porta a rilevare la necessità di programmare misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza in coerenza e compatibilmente con l’alto turn over di personale ed in modo da coinvolgere trasversalmente tutti coloro che, a vario titolo, intervengono nell’ASST e con la stessa collaborano, indipendentemente da eventuali variazioni dei moduli organizzativi aziendali.

La mappatura dei processi

La mappatura dei processi costituisce “l’aspetto centrale e più importante dell’analisi del contesto interno”, si esplica nella individuazione e analisi dei processi organizzativi ed è strumentale per l’identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi corruttivi.

L’obiettivo è che l’intera attività svolta dall’amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Il PNA 2022 suggerisce che una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione all’interno del PIAO richiede una mappatura dei processi integrata al fine di far confluire obiettivi di performance, misure di prevenzione della corruzione e programmazione delle risorse umane e finanziarie necessarie per la loro realizzazione. Tuttavia, sempre il PNA 2022, ricorda che proprio la nozione di valore pubblico, intesa in senso ampio, implica che la prevenzione della corruzione non vada limitata, in assoluto, ai processi interessanti esclusivamente gli obiettivi di performance: infatti, in via generale, gli interventi e le misure volte a mettere in condizione le amministrazioni di prevenire la corruzione sono da considerare permanenti, di lungo periodo, orientati su tutti i processi dell’ente. In tal senso, ai fini della previsione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, dovranno essere tenuti in considerazione tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico.

Recependo le indicazioni contenute nel PNA 2022, ed in continuità con i principi applicati nei precedenti PTCP dell’ente per la realizzazione della mappatura dei processi (principio di completezza - che determina la

scelta di mappare non soltanto le attività inerenti le aree a rischio generali, confermate dal PNA 2019, ma anche le altre attività proprie dell'ASST; principio della gradualità di adesione e coesione ai principi dettati da ANAC, secondo cui il "catalogo dei processi", inizialmente costituito esclusivamente dai processi afferenti alle aree obbligatorie, è stato incrementato di anno in anno in occasione degli aggiornamenti ai PTPCT), la mappatura dei processi tiene conto:

- delle aree di rischio specifiche per gli enti del settore sanitario;
- dell'assetto organizzativo attuale dell'ASST e delle competenze da essa garantite.

Premesso quanto descritto nel paragrafo "Obiettivi strategici" della presente Sezione, confermando la programmazione triennale contenuta nella Sezione 2.3. "Rischi corruttivi e Trasparenza" dei precedenti Piani Integrativo di Attività e di Organizzazione con riferimento all'attività di mappatura dei processi e di analisi dei rischi, nella scheda di cui **all'Allegato 1 "Catalogo dei processi a rischio e registro dei rischi"**, è contenuto e rappresentato il Catalogo delle aree e dei correlati processi aziendali sottoposti ad analisi e ponderazione del rischio ai fini del presente Sezione del PIAO 2026-2028.

Valutazione del rischio corruttivo

In continuità con quanto definito nei precedenti PTPCT e Sezioni PIAO dell'Ente, è confermata l'applicazione della metodologia della gestione del rischio corruttivo, costituita dalle attività di identificazione del rischio, analisi e misurazione/ponderazione del rischio, contenuta e dettagliatamente rappresentata nella Sezione 2.3 "Sezione rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2023-2025 a cui integralmente si rinvia (link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/piano-triennale-prevenzione-corrruzione-e-trasparenza-0>). L'aggiornamento della valutazione dei rischi corruttivi, ai fini della predisposizione della presente sezione del PIAO, deriva, quindi, dalla rivalutazione del livello di esposizione delle singole attività inserite nell'Allegato 1 alla presente Sezione, basata su un approccio di tipo qualitativo e non più quantitativo, applicando le indicazioni contenute nella norma IS 31000 "Gestione del rischio – principi e linee guida", che contempla la valutazione del rischio come "la misurazione dell'incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell'amministrazione", e analizzando anche i c.d. "fattori abilitanti", ovvero la presenza di quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione; ciò anche al fine di individuare misure specifiche di prevenzione più efficaci. Sono stati considerati i fattori abilitanti del rischio corruttivo:

- a) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli), o mancata attuazione di quelle previste;
- b) mancanza di trasparenza;
- c) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- d) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- e) scarsa responsabilizzazione interna;
- f) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- g) inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- h) mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Al fine di pervenire ad una stima del livello di esposizione al rischio, si è provveduto ad incrociare due indicatori compositi (ognuno dei quali composti da più variabili) rispettivamente per la dimensione della probabilità e dell'impatto. La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento accada in futuro, mentre l'impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l'ammontare del danno

conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso. Per ciascuno dei due indicatori – impatto e probabilità – si è provveduto ad individuare un set di variabili significative, caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento. (cfr link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/piano-triennale-prevenzione-corrruzione-e-trasparenza-0>)

E' stata fatta una sintesi, per processo, dei valori delle variabili rilevati, attraverso l'impiego di un indice di posizione, la moda, ovvero, utilizzando il valore che si presenta con maggiore frequenza; nel caso in cui due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito il più alto fra i due. Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, si è provveduto all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori probabilità e impatto, secondo i criteri indicati nella tabella seguente:

COMBINAZIONI VALUTAZIONI PROBABILITA'-IMPATTO

PROBABILITA'	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
ALTO	ALTO	RISCHIO ALTO
ALTO	MEDIO	RISCHIO CRITICO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	RISCHIO MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	RISCHIO BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	RISCHIO MINIMO

valutazione complessiva del rischio = combinazione valutazione probabilità - impatto

Il collocamento di ciascun processo aziendale in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ovvero il rischio che è presente in Azienda in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi, allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

Classificazione della modalità di gestione del rischio:

rischio BASSO-MINIMO = RISCHIO ACCETTABILE

rischio MEDIO= RISCHIO MEDIO

rischio ALTO-CRITICO= RISCHIO RILEVANTE.

La tipologia degli interventi da adottare in funzione del livello del rischio è la seguente:

RISCHIO ACCETTABILE: interventi di monitoraggio

RISCHIO MEDIO: interventi di urgenza / programmazione

RISCHIO RILEVANTE: interventi da effettuare in tempi brevi / da fare subito.

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO: L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE ORGANIZZATIVE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del presente PIAO 2026-2028 ha natura programmatica e individua le misure di prevenzione e di trattamento del rischio poste in essere o programmate, in parte aventi natura obbligatoria ed in parte previste come interventi ulteriori per fronteggiare i rischi individuati - misure specifiche: sono descritti in specifiche schede di programmazione gli obiettivi, gli indicatori, le misure, i responsabili, la tempistica ed il monitoraggio. Le misure organizzative vengono successivamente declinate negli obiettivi di budget annuali per i responsabili delle strutture aziendali, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa. Le misure organizzative si suddividono in:

- A. misure generali di governo del sistema, che incidono quindi sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo trasversalmente sull'intera Azienda; sono rappresentate dall'attuazione da parte dell'ASST: della trasparenza; del codice di comportamento e codice etico aziendale; della disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione; della disciplina delle autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extra istituzionali; della disciplina del pantouflage (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro); della disciplina della inconfiribilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; della disciplina inerente la formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; di misure compensative alla rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione; della tutela del whistleblower; della formazione sui temi dell'etica e della legalità e formazione specifica; dell'implementazione delle misure anticiclaggio; di azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile; dell'informatizzazione dei processi; della digitalizzazione e la trasparenza nei contratti pubblici; della gestione dei documenti e dei dati ed il monitoraggio dei tempi procedurali;
- B. misure specifiche, che incidono sulle situazioni individuate tramite l'analisi del rischio e che si classificano in:
 - a. misure di controllo;
 - b. misure di trasparenza ulteriori rispetto agli obblighi previsti dal decreto legislativo n.33/2013;
 - c. misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
 - d. misure di rotazione;
 - e. misure di formazione;
 - f. misure di regolamentazione;
 - g. misure di semplificazione /informatizzazione dei processi;
 - h. misure di disciplina dei conflitti di interessi.

Il Codice di comportamento aziendale e codice etico

Con decreto aziendale n. 1233 del 23.12.2024, a conclusione della procedura di consultazione pubblica e previa acquisizione del parere positivo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni aziendale, è stato adottato il testo aggiornato del Codice di comportamento per il personale e del codice etico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona (di seguito "Codice"), in conformità all'art.54 del decreto legislativo n. 165/2001, al decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013, aggiornato ed integrato dal successivo DPR 13 giugno 2023, n. 81, all'articolo 1 comma 44 della legge n. 190/2012 e nel rispetto delle linee guida emanate da ANAC, in particolare per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Codice definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta che i dipendenti ed il personale operante a qualunque titolo presso l'ASST sono tenuti ad osservare. Il Codice precisa, infatti, l'ambito di applicazione all'interno dell'Azienda, prevedendone, quindi, l'estensione anche a: tutti i collaboratori, borsisti e consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo, ai medici o altro personale universitario integrati per l'assistenza, medici in formazione specialistica,

ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali, al personale convenzionato, ai dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione, ai soggetti che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione e componenti degli organi aziendali, al personale, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda, compreso il personale interinale, ai frequentatori, tirocinanti e studenti dei corsi di laurea presenti in Azienda, ai lavoratori di pubblica utilità (LPU), ai volontari/collaboratori di enti del terzo settore convenzionati con l'Azienda.

Il Codice si pone come strumento per realizzare un sistema di amministrazione fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni della salute ed a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi, ed a prevenire fenomeni di corruzione, ricomprendendo anche i principi che sottendono il codice etico comportamentale.

Il Codice ha, pertanto, una valenza etica e giuridica, oltre che disciplinare e costituisce un elemento essenziale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Il Codice è stato capillarmente diffuso a tutti i dipendenti ed al personale convenzionato con l'ASST, è stato trasmesso formalmente a tutti i direttori dei dipartimenti aziendali nonché ai direttori e responsabili di struttura aziendale; il Codice è pubblicato, unitamente alla relazione illustrativa, sul sito istituzionale dell'Azienda nell'area Amministrazione Trasparente – disposizioni generali – atti generali. E' pubblicato, inoltre, sulla intranet aziendale – documenti cartella "Risorse Umane".

Anche nel 2025 è proseguita la fruizione della formazione interna inerente le tematiche dell'etica e della prevenzione della corruzione, che ha coinvolto, mediante l'utilizzo della piattaforma aziendale di e-learning, sia dipendenti dell'ASST ed i nuovi assunti, sia il personale convenzionato.

Si riconfermano, quindi, gli obiettivi, già previsti nei precedenti PIAO, declinandoli per il triennio 2026-2028:

- nella prosecuzione dell'attuazione dei percorsi di formazione – da svolgersi sia in aula sia on line - per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti che non hanno ancora fruito precedentemente dei corsi, con particolare riferimento ai neo assunti, e per il personale convenzionato;
- nella prosecuzione dei controlli circa la consegna/divulgazione del Codice di comportamento aziendale aggiornato e di cui al decreto aziendale n. 1233/24: verifiche mediante la strutturazione e svolgimento di audit per campionare la diffusione tra tutti i destinatari del Codice.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza del codice di comportamento e del codice etico			
Misura di formazione			
Azioni	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle nuove assunzioni intervenute	Dal 01.01 al 28.02 di ciascun anno	RPCT e SS Formazione	Definizione del target dei soggetti individuati SI/NO
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03 al 30.11 di ciascun anno	SS Formazione e singoli dipendenti/collaboratori convenzionati	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso e il numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Attivare misure di controllo sulla divulgazione del codice di comportamento e codice etico aziendale			
Misura di controllo			
Azioni	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Programmare l'attività mediante l'utilizzo della funzione di internal audit	Dal 01.01.2026 al 30.06.2026	Responsabile di internal audit, Direttore/posizioni organizzative strutture interessate	Definizione /revisione della programmazione (tempi, metodo di verifica e identificazione del campione)
Svolgimento del controllo	Dal 01.07.2026 al 30.11.2026 Dal 01.01.2027 al 30.11.2027	Responsabile di internal audit, Direttore/posizioni organizzative strutture interessate	Il rapporto tra il campione identificato e il numero dei controlli effettuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Disciplina del conflitto d'interesse - obblighi di comunicazione e di astensione

L'art. 1, comma 41, della legge 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale". Tale norma va letta in modo coordinato con il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici. L'art. 7 del DPR 62/2013, infatti, prevede che "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".*

Il vigente Codice di comportamento e codice etico aziendale, riprendendo ed integrando la disposizione dell'art 7 DPR 62, prevede all'art. 4 che il dipendente che si trova in una delle situazioni sopra descritte deve tempestivamente comunicare per iscritto al proprio Dirigente le motivazioni per le quali ritenga di esercitare l'astensione. Sull'astensione decide il Dirigente della Struttura di appartenenza e, in caso la situazione riguardi il responsabile, il soggetto a lui sovraordinato nell'organizzazione Aziendale. Tutta la documentazione relativa ai casi di astensione dovrà essere trasmessa, a cura del Dirigente della Struttura, al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione. E' previsto, inoltre, che all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, il dipendente informi per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. La norma del Codice aziendale prevede, inoltre, per il dipendente, di non accettare incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto, nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

L'ASST è, inoltre tenuta a monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione: nell'ambito delle autorizzazioni per lo svolgimento degli incarichi extra istituzionali dei propri dipendenti, nel 2018 l'Azienda ha aggiornato il regolamento in materia, contestualizzando meglio il "potenziale conflitto di interesse" e adottando nuova modulistica che prevede

l'autocertificazione, sia da parte del dipendente interessato, che del proprio responsabile, dell'assenza del conflitto di interesse.

La gestione del conflitto di interessi assume uno speciale rilievo nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni, uno dei settori a maggior rischio corruttivo. Il Codice dei contratti pubblici contiene all'art. 42 una specifica norma in materia, anche avendo riguardo all'esigenza di garantire la parità di trattamento degli operatori economici. Il nuovo codice degli appalti, di cui al decreto legislativo n. 36/2023, all'articolo 16, disciplina il conflitto di interessi, stabilendo che *“Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione e all'esecuzione”*. La stazione appaltante deve adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e devono vigilare affinché il personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interesse ne dia comunicazione e si astenga dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione.

Il tema della gestione del conflitto di interessi è, quindi, estremamente ampio ed è normativamente inserito in disposizioni che trattano aspetti differenti di attività; all'interno dell'organizzazione, il conflitto di interessi è quindi proceduralizzato ed agito nei procedimenti amministrativi, coinvolgenti strutture aziendali differenti: riconfermando gli obiettivi già previsti nel precedente PIAO, diventa efficace l'adozione di una specifica policy aziendale che determini, nel rispetto delle specifiche peculiarità di ciascun procedimento potenzialmente interessato, le regole di gestione e valutazione del conflitto di interessi, potenziale o reale, con conseguente individuazione dei ruoli e responsabilità, predisposizione di modulistica e casistica e determinazione dei flussi informativi interni, seguendo le indicazioni contenute nel PNA 2022 per quanto riguarda il conflitto di interessi in materia di contratti. Di riferimento il documento prodotto dalla comunità in pratica dei RPCT – Scuola Nazionale dell'Amministrazione – nel 2025 “Modello di policy per l'emersione e gestione del conflitto di interessi”.

Inoltre, la consapevolezza e la conoscenza dell'importanza della corretta valutazione del conflitto di interesse, da parte del singolo dipendente, costituiscono, quindi, gli elementi strategici per cambiare la “cultura” della maladministration ed agevolare la trasparenza dell'azione amministrativa: si ritiene, pertanto, necessario confermare l'azione di formazione / informazione interna sulle tematiche e sulle procedure operative che sono previste dagli attuali codici e dai regolamenti aziendali che trattano “il conflitto di interesse” – attività già implementata negli ultimi anni all'interno della formazione in materia di etica e di prevenzione della corruzione – andando a definire focus specifici.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza dell'istituto del conflitto di interesse			
Misura di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto dei nuovi assunti intervenuti	Dal 01.01 al 28.02 di ciascun anno;	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati SI/NO
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03 al 30.11 di ciascun anno	UO Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Definizione di una procedura aziendale per la gestione del conflitto di interesse			
Misura di regolamentazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Stesura ed emanazione della policy a seguito di raccolta ed analisi della documentazione interna utilizzata dalle strutture coinvolte dai processi interessati	Anno 2026	RPCT e responsabili / incarichi di funzione delle strutture coinvolte	Emanazione della procedura SI/NO
Diffusione capillare	Primo semestre 2027	RPCT	Diffusione della procedura SI/NO
Controllo applicazione	Secondo semestre 2027 e anno 2028	Dirigenti delle SC Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale, Affari Generali e Legali, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Relazione SI/NO

Autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extra istituzionali

Con decreto aziendale n. 389 del 20.12.2018, è stato adottato il “Regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali (ex art.53 del decreto legislativo n. 165/2001)”. Il regolamento risponde ai seguenti obiettivi:

- chiarire le fattispecie di “incompatibilità”, “conflitto di interessi” ed “occasionalità” collegate alla materia e favorirne, in questo modo, la corretta applicazione;
- inserire, rispetto alle disposizioni aziendali prima vigenti:
 - delle limitazioni allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali (vedi articolo 12), che attengono alla sfera di discrezionalità dell’azione amministrativa dell’ASST, e da intendersi quali strumenti di salvaguardia della tenuta organizzativa aziendale e di controllo per la prevenzione della corruzione;
 - delle regole previste dalla norma di legge sul pantouflage, dandone una connotazione operativa, che costituisce attuazione dell’azione prevista nel PTPCT 2018/2020 sulla fattispecie della incompatibilità dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
 - delle regole comportamentali per le consulenze e perizie occasionali richieste da organi giurisdizionali o connesse all’esercizio della funzione giurisdizionale (CTU/CTP);
 - una nuova modulistica, che si differenzia, da quella precedentemente in uso, per l’inserimento dell’autocertificazione, da parte del dipendente, dell’esistenza / inesistenza delle situazioni, tutte spiegate nel regolamento, che consentono lo svolgimento dell’incarico extra istituzionale; ciò rappresenta una assunzione diretta di responsabilità da parte del dipendente, che comporta obbligatoriamente la conoscenza delle regole di comportamento.

Il regolamento, entrato in vigore il 01.01.2019, disciplina, quindi, i criteri e le modalità mediante i quali l’ASST provvede al rilascio al personale dipendente delle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi non compresi nei compiti e nei doveri d’ufficio, ai sensi dall’art.53 del decreto legislativo n.165/2001, nel rispetto dell’applicazione del regime delle incompatibilità e del cumulo di attività e di incarichi previsto dalla normativa e dai contratti nazionali di lavoro nelle aree dirigenziali e dell’area del comparto.

In particolare il documento individua le attività incompatibili e/o vietate, le attività incompatibili per conflitto di interessi, le attività soggette a comunicazione preventiva e le attività per le quali occorre espressa autorizzazione preventiva. Sono inoltre disciplinati i criteri per il rilascio dell’autorizzazione e la

procedura autorizzativa, nonché previste le disposizioni per il personale del comparto con rapporto di lavoro a tempo parziale non superiore al 50%. Il documento regola, altresì, il conferimento di incarichi a dipendenti di altre amministrazioni e le consulenze e le perizie occasionali richieste da organi giurisdizionali o connesse all'esercizio della funzione giurisdizionale. Il Regolamento prevede limitazioni annuali allo svolgimento degli incarichi, collegati sia agli importi dei corrispettivi riconosciuti per gli incarichi svolti, sia al numero degli incarichi e disciplina, in ultimo, il regime sanzionatorio e le attività di verifica e controllo.

Il Regolamento è pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda nell'area Amministrazione Trasparente – disposizioni generali – atti generali. E' pubblicato, inoltre, sulla intranet aziendale – documenti cartella "Regolamenti".

Si conferma, quindi, l'obiettivo, declinandolo sul triennio 2026-2028, di proseguire l'attuazione dei percorsi di formazione – da svolgersi sia in aula sia on line - per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti, con particolare riferimento ai neo assunti - attività già implementata dal 2023 all'interno della formazione in materia di etica e di prevenzione della corruzione – andando a definire focus specifici.

Alla luce delle diverse tipologie contrattuali e degli incarichi professionali che possono essere svolti dai dipendenti pubblici, sia in regime di libera professione, sia ai sensi dell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001, è stato, inoltre, previsto nel Piano Formativo Aziendale (PFA) 2026 uno specifico corso di formazione interna per gli operatori delle strutture aziendali Affari Generali e Legali, Accoglienza-CUP e Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane sul tema specifico delle incompatibilità.

Si concluderà, inoltre, il procedimento di aggiornamento del regolamento aziendale in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extra istituzionali, iniziato nel 2025, ritenuto necessario nell'ottica di migliorare il processo interno di gestione amministrativa delle comunicazioni/richieste di autorizzazioni che pervengono all'Azienda.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza della normativa inerente lo svolgimento di incarichi extra istituzionali e del vigente regolamento adottato dall'Azienda in materia			
Misura di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle nuove assunzioni intervenute	Dal 01.01 al 28.02 di ciascun anno;	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati SI/NO
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03 al 30.11 di ciascun anno	UO Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Aggiornamento del vigente regolamento aziendale in materia di svolgimento degli incarichi extra istituzionali ai sensi dell'articolo 53 del decreto legislativo 165/2001			
Misura di regolamentazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Approvazione del regolamento aggiornato	Entro luglio 2026	Direttore SC Affari Generali e Legali, Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Direttore SC Bilancio, Programmazione	adozione del corrispondente provvedimento aziendale SI/NO

		Finanziaria e Contabilità	
Diffusione capillare e formazione	Secondo semestre 2026	Direttore SC Affari Generali e Legali e SS Formazione	Relazione SI/NO

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il pantouflage

Il comma 16-ter dell'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. "periodo di raffreddamento"), attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche sanzioni, che hanno effetti sul contratto di lavoro dell'ex dipendente pubblico presso il soggetto privato nuovo datore di lavoro e sull'attività contrattuale dei soggetti privati medesimi. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono, infatti, nulli e l'ex dipendente pubblico ha l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati riferiti a detti contratti o incarichi; i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono, inoltre, contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni.

La disposizione normativa ha carattere generale e persegue la ratio di scoraggiare comportamenti impropri dei dipendenti pubblici che, facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione, potrebbero precostituirsi situazioni vantaggiose, con la prospettiva di un incarico o rapporto di lavoro presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto esercitando poteri autoritativi o negoziali.

Come descritto nelle Linee guida n. 1 emanate da ANAC in tema di c.d. divieto di pantouflage – art.53 comma 16-ter del decreto legislativo 165/2001 con propria Delibera n. 493 del 25.09.2024, il pantouflage rappresenta un'ipotesi di incompatibilità successiva che si affianca e si aggiunge ai meccanismi di "inconferibilità" e di "incompatibilità" previsti dal decreto legislativo n. 39/2013.

L'articolo 21 del decreto legislativo 39/2013 stabilisce che *" ai soli fini dell'applicazione del divieto di pantouflage, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi disciplinati dal medesimo dlgs 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo"*.

Nel 2018 l'ASST ha riaggiornato la propria procedura interna per la gestione della misura del pantouflage (revolving door) concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, ed acquisendo da parte dei dipendenti cessanti la dichiarazione del ricevimento della corretta informativa sul divieto, come sopra normativamente rappresentato. Da luglio 2023, i documenti di assunzione, relativi a tutti gli assumendi, indipendentemente dal profilo di inquadramento o dell'incarico assegnato, sono stati implementati con l'inserimento del richiamo all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 inerente il divieto di pantouflage.

Nel 2025 sono stati positivamente attivati dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane le misure di controllo sia su tutto il personale cessato nel corso del medesimo anno, sia a campione nei documenti assuntivi delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage; si conferma, anche per l'anno 2026, la prosecuzione dei controlli.

L'ASST, anche in conformità a quanto contenuto nel PNA 2019 ed alle ulteriori indicazioni in materia previste da ANAC, adotta il formulario DGUE – documento unico europeo – che consiste in un'autodichiarazione compilata e sottoscritta dall'operatore economico, e che contiene la previsione di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto.

Con le Linee Guida sopra richiamate, ANAC ha fornito indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al divieto di pantouflage, ad integrazione degli approfondimenti già contenuti in materia nel PNA 2022.

L'ASST, attraverso l'attività di verifica attribuita al RPCT, programma degli adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto.

L'obiettivo per la verifica dell'attuazione di questa misura organizzativa, declinato sul triennio 2026-2028, sarà la realizzazione di audit di controllo rispetto all'aderenza del contenuto dell'informativa aziendale agli indirizzi operativi di ANAC e rispetto alla verifica delle dichiarazioni e dei formulari DGUE acquisiti in atti dall'ASST, secondo un campione stabilito.

Attivare misure di verifica e controllo dei documenti assuntivi, delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite in atti			
Misura di controllo			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione del campione da controllare e delle tempistiche	Primo semestre 2026	Internal auditor e Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e della SC Gestione Acquisti	Stesura check list di controllo
Svolgimento dei controlli	Secondo semestre 2026	Internal auditor e Direttore/posizioni organizzative SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e della SC Gestione Acquisti	Rendicontazione dello svolgimento dei controlli nell'ambito dell'attività di internal auditing

Inconferibilità di incarichi dirigenziali ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Ai sensi del decreto legislativo n. 39/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute a verificare la sussistenza di:

- a) eventuali condizioni ostative al conferimento di incarichi dirigenziali o altri incarichi previsti ai capi III e IV del decreto stesso, in capo ai soggetti a cui l'amministrazione intende conferire l'incarico, derivanti dallo svolgimento di particolari attività o da incarichi precedenti ricoperti da questi ultimi;
- b) la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del decreto stesso per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, pubblicata sul sito dell'Azienda nella sezione Amministrazione trasparente.

Secondo la disciplina del decreto legislativo n. 39/2013:

- per quanto riguarda il punto a) (situazioni ostative al conferimento dell'incarico), la verifica avviene al momento del conferimento dell'incarico. Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico, pena la nullità dell'incarico e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto;
- per quanto riguarda il punto b) (situazioni di incompatibilità) il controllo deve essere effettuato all'atto del conferimento dell'incarico, nonché annualmente e su richiesta nel corso del rapporto. Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del

conferimento. Se invece emerge nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del decreto legislativo n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Con deliberazione n. 149 del 22.12.2014 recante "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" l'ANAC ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi di cui al decreto stesso presso le Aziende del SSN devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, alla luce della disciplina speciale dettata dal legislatore all'art.1 commi 49 e 50 della legge n. 190/2012 e degli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo n. 39/2013.

Alla luce di quanto sopra, e tenuto conto di quanto previsto dalla legge della Regione Lombardia n. 23/2015 di riforma del Servizio Sociosanitario lombardo, l'ASST provvede ad acquisire dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario apposita dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità all'atto della nomina e annualmente la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità.

Le dichiarazioni sono pubblicate nell'area Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Per quanto attiene alla verifica delle cause di inconferibilità e incompatibilità del Direttore Generale, la stessa compete invece all'amministrazione regionale.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35 – bis del decreto legislativo 30/03/2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", e riguardante la "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici", stabilisce che " Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione): a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere".

Come suggerito nel PNA 2019, tenuto conto della rilevanza che assume la misura in argomento, sono state predisposte e diffuse dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane apposite procedure operative ad hoc inerenti sia la gestione del conflitto di interesse e le situazioni di incompatibilità dei componenti delle commissioni giudicatrici nell'ambito delle procedure di selezione del personale dipendente, sia la gestione del conflitto di interesse dei componenti interni delle commissioni tecniche di valutazione – incarichi di posizione dirigenziale / incarichi di funzione. Come emerso in sede di monitoraggio, le procedure operative sono state agite nell'ambito dei procedimenti attivati nell'anno 2025.

Si conferma, anche nel 2026, la prosecuzione del monitoraggio.

E' stato inoltre validato dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane il protocollo aziendale inerente la rotazione straordinaria del personale ex art. 16 comma 1 lettera l) quater del decreto legislativo 165/2001 e previsto dalla norma in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Il monitoraggio della procedura, svolto nel 2025, evidenzia che nell'anno di riferimento non vi sono stati procedimenti penali ovvero disciplinari per condotte di natura corruttiva a carico di dipendenti o di persona che abbia svolto a qualsiasi titolo un rapporto con l'Azienda.

Misure compensative alla rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta, nell'impianto della legge 190/2012, una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, con l'intento che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduca il rischio che possano instaurarsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate alla collusione.

Il ricorso alla rotazione del personale può concorrere a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio, evitando il determinarsi di possibili fattori di condizionamento. La rotazione del personale è quindi uno strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

E' necessario sottolineare che, come evidenziato nel PNA 2016, e confermato nel PNA 2019, in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali sia nel settore clinico, che è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e di expertise consolidate, che nel settore tecnico e amministrativo dove le figure con competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), o acquisite (per esempio la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda. Il ricorso alla rotazione deve, pertanto, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione e con misure alternative dall'effetto analogo, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Valutato, da un lato, l'interesse alla riduzione del rischio di corruzione e, dall'altro, l'interesse a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, alla luce della funzione pubblica esperita dall'Ente, tenuto conto dell'esiguità delle risorse professionali nonché dell'alto turn over a cui è già soggetta l'organizzazione, soprattutto per alcune figure lavorative, ed il difficile reperimento di nuovo personale, l'ASST, al di fuori dei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, ritiene di non poter applicare la misura della rotazione del personale dirigenziale e direttivo – ruolo professionale, tecnico, sanitario e ruolo sanitario non medico.

Premesso quanto sopra, nei precedenti PTPCT – da ultimo la Sezione 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027 – a cui si rinvia, si prevedeva l'attuazione di misure compensative.

Si conferma, pertanto, anche per il triennio 2026-2028, il mantenimento dell'utilizzo delle seguenti misure compensative, fatta salva la necessità di aggiornamento / modifica delle stesse in virtù dell'entrata in vigore di specifiche norme nazionali e/o regionali in materia:

- puntuale applicazione dei regolamenti adottati aziendali inerenti i sistemi di attribuzione degli incarichi: "Regolamento del sistema degli incarichi di posizione dirigenziale della dirigenza Area Sanità – CCNL 23.01.2024" (aggiornato con decreto n.261/24), "Regolamento inerente il sistema degli incarichi per il personale del comparto" (approvato con decreto n.592 del 30.12.2022 e successivamente integrato con decreto n. 100 del 1.03.2023), "Regolamento del sistema degli incarichi di posizione dirigenziale dell'area della dirigenza professionale tecnica e amministrativa - CCNL 17.12.2020" (approvato con decreto n. 11 del 14.01.2022);
- attuazione, nella definizione dei processi dell'Ente, del principio di segregazione delle funzioni, con attribuzione a soggetti diversi delle funzioni istruttorie, procedurali amministrative, di valutazione tecnica, decisionali e di verifica dell'esecuzione;

- puntuale applicazione della regolamentazione aziendale vigente per “la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l’attribuzione per la predisposizione dei capitolati tecnici”, che definisce le modalità attuative degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici al fine di assicurare imparzialità dell’azione amministrativa nel rispetto dei principi di economicità, trasparenza, efficacia, tempestività e correttezza e messa in atto dei controlli sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dei commissari;
- implementazione dei processi e percorsi trasparenti e condivisi da soggetti diversi su procedure quali: 1) gli acquisti di beni definiti infungibili, per i quali, si è provveduto all’aggiornamento del regolamento in materia di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, prevedendo verifiche di monitoraggio e controllo di attuazione, compresa la rendicontazione interna semestrale al RPCT e alla direzione strategica delle acquisizioni di beni e servizi infungibili, attivata negli anni precedenti in ottemperanza alle indicazioni dettate da Regione Lombardia con DGR n. XI /491/2018 – allegato C; 2) la valutazione sulla destinazione delle risorse per investimento, mediante la convocazione della Commissione Dispositivi Medici aziendale, così come ridefinita nel 2024; 3) la condivisione di procedure e creazione di moduli standard per la gestione delle procedure di gara, al fine di garantire l’intervento di soggetti diversi nei processi di valutazione e di decisione;
- adozione ed aggiornamento, a garanzia del buon andamento dell’azione amministrativa, dei regolamenti aziendali – tra cui l’aggiornamento, nel 2023, del regolamento aziendale l’adozione dei provvedimenti amministrativi e per l’esercizio delle funzioni delegate, e nel 2024: “Regolamento per l’istituzione e la gestione del servizio di cassa economale” (decreto n. 1017/24), “Aggiornamento Regolamento per l’organizzazione della libera professione intramuraria (decreto n. 1127/24), “Regolamento aziendale per l’erogazione di prestazioni aggiuntive da parte del personale dirigente e del comparto” (decreto n. 1209/24)- “Regolamento aziendale per il conferimento e la gestione di incarichi di lavoro autonomo, borse di studio e incarichi a titolo gratuito” (ultimo aggiornamento decreto n. 349/25); “Regolamento aziendale per la stipula di contratti di acquisizione di beni e servizi” (decreto n. 778/25); “Regolamento aziendale per l’accettazione in uso di beni mobili mediante stipula di comodato d’uso o accettazione in prova / visione” (decreto n. 368/25). Per una consultazione complessiva, si rinvia al link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/atti-generalis>;
- implementazione ed aggiornamento continuo delle procedure PAC: è stato avviato in Azienda, nel 2017, il percorso della certificabilità dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.2017; nel rispetto delle scadenze definite dal percorso, nel 2019 sono state implementate le procedure previste per le seguenti aree: Area crediti e ricavi, Disponibilità liquide, Area debiti e costi; nel 2020, compatibilmente con l’emergenza sanitaria da COVID-19, in linea con le disposizioni regionali di sistema, è stato parzialmente avviato il percorso di affinamento e di verifica e controllo di applicazione delle procedure stesse, consolidando il percorso; dal 2022 è in atto il percorso di aggiornamento e monitoraggio continuo delle procedure;
- produzione dei provvedimenti dell’Ente in formato digitale: nel 2018 è stato implementato, ed è entrato a regime, il processo di gestione e produzione dei provvedimenti aziendali informatizzati – work flow; l’Azienda, con provvedimento deliberativo n.291 del 16 maggio 2023, ha adottato il “Regolamento aziendale per l’adozione degli atti amministrativi dell’ASST di Cremona e per l’esercizio delle funzioni delegate” che, alla luce dell’organizzazione e delle competenze e funzioni previste nel POAS 2022-2024 in essere, disciplina gli ambiti delle competenze per la produzione dei provvedimenti aziendali ed i soggetti legittimati, descrive il processo di work flow, definisce i contenuti essenziali dei provvedimenti, la loro pubblicità legale ed i controlli a cui sono assoggettati (regolamento confermato da ultimo con decreto direttoriale n. 8/2024);
- attivazione di Audit finalizzati alla verifica dei processi e delle attività amministrative a maggior rischio corruttivo o di inefficienza;

- attivazione, dal 2019, del processo informatizzato di presentazione delle domande di concorso e di protocollazione delle stesse e gestione dei relativi fascicoli;

-definizione dell'assetto aziendale degli incarichi di funzione organizzativa e professionale per l'area sanitaria/sociosanitaria e per l'area amministrativa e tecnica per il personale del comparto, interessante tutti i servizi e le strutture dell'Azienda, con assegnazione, avvenuta nel corso del 2024, di n. 88 incarichi del ruolo sanitario e n. 24 incarichi del ruolo amministrativo/tecnico e costante aggiornamento.

Si confermano, inoltre, per le aree a rischio corruzione, i seguenti comportamenti operativi ed organizzativi:

- messa in atto, da parte dei dirigenti responsabili, di azioni finalizzate alla rotazione dei procedimenti assegnati, compatibilmente con l'organizzazione del servizio, e le competenze specifiche e/o professionali e la promozione continua della interoperabilità, sin dove possibile, tra tutti gli operatori;

- archiviazione della documentazione istruttoria inerente i procedimenti espletati all'interno di cartelle su rete informatica, accessibile ad una pluralità di operatori appartenenti allo stesso ufficio/settore, nel rispetto del segreto d'ufficio.

La tutela del whistleblower

Con decreto n. 1100 del 26 novembre 2024, è stato approvato il Regolamento disciplinante la gestione delle segnalazioni di illeciti e la tutela del segnalante (whistleblowing), alla luce del recente decreto legislativo n. 24/2023, e delle linee guida attuative emanate da ANAC con deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023, perseguendo pertanto l'intento di aggiornare ed adeguare operativamente il regolamento e la procedura aziendali già vigenti.

Il Regolamento rappresenta, infatti, la declinazione, a livello aziendale, di quanto disposto dalla normativa europea e nazionale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni e, in particolare, definisce le modalità di segnalazione, denuncia e divulgazione pubblica, le modalità di gestione delle segnalazioni e quelle volte a rendere effettive le misure di protezione di cui al Capo III del medesimo decreto legislativo n. 24/2023.

La persona che nell'ambito della realtà dell'ASST di Cremona acquisisce informazioni su comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Azienda può effettuare una segnalazione, attenendosi a quanto disposto dal decreto legislativo 10 marzo 2023 n. 24, recante *"Attuazione della direttiva UE 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"*.

Il Regolamento individua e disciplina:

- i soggetti che possono effettuare la segnalazione (dipendenti, collaboratori, fornitori, subfornitori e dipendenti e collaboratori degli stessi, liberi professionisti, consulenti, lavoratori autonomi, volontari e tirocinanti, retribuiti o non retribuiti, azionisti o persone con funzione di amministrazione, direzione, vigilanza, controllo o rappresentanza, ex dipendenti, ex collaboratori o persone che non ricoprono più una delle posizioni indicate in precedenza, soggetti in fase di selezione, di prova o il cui rapporto giuridico con l'ente non sia ancora iniziato);
- cosa può essere segnalato (fatti illeciti penali, civili, amministrativi o contabili di cui si sia venuti a conoscenza nel contesto della propria attività lavorativa; sospetti qualificati di reati o altre violazioni di disposizioni di legge, nonché violazione di norme comunitarie, o potenziali rischi di commissione degli stessi);
- le modalità ed i canali di segnalazione interna - rappresentate, in via principale, dall'utilizzo della piattaforma digitale raggiungibile al link: <https://aziendasociosanitariateritorialeidicremona.whistleblowing.it> ovvero in forma scritta,

mediante l'utilizzo di appositi moduli da inviare secondo la procedura operativa definita dall'Ente, ovvero da rendere in forma orale – esterna presso ANAC o mediante divulgazione pubblica;

- le tutele e le misure di sostegno;
- le sanzioni.

Il Regolamento è stato pubblicato:

- sul sito web dell'ASST, nella sezione Amministrazione Trasparente – sotto sezioni: disposizioni generali e altri contenuti, nonché in apposita pagina dedicata alla segnalazione di illeciti, direttamente raggiungibile dalla home page del sito, nella quale sono stati pubblicati anche i moduli per le segnalazioni, i link di accesso alle piattaforme digitali per effettuare le segnalazioni – compreso il link alla piattaforma di ANAC per le segnalazioni che si intendono inoltrare direttamente alla medesima Autorità – la procedura operativa per le segnalazioni e le informative privacy <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/segnalazione-illeciti-whistleblowing>
- nella intranet aziendale.

Con recente Deliberazione n. 478 del 26 novembre 2025, ANAC ha approvato le “Linee guida in materia di Whistleblowing sui canali interni di segnalazione”, al fine di superare alcune criticità emerse in sede di applicazione della nuova disciplina in materia dettata dal decreto legislativo 24/2023 sopra richiamata; con successiva Deliberazione n. 479 del 26 novembre 2025, ANAC ha, quindi, modificato le indicazioni contenute nel proprio precedente provvedimento n. 311/2023, al fine di armonizzare le disposizioni operative per l'applicazione della normativa europea di cui al decreto legislativo in argomento.

Nel corso del 2026 si provvederà, pertanto, ad aggiornare il regolamento aziendale vigente disciplinante la gestione delle segnalazioni di illeciti e la tutela del segnalante (whistleblowing) secondo le recenti Linee guida ANAC rispetto all'utilizzo dei canali interni di segnalazione.

E' confermato, inoltre, per il triennio 2026-2028, l'obiettivo già declinato nelle sezioni “Rischi corruttivi e trasparenza” degli anni precedenti, di prosecuzione dell'attuazione di percorsi di formazione on line ed in aula per l'approfondimento della conoscenza della misura per i dipendenti dell'area sanitaria e sociosanitaria e per i neo assunti.

Implementare quantitativamente e qualitativamente la conoscenza della normativa inerente l'istituto del whistleblowing e delle modalità di applicazione nell'ASST			
Misura di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Individuazione dei nominativi del personale da arruolare per la formazione e definizione del target, tenuto conto anche delle nuove assunzioni intervenute	Dal 01.01 al 28.02 di ciascun anno;	RPCT e SS Formazione	Target dei soggetti individuati SI/NO
Fruizione della formazione mediante piattaforma on line o in aula	Dal 01.03 al 30.11 di ciascun anno	SS Formazione responsabili / direttori di SC/Servizio	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Formazione sui temi dell'etica e della legalità e formazione specifica

L'ASST promuove l'attività formativa ed informativa sulle diverse problematiche inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, nella consapevolezza che la condivisione e la diffusione della cultura dell'etica e delle corrette norme comportamentali rappresenta una efficace misura per la prevenzione della corruzione. In continuità con le azioni messe in atto negli scorsi anni e rappresentate nei precedenti PTPCT

aziendali, a cui si rinvia, l'ASST promuove all'interno del proprio piano di formazione aziendale annuale delle iniziative volte a: diffondere i valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati, divulgare la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione, sensibilizzare i dipendenti sulle responsabilità correlate al mancato rispetto delle regole comportamentali e delle procedure vigenti, supportare i dipendenti operanti nei settori particolarmente esposti a rischi corruttivi, anche al fine di predisporre procedure e modulistiche e individuare tipologie di controlli coadiuvanti nella prevenzione del rischio corruttivo.

Nello specifico, per l'anno 2026, i fabbisogni formativi sono stati individuati dal Responsabile della prevenzione e dai responsabili delle strutture aziendali interessate, in raccordo con la SS Formazione, e le iniziative formative verranno inserite nel Piano Formativo Aziendale anno 2026, per l'approfondimento del quale si rinvia alla successiva Sezione "Organizzazione e Capitale umano" del presente PIAO.

Nel 2026 l'attività di formazione e sensibilizzazione sarà garantita anche mediante:

- la prosecuzione della realizzazione di corsi c.d. "welcome day" destinati al personale neo assunto, ed aventi quale obiettivo formativo, l'apprendimento delle procedure organizzative vigenti in azienda, ed attraverso le quali si ottemperano e declinano le principali tematiche trasversali all'organizzazione: sicurezza, privacy, codice di comportamento, anticorruzione, trasparenza, risk management, ect;
- il coinvolgimento, da parte del RPCT, dei dipendenti dei settori aziendali maggiormente esposti al rischio corruttivo, per la partecipazione a corsi/webinar/giornate formative a tema in materia di anticorruzione e trasparenza organizzate da enti/soggetti esterni.

Il RPCT garantirà, inoltre, la propria partecipazione agli eventi formativi ed ai network a tema che saranno organizzati da Regione Lombardia, ORAC, ed ANAC durante l'anno.

Implementazione delle misure antiriciclaggio

Il settore sanitario assorbe una ingente quantità di risorse pubbliche ed è chiamato a gestire processi complessi, finalizzati a tutelare il diritto alla salute, assicurare la continuità dei percorsi di presa in carico e cura dei pazienti, garantendo il funzionamento delle strutture erogative. La messa in atto, inoltre, in questi anni, delle misure avviate per il PNRR, che, nell'ambito sociosanitario lombardo, stanno riguardando, in particolare, anche l'attuazione della legge regionale n. 22/2021, e, nello specifico la realizzazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle COT (centrali operative territoriali) (poli ospedalieri, ambulatori, ecc...) nonché l'ammodernamento delle grandi apparecchiature, e la digitalizzazione ed informatizzazione di alcuni processi di cura e di presa in carico, determinerà un aumento nella potenziale esposizione al rischio di riciclaggio, messo in atto da soggetti (come le organizzazioni criminali) che hanno interesse a re-immettere nel circuito dell'economia legale i proventi derivanti da attività illecite.

Il decreto legislativo n. 231/2007 impone alle aziende sanitarie pubbliche il dovere di comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

Nel 2024, conformemente alle misure programmate nel PIAO 2024-2026, è stato attivato il Gruppo interno di miglioramento formativo per il rafforzamento delle competenze per il contrasto della illegalità e della corruzione – Laboratorio per la gestione degli indicatori di anomalia e delle segnalazioni delle operazioni sospette (SOS), coordinato dal RPCT e dal Responsabile aziendale antiriciclaggio. Gli incontri del gruppo interno hanno raggiunto lo scopo di migliorare la conoscenza sia della normativa nazionale in materia di antiriciclaggio sia della regolamentazione aziendale in materia – e di cui al decreto aziendale n. 484 del 15.11.2019 - e creare degli strumenti operativi di lavoro - check list riepilogative delle situazioni e dei comportamenti da attenzionare maggiormente, individuando le tipologie di controlli attivati e/o da attivare. Il gruppo, formato da funzionari delle strutture aziendali: Avvocatura, Affari Generali e Legali,

Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Accoglienza e CUP aziendali, Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità, Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale e Farmacia, riprenderà la propria attività di valutazione ed analisi anche nel 2026. L'iniziativa è inserita nel Piano Formativo Aziendale anno 2026, per l'approfondimento del quale si rinvia alla successiva Sezione "Organizzazione e Capitale umano" del presente PIAO.

Implementare le misure antiriciclaggio – definizione di strumenti operativi per le SOS			
Misura di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Gruppo interno di miglioramento formativo per il rafforzamento delle competenze per il contrasto della illegalità e della corruzione – Laboratorio per la gestione degli indicatori di anomalia e delle segnalazioni delle operazioni sospette (SOS)	Dal 01.01.2026 al 31.12.2026	Responsabile aziendale antiriciclaggio e RPCT	Almeno 3 incontri /anno SI/NO

Nel 2022 l'ASST ha svolto, inoltre, un approfondimento in merito alla possibilità di opposizione, per l'Ente, oltre che alla cessione del credito, anche alla procura all'incasso: all'origine di tale esigenza, vi è l'elevato numero di fatture interessate, cedute con differenti atti, riguardanti plurimi fornitori e maturate nell'ambito di molteplici contratti, situazione che rende oggettivamente complessa la gestione dei pagamenti, con il rischio di comprometterne la tracciabilità e di celare operazioni di riciclaggio. L'approfondimento giuridico effettuato sugli istituti di cessione del credito e procura all'incasso ha portato l'ASST a modificare i propri capitolati di gara con l'inserimento di una clausola ad hoc e sono state puntualmente respinte le richieste di cessione di credito e procura all'incasso. Tali azioni si sono, di fatto, permeate nell'agire quotidiano all'interno dei correlati processi dell'Ente.

E' emersa, tuttavia, l'esigenza di migliorare la procedura formale interna di richiesta al fornitore di storno o di emissione di note di credito nel caso di fatture non conformi all'ordine, mediante la previsione di una apposita nota di contestazione e che vedrà coinvolti tutti i servizi interni che provvedono alla liquidazione.

Nel corso degli ultimi mesi del 2025 – relativamente alla ai processi di "liquidazione" dei documenti di spesa (fatture) pervenuti dai fornitori, l'Azienda ha iniziato un percorso di progettazione e analisi di un nuovo modulo Oracle, in collaborazione con la software House che si occupa della manutenzione dell'applicativo amministrativo-contabile, con lo scopo di facilitare gli operatori addetti alla verifica delle prestazioni eseguite e alla liquidazione delle fatture. In particolare, il nuovo modulo dovrà consentire di:

- tracciare e conservare le autorizzazioni dei DEC in merito alla liquidazione delle fatture di servizi pervenute dai fornitori

- facilitare il confronto "ordine", "Documento di Trasporto" e "fattura" per le acquisizioni di Beni sanitari e non sanitari, in particolare per quelle che non presentano criticità e che possono essere rese automaticamente pagabili

- tracciare e conservare le eventuali richieste di nota di credito a totale o parziale storno di fatture ritenute non liquidabili (ad esempio per errata quantità, errato prezzo, errata IVA, ecc), ai fini della necessaria conservazione della comunicazione di contenzioso debitamente comunicata al fornitore ed eventualmente necessaria in caso di future contestazioni sui tempi di pagamento

- verificare e conservare la firma autorizzativa alla liquidazione del Responsabile della Struttura che provvede alla liquidazione stessa.

Il progetto si concluderà nel corso del 2026 con l'entrata in utilizzo dell'applicativo.

Implementare le misure antiriciclaggio – digitalizzazione del processo di liquidazione delle fatture pervenute dai fornitori per acquisti beni e servizi			
Misura di informatizzazione dei processi e di controllo			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Attivazione del processo di liquidazione delle fatture contratti di fornitura di beni e servizi nell'applicativo amministrativo-contabile aziendale	Anno 2026	SS.CC.: Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità, Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale, Sistemi informativi	Utilizzo del modulo SI/NO

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Lo sviluppo dell'etica e della responsabilità civile assume un ruolo determinante con alcuni attori della rete relazionale dell'ASST.

A norma dell'art.1, comma 17, della legge n. 190/2012, l'ASST, in qualità di stazione appaltante ed ente del SSR, utilizza il Patto di integrità in materia di appalti pubblici approvato dalla Regione Lombardia con delibera di Giunta Regionale n. IX/1751 del 17.06.2019.

Il patto di integrità, che viene sottoscritto dagli operatori economici partecipanti alla gara, prevede specifiche clausole secondo le quali il mancato rispetto del medesimo patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Viene richiesto all'impresa di impegnarsi non solo alla corretta esecuzione del contratto d'appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

L'ASST ha sviluppato, inoltre, nel tempo, rapporti di collaborazione con molte associazioni di volontariato / enti del terzo settore presenti nel territorio, riconoscendone il ruolo e l'importanza, soprattutto a sostegno e garanzia dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, nel rispetto delle disposizioni normative nazionali e regionali vigenti in materia, tra cui principalmente:

- ✓ il decreto legislativo n. 117/2017 avente per oggetto *“Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”*, che riconosce il valore e la funzione sociale degli enti del terzo settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressioni di partecipazione, solidarietà e pluralismo, e prevede che le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165 possano sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale convenzioni finalizzate allo svolgimento, in favore di terzi, di attività o servizi sociali di interesse generale, se più favorevoli rispetto al ricorso al mercato;
- ✓ la legge della Regione Lombardia n. 33/2009, che, riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria, favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto.

L'ASST, dal 01.01.2016, ha acquisito dall'ex ASL della provincia di Cremona, le attività erogative relative agli ambiti socio sanitari, ha ritenuto opportuno definire un regolamento aziendale che disciplinasse i rapporti tra l'ASST e gli enti del terzo settore – regolamento adottato con decreto aziendale n. 367 del 12.12.2018. Nel 2024, tenuto conto anche del ruolo istituzionale svolto dai servizi del Polo Territoriale dell'ASST, a seguito della continua implementazione della riforma socio sanitaria della legge regionale n. 21/22, con decreto aziendale n. 1243 del 23.12.2024 si è concluso il procedimento amministrativo di revisione del

suddetto regolamento, dove è stata posta particolare attenzione, da un lato, al rafforzamento della condivisione e responsabilizzazione del rispetto dei principi dell'etica sociale e, dall'altro, al potenziamento di misure che garantiscano la condivisione partecipata alle iniziative dell'Ente.

L'Azienda ha attivato, inoltre, nel 2023, l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), con la nomina del relativo Responsabile dell'ufficio, deputato alla tutela dei diritti dei cittadini rispetto ad azioni o omissioni nell'esercizio delle attività di competenza dell'Azienda e/o dei servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio; sono state attivate, pertanto, con lo stesso, le sinergie collaborative necessarie al perseguimento del valore pubblico. Nel corso del 2025 è stata, inoltre, definita con il Responsabile UPT la procedura per la protocollazione delle segnalazioni specifiche che pervengono all'ufficio, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia.

Sono state elaborate e formalizzate nel corso del 2025 le Linee guida per la concessione degli spazi aziendali alle associazioni di volontariato, quale strumento volto a rafforzare i principi di trasparenza, imparzialità, pari trattamento e prevenzione di potenziali rischi corruttivi nei rapporti tra l'ASST e gli attori del Terzo Settore. Le linee guida hanno definito in modo chiaro e uniforme:

- le modalità di richiesta degli spazi aziendali;
- i termini temporali entro cui presentare le domande;
- i criteri di accettazione della richiesta;
- le modalità di utilizzo degli spazi;

Tale strumento garantisce, quindi, che le associazioni di volontariato operanti sul territorio abbiano pari opportunità di presentare e valorizzare la propria realtà alla cittadinanza attraverso spazi espositivi all'interno delle strutture aziendali, nel rispetto di regole condivise e trasparenti, evitando trattamenti discrezionali o non omogene e contribuendo alla promozione di comportamenti etici, alla responsabilizzazione degli interlocutori esterni e alla diffusione di una cultura della legalità e della trasparenza. Nel 2026 è prevista la diffusione personalizzata delle linee guida alle associazioni di volontariato, e la relativa applicazione delle nuove regole finalizzata al riordino degli spazi espositivi (in particolare nell'ingresso dell'ospedale di Cremona).

Si conferma, pertanto, nel triennio 2026-2028 la misure già previste nei PIAO precedenti.

Collaborazioni con il terzo settore – perseguimento del valore pubblico			
Misura di controllo			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Sottoscrizione del patto di integrità da parte degli operatori economici partecipanti alle gare dell'ASST e da parte degli enti convenzionati	Entro il 31 dicembre di ciascun anno	Direttori SC Gestione Acquisti, SC Gestione Patrimoniale e Ufficio Tecnico, SC Nuovo Ospedale, Affari Generali e Legali	Relazione a fine anno al RPTC: il nr di patti di integrità sottoscritti e presenti nei fascicoli di gara / nr complessivo degli operatori economici = 1
Rafforzamento dei principi di trasparenza, imparzialità e parità di trattamento nei rapporti con il terzo settore			
Misura di regolamentazione			
Azione	Tempi di realizzazione	responsabili	Risultato atteso/indicatore
Diffusione delle "linee guida per la concessione degli spazi aziendali alle associazioni di volontariato" agli enti del terzo settore	Anno 2026	Responsabile SS Comunicazione	Relazione a fine anno al RPCT sulle attività svolte

Informatizzazione dei processi

L'Art. 97 della Costituzione reca: *"I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione"*; l'articolo 1 della legge n. 241/90 "Nuove norme sul procedimento amministrativo", nell'individuare i principi ai quali si deve conformare l'attività amministrativa, reca *"L'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza, secondo le modalità previste dalla presente legge e dalle altre disposizioni che disciplinano singoli procedimenti, nonché dai principi dell'ordinamento comunitario"*.

L'operatività del principio del "buon andamento" si estende oltre l'amministrazione in senso stretto, e riguarda il complessivo funzionamento della P.A., ed attiene non solo alla organizzazione delle strutture ed all'articolazione delle competenze, ma anche alla disciplina dei poteri amministrativi e dei relativi procedimenti.

Sul piano dei significati, il principio di buon andamento è stato identificato con la predisposizione di strutture e moduli di organizzazione volti ad assicurare un'ottimale funzionalità o rappresentato come obiettivo di tempestività e efficienza o come esigenza generale di efficienza dell'azione amministrativa o definito o inteso come economicità di gestione e contenimento dei costi dei servizi pubblici.

Nel perseguimento di tale principio, l'ASST è impegnata, ormai da alcuni anni, alla progressiva informatizzazione della gestione dei procedimenti amministrativi tramite, dapprima, l'implementazione del sistema di protocollo informatizzato e della gestione dei documenti elettronici e, successivamente, l'implementazione di un work flow inerente la produzione informatizzata delle determinazioni dirigenziali e dei provvedimenti del direttore generale.

Nel 2019 l'informatizzazione dei procedimenti ha riguardato la ricezione delle domande di concorso e la gestione delle stesse nel sistema di protocollo; nel 2020 la revisione ha riguardato l'avvio del nuovo albo pretorio on line, con l'attuazione del registro informatizzato delle pubblicazioni legali. Nel 2021/22 l'informatizzazione dell'attività amministrativa ha riguardato la messa in produzione digitale di comunicazioni in partenza da parte di alcune strutture amministrative aziendali. Dal 2023 è stata, inoltre, informatizzata la procedura interna di ordine – fatturazione – pagamento dei liberi professionisti con i quali l'ASST stipula contratti. Nel 2024 si è provveduto ad informatizzare la fase di raccolta dei fabbisogni per beni inventariabili. Nel 2025 sono stati condotti degli studi di fattibilità per implementare, nel sistema di gestione documentale aziendale, la formazione, registrazione e condivisione dei documenti c.d. "interni" all'organizzazione e istruttori nell'ambito dei procedimenti amministrativi gestiti dall'ASST (pareri, valutazioni tecniche, ecc), nonché per la digitalizzazione del processo di liquidazione delle fatture dei contratti di fornitura beni e servizi: questi progetti proseguiranno anche nel 2026.

Anche l'attività sanitaria e sociosanitaria è stata oggetto, in questi ultimi anni, di una continua implementazione della transizione al digitale - dalla cartella clinica informatizzata all'avvio della telemedicina – che proseguirà anche nel triennio 2026-2028, come declinato nelle Regole di Sistema Regionali per l'anno 2026 e negli obiettivi strategici ed operativi del presente PIAO.

L'informatizzazione dell'attività dell'Ente è, comunque, correlata alla procedure regolatorie approvate dall'Azienda, che assicurano l'applicazione dei principi di buon andamento all'azione amministrativa.

I regolamenti adottati sono consultabili sul sito web dell'ASST di Cremona – sezione amministrazione trasparente – disposizioni generali – atti generali <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/atti-general>.

La digitalizzazione e la trasparenza nei contratti pubblici

Il decreto legislativo n.36/2023 (di seguito: nuovo codice degli appalti) entrato in vigore il 1 aprile 2023, e le cui disposizioni hanno acquistato efficacia dal 1 luglio 2023, introduce la disciplina della “digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici”. Tali disposizioni assolvono all’obiettivo di fondo di digitalizzare l’intera procedura dei contratti pubblici, fondandola sulla acquisizione di dati e sulla creazione di documenti nativi digitali, da realizzarsi tramite piattaforme digitali in modo da rendere possibile l’interazione con le banche dati esistenti e consentendo, contemporaneamente, l’implementazione delle stesse con i nuovi dati prodotti dalle singole procedure.

Il nuovo codice degli appalti individua i principi su cui si fonda l’attività di digitalizzazione: il principio di neutralità tecnologica, il principio di trasparenza, il principio di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali. L’agire in chiave digitale implica anche l’applicazione del principio “once only”, declinato dal medesimo codice degli appalti, nei rapporti tra le PP.AA. e tra queste e gli operatori del settore degli appalti, principio secondo il quale i dati e le informazioni già nella disponibilità delle amministrazioni, ovvero che possono essere acquisite tramite l’accesso a banche dati delle PP.AA., non dovranno essere richiesti ripetutamente, ma saranno forniti una sola volta. Il principio della trasparenza è assicurato, come declinato nel nuovo codice degli appalti, attraverso l’individuazione dei dati, delle informazioni e degli atti che devono essere pubblicati sul sito istituzionale della P.A.: la finalità della pubblicazione è quella di informare i cittadini relativamente alle procedure di gara bandite, alla tipologia di opere e servizi e forniture oggetto delle procedure di gara, i costi degli affidamenti al fine di favorire il controllo diffuso che è alla base del principio della trasparenza amministrativa.

Le comunicazioni e l’interscambio dei dati per le finalità di conoscenza e trasparenza devono avvenire, secondo i principi dettati dal codice degli appalti, nel rispetto del principio di unicità del luogo di pubblicazione e dell’invio delle informazioni.

La trasparenza dei contratti pubblici trova la sua principale strutturazione attraverso, quindi, la digitalizzazione dell’intero ciclo di vita dei contratti, e cioè: programmazione, progettazione, pubblicazione, avvio della procedura, affidamento, fase di esecuzione del contratto.

Le disposizioni del codice degli appalti rispondono, quindi, all’obiettivo di far sì che tutte le attività siano conoscibili e riconducibili ad un numero identificativo iniziale assegnato alla singola procedura avviata con il Codice Unico di Progetto (CUP) e il Codice Identificativo di Gara (CIG). Tutte le attività riguardanti l’intero ciclo di vita dei contratti devono essere espletate mediante l’utilizzo di piattaforme e servizi interoperabili in modo da consentire la produzione di dati e lo scambio degli stessi tra banche dati.

Il nuovo codice degli appalti introduce, inoltre, la regola generale secondo cui sia le stazioni appaltanti sia gli operatori economici devono operare digitalmente attraverso sistemi digitali. Il codice costituisce, pertanto, “*l’ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement)*”, costituito dalle piattaforme e dai servizi digitali infrastrutturali abilitanti la gestione del ciclo di vita dei contratti pubblici e dalle piattaforme digitali utilizzate dalle stazioni appaltanti.

La Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), della quale è titolare in via esclusiva ANAC, abilita l’ecosistema nazionale di e-procurement.

La BDNCP si articola nelle seguenti sezioni:

- a) Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA);
- b) Piattaforma dei Contratti Pubblici (PCP)
- c) Piattaforma per la pubblicità legale degli atti
- d) Fascicolo Virtuale dell’Operatore Economico (FVOP)
- e) Casellario informatico

f) Anagrafe degli operatori economici.

Il regime della trasparenza: il nuovo codice degli appalti, si concentra nei seguenti dettati:

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, sono tempestivamente trasmessi alla BDNCP attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- le stazioni appaltanti al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, devono assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del proprio sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo n. 33/2013;
- viene riformulato dall'art. 224, comma 4 del Codice Appalti, l'art. 37 del decreto legislativo 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture", prevedendo che: *"1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78. 2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."*;
- le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) hanno continuato ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- l'art. 28, comma 3, del decreto legislativo 36/2023 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e, in ragione di tale norma, è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Sono state, quindi, individuate da ANAC, con propria deliberazione n. 261 del 20 giugno 2023 (nello specifico all'articolo 10), le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP per il tramite delle piattaforme di approvvigionamento certificate e relative:

- alla fase di programmazione: programma triennale ed elenchi annuali dei lavori, programma triennale degli acquisti, servizi e forniture;
- alla progettazione e pubblicazione: gli avvisi di pre-informazione, i bandi e gli avvisi di gara, gli avvisi relativi alla costituzione di elenchi di operatori economici;
- all'affidamento: gli avvisi di aggiudicazione ovvero i dati di aggiudicazione per gli affidamenti non soggetti a pubblicità, gli affidamenti diretti;
- all'esecuzione: la stipula e l'avvio del contratto, gli stati di avanzamento, i subappalti, le modifiche contrattuali e le proroghe, le sospensioni dell'esecuzione, gli accordi bonari, le istanze di recesso, la conclusione del contratto, il collaudo finale;
- ad ogni altra informazione che dovesse rendersi utile per l'assolvimento dei compiti assegnati ad ANAC dal codice degli appalti e da successive modifiche ed integrazioni.

La trasmissione di queste informazioni alla BDNCP assolve agli obblighi in materia di trasparenza.

L'ASST, in qualità di stazione appaltante, ha inserito sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente" il collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuto nella BDNCP, collegamento che garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante ed assicura la trasparenza dell'intera procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione.

Gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP sono stati invece dettagliatamente individuati da ANAC con propria deliberazione n. 264 del 20 giugno 2023, così come successivamente aggiornata con provvedimento della medesima Autorità n. 601 del 19.12.2023: questi atti, dati e informazioni, che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, sono pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale della stazione appaltante ASST di Cremona.

L’attuazione, dal 1 gennaio 2024, delle disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, declinate dalla Parte II del Codice, costituisce fattore di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure.

La digitalizzazione consente, da un lato, di assicurare efficacia, efficienza e rispetto delle regole e, dall’altro, costituisce essa stessa misura di prevenzione della corruzione volta a garantire trasparenza, tracciabilità, partecipazione e controllo di tutte le attività.

L’assetto normativo in essere nell’ordinamento italiano a seguito dell’entrata in vigore del nuovo codice degli appalti si è caratterizzato, per il settore della contrattualistica, da norme differenziate a seconda che si tratti di interventi legate al PNRR/PNC, di procedure avviate con il previgente decreto legislativo n. 50/2016 ovvero di procedure avviate in vigore del nuovo Codice, poiché:

- le procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. “procedimenti in corso”, continuano ad essere disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- le procedure di affidamento avviate dal 1°luglio 2023 in poi sono disciplinate dal nuovo Codice;
- le procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, sono disciplinate, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel decreto legge n. 77/2021 e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Questa differenziazione ha avuto un riverbero anche sui regimi di trasparenza da applicare, che si diversificano a seconda della data di pubblicazione del bando / avviso e dello stato di esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

La deliberazione n. 605 del 19.12.2023 di “Aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione”, a cui si rinvia integralmente, contiene, pertanto, le indicazioni rispetto ai differenti regimi di pubblicazione da adottare in materia di trasparenza dei contratti pubblici (per una descrizione puntuale cfr la corrispondente sezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2024-2026)

Tenuto conto di quanto tutto sopra espresso, l’ASST si è adeguata in via graduale agli obblighi di pubblicazione nella specifica materia dei contratti, tenuto conto della correlata e contestuale implementazione delle integrazioni tra le piattaforme digitali di e-procurement e l’utilizzo dei sistemi di interoperabilità delle banche dati. (Per la rappresentazione completa si rinvia all’allegato 3 del presente Sezione del PIAO - TABELLA ANALITICA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELL’ASST DI CREMONA).

Lo stato di implementazione della digitalizzazione delle attività: l’ASST, già qualificata come stazione appaltante, ha comunicato ad ANAC nel gennaio 2024 l’utilizzo della piattaforma di approvvigionamento digitale (PAD) certificata SINTEL. Sono state implementate dalla piattaforma digitale SINTEL le funzionalità inerenti: l’acquisizione del CIG, il suo collegamento alla procedura di gara, la pubblicazione legale a livello nazionale BDNCP ed europeo sulla GUEE, la compilazione del DGUE all’interno del fascicolo della medesima procedura di gara, l’inserimento delle informazioni inerenti l’esecuzione del contratto discendente dal CIG; le funzionalità inerenti il FVOE; non è ancora operativa la funzionalità inerente la gestione dell’accesso agli atti di gara.

Nelle schede dell'osservatorio regionale Piattaforma Esecuzione Contratti Pubblici (PECP), implementate dalla stazione appaltante ASST Cremona, sono descritte e contenute le informazioni integrate sugli operatori economici che hanno partecipato alle singole procedure di gara, sugli importi di aggiudicazione, sulle fasi di stipula/avvio/esecuzione/fine contratto, compresa la registrazione delle varianti contrattuali in corso di esecuzione.

Focus sulla fase di esecuzione del contratto: come evidenziato da ANAC nella propria Delibera n. 497/24 "Indicazioni alle stazioni appaltanti in merito alle modalità di espletamento dei controlli e delle verifiche da svolgere durante la fase esecutiva degli appalti di servizi e forniture", *"la fase di esecuzione degli appalti assume notevole rilevanza, in quanto in essa si traduce la cura dell'interesse pubblico sotteso all'indizione della gara e ciò può avvenire se l'appaltatore selezionato adempie correttamente alle obbligazioni assunte, eseguendo l'appalto a regola d'arte, in conformità e nel rispetto delle condizioni, modalità, termini e prescrizioni stabiliti dai documenti contrattuali"*. Da ciò l'importanza di prevedere, già nella documentazione di gara – capitolati speciali e contratti – un'analitica regolamentazione dei controlli e delle verifiche da svolgere in sede di esecuzione del contratto, definendo già, se possibile, anche tempistiche e modalità prestabilite. Anche la strutturazione e la tracciabilità dei controlli svolti assumono un aspetto fondamentale, sia dal punto di vista della formazione e responsabilizzazione dei RUP e dei DEC dei contratti dell'Ente, sia rispetto alla tenuta e conservazione della documentazione – verbali – attestanti l'avvenuto svolgimento dei controlli e gli esiti degli stessi.

Nel corso dell'anno 2025 l'ASST ha approfondito queste tematiche, prevedendo la revisione del regolamento aziendale inerente i controlli della fase esecutiva dei contratti e realizzando specifica formazione in sede, come prevista nel Piano Formativo aziendale anno 2025, con l'obiettivo di conseguire una "specializzazione" delle figure dei RUP e dei DEC aziendali.

Nel 2026 verrà costituito un gruppo di miglioramento interno, con lo scopo sia di definire le procedure operative ed i correlati strumenti di controllo (check list) differenziati a seconda della specifica tipologia di contratto (fornitura / servizio), sia di svolgere una approfondita analisi dei rischi correlati.

Efficientare i controlli nella fase esecutiva dei contratti ed i compiti e responsabilità del RUP e del DEC			
Misura di regolamentazione e di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Gruppo interno di miglioramento formativo per il rafforzamento	Anno 2026	SC Gestione Acquisti	adozione procedure operative SI/NO

Contratti inerenti gli interventi PNRR – controlli: con decreto aziendale n. 693 del 4 ottobre 2023, l'ASST di Cremona ha individuato un team multi professionale interno deputato all'effettuazione dei controlli previsti per gli interventi collegati ai progetti PNRR che vede l'Ente quale soggetto attuatore esterno delegato dalla Regione Lombardia, attuando le indicazioni operative specificatamente definite, in merito, dal Decreto del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 7796/23. Il team di controllo interno è stato previsto con la seguente composizione:

coordinatore: RPCT aziendale; componenti: un funzionario della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità; un funzionario della SC Gestione Acquisti; un funzionario della SC Gestione Tecnico

Patrimoniale; un funzionario della SC Affari Generali e Legali, individuando figure professionali diverse dai RUP nominati dell'ASST per gli interventi sopra indicati.

Il team, previa verifica della normativa nazionale e regionale in materia e svolta un'analisi rispetto ai processi interni di controllo amministrativo/contabili, ha definito la procedura regolamentante lo svolgimento dei controlli richiesti per la rendicontazione degli interventi PNRR, strutturando le modalità di svolgimento e attestazione delle attività di controllo, individuando specifica check list aziendale a sostegno sia del RUP, per le attività di verifica poste in capo allo stesso, sia del team interno deputato a verificare l'attuazione delle attività di controllo svolte dagli stessi RUP. La procedura è stata condivisa con i RUP aziendali degli interventi PNRR e con il Collegio Sindacale dell'Azienda.

Il Gruppo di controllo, che ha iniziato, nel 2024, le proprie attività, ha proseguito nel 2025 verificando circa l'80% dei CIG collegati agli interventi legati alla Missione 6 Salute C2.1 1.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN – ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – grandi apparecchiature sanitarie, il 40% dei CIG collegati agli interventi legati alla Missione 6 Salute C2.1 1.1 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN – ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – digitalizzazione DEA I e II livello, come emerge dai verbali contenuti nel relativo fascicolo amministrativo aziendale. L'attività proseguirà con continuità nel 2026, a chiusura degli interventi attualmente mancanti.

L'ASST presidia, inoltre, gli obblighi in materia di comunicazione e informazione circa lo stato di implementazione degli interventi PNRR mediante:

- utilizzo di specifico format per la documentazione prodotta relativamente all'attuazione degli interventi PNRR (documenti amministrativi -bandi, decreti e determine, carta intestata - format cartelli, targhe, ecc.) secondo il proprio brand book definito in ottemperanza alle Linee guida di Regione Lombardia per la comunicazione e le azioni informative dei soggetti attuatori del PNRR Missione 6 – del luglio 2023 e febbraio 2024;
- implementazione della sezione “progetti PNRR” del sito web aziendale – con aggiornamento dello stato di avanzamento degli interventi collegati ai progetti PNRR che vede la Scrivente quale soggetto attuatore esterno. Link: <https://www.asst-cremona.it/progetti-pnrr>

Ulteriori misure specifiche in materia di contratti: si dà atto della realizzazione delle seguenti azioni / procedure, anche a conferma di misure specifiche già previste nei precedenti piani di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Ente, che costituiscono misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza :

- attuazione del “Regolamento per l'acquisizione di servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria” (decreto direttoriale n. 1043 del 27.12.2023), ai sensi dell'articolo 1, comma 3, dell'allegato II.1 al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, che prevede la facoltà delle stazioni appaltanti di “dotarsi, nel rispetto del proprio ordinamento, di un regolamento in cui sono disciplinate: a) le modalità di conduzione delle indagini di mercato, eventualmente distinte per fasce di importo, anche in considerazione della necessità di applicare il principio di rotazione degli affidamenti; b) le modalità di costituzione e revisione dell'elenco degli operatori economici, distinti per categoria e fascia di importo; c) i criteri di scelta dei soggetti da invitare a presentare offerta a seguito di indagine di mercato o attingendo dall'elenco degli operatori economici propri o da quelli presenti nel mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni o in altri strumenti similari gestiti dalle centrali di committenza di riferimento”;
- aggiornamento del regolamento aziendale, adottato nel 2020, in materia di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi,

- attivazione del percorso istruttorio interno di valutazione e definizione delle priorità di acquisto da parte della Commissione ristretta HTA /CDM, come istituita con decreto aziendale n. 1128 del 2024;

Si da atto, infine, che, ai sensi della DGR della Regione Lombardia n. XII/2388 del 28.05.2024 è stata sospesa l'implementazione della piattaforma regionale T&T (trasparenza e tracciabilità) per il tracciamento dei subappalti e di cui al precedente provvedimento regionale DGR n. XI/5408/2021 in materia di "trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture".

La gestione dei documenti e dati prodotti dall'Azienda ed il monitoraggio dei tempi procedurali

L'informatizzazione dei processi aziendali di produzione del documento amministrativo, inteso nell'accezione di cui alla definizione ex art.22 della L.241/1990, in base alla quale per "documento amministrativo" si intende ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale, e l'ottemperanza di tutte le disposizioni normative in materia di digitalizzazione della pubblica amministrazione, richiede, sempre di più, garanzie di governo dei diritti e degli interessi dei cittadini, anche mediante la rappresentazione concreta del principio di "accountability".

In tal senso, nel 2018 l'Azienda è stata interessata dall'entrata in vigore, avvenuta il 25 maggio 2018, del GDPR 679/16 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati". Al fine di porre in essere le azioni necessarie all'adeguamento alla nuova normativa l'Azienda ha ritenuto opportuno dotarsi, a far tempo dal 15 marzo 2018, di un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) esterno, nuova figura prevista dalla normativa, nonché dotarsi di un applicativo software per gestire in modo coordinato ed organizzato le procedure interne che attengono direttamente o indirettamente alla materia privacy, garantendo altresì una costante valutazione del rischio rispetto alle attività poste in essere. Il modello organizzativo adottato dall'ASST di Cremona in ottemperanza alla normativa sopra richiamata ed il regolamento aziendale vigente in materia – da ultimo aggiornato con decreto aziendale n. 11 del 16 gennaio 2025 - sono consultabili sul sito web aziendale al link <https://www.asst-cremona.it/privacy>

Si confermano, per il triennio 2026-2028, le misure già previste ed attuate nei Piani precedenti: la formazione interna in materia di privacy, correlata ai diversi ruoli organizzativi aziendali di cui l'ASST si è dotata in ottemperanza alla normativa sulla protezione dei dati e la messa in atto / aggiornamento delle procedure necessarie alla gestione trasversale della politica di protezione dei dati personali.

Con decreto aziendale n. 601 del 29 agosto 2023 è stato approvato il "Manuale di gestione documentale aziendale" che, ai sensi delle ultime linee guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), del maggio 2021, inerenti la *"formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici"*, in attuazione al dettato normativo contenuto nella legge 241/1990 *"Nuove norme sul procedimento amministrativo"*, nel DPR 445/2000, *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"* (TUDA), nonché nel decreto legislativo n. 82/2005 *"Codice dell'amministrazione digitale"* (CAD), descrive il sistema di gestione dei documenti e fornisce le regole e le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. Con decreto aziendale n. 1205 del 18 dicembre 2024, sono stati aggiornati i seguenti allegati al Manuale di Gestione aziendale: piano di fascicolazione; procedura di rilascio delle credenziali per l'accesso alla piattaforma gestionale Archiflow, procedura di archiviazione di documentazione cartacea soggetta a registrazione di protocollo. Il costante aggiornamento del Manuale di gestione documentale rappresenta, infatti, una efficace misura di prevenzione di inefficienza amministrativa e, pertanto, una garanzia di buona amministrazione, oltre che di certezza e trasparenza dell'azione amministrativa. Nel 2025 sono stati attivati, pertanto, da parte della SC Affari Generali e Legali audit e misure di controllo circa l'aderenza alle regole di

gestione documentale contenute nel Manuale di gestione, nonché attività interne per una costante implementazione ed aggiornamento del Piano di fascicolazione dell'Ente, contenente la declinazione di tutti i procedimenti amministrativi aziendali e delle regole per la loro gestione documentale (aggregazione, competenza e termini di conservazione dei documenti). Nel 2026 proseguiranno le attività di monitoraggio del Piano di Fascicolazione, finalizzate al costante aggiornamento dello stesso, al fine di renderlo sempre di più strumento operativo nella costruzione e gestione dei fascicoli procedurali dell'Azienda.

Nel corso del 2026 verranno inoltre organizzati degli eventi formativi interni orientati al miglioramento delle competenze professionali amministrative in materia di documento amministrativo digitale; tale formazione è stata inserita nel Piano Formativo Aziendale anno 2026.

Verifica aderenza al Manuale di gestione documentale aziendale ed alle regole tecniche descritte nei relativi allegati al documento			
Misura di controllo			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
costruzione del campione da controllare	Dal 01.01.2026 al 30.03.2026	Direttore SC Affari Generali e Legali	Attivazione del controllo SI/NO
analisi annuale: svolgimento del controllo	Dal 01.04.2026 al 31.12.2026	Direttori/responsabili delle strutture interessate	Invio dei report come da tempistiche che verranno definite
Incremento delle competenze professionali sul documento amministrativo digitale			
Misura di formazione			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Fruizione della formazione	Anno 2026	Responsabili, incarichi di funzione ed operatori delle strutture amministrative aziendali ed alcuni staff	Il rapporto tra il numero di partecipanti al corso sul numero dei soggetti individuati deve essere maggiore o uguale al 90%

Costituisce, inoltre, misura generale per la prevenzione della corruzione, il monitoraggio dei tempi procedurali, che viene effettuato dai singoli responsabili di ogni struttura aziendale nell'espletamento delle proprie attività di controllo dirigenziale nelle materie di competenza, così come definite nel funzionigramma del POAS 2022-2024, sulla scorta dei termini di conclusione previsti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunque denominata. Anche in ragione della circostanza che il mancato rispetto dei termini procedurali costituisce ipotesi di danno risarcibile a carico dell'Amministrazione, i dirigenti responsabili assicurano al RPCT e alla Direzione strategica i necessari flussi informativi circa il rispetto di detti tempi procedurali.

Si concluderà, inoltre, nel 2026, la verifica dell'inserimento, nel sistema di gestione documentale aziendale, del modulo "scadenziario", al fine di garantire una gestione organica, trasparente e tracciata delle scadenze all'interno dello stesso sistema di gestione documentale.

Monitoraggio dei tempi procedurali			
Misura di controllo			
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Monitoraggio del rispetto dei tempi dei procedimenti di competenza.	Anno 2026	Direttori SC Affari Generali e Legali, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Gestione Acquisti, SC Gestione Patrimoniale	Relazione annuale al RPCT sugli esiti del monitoraggio.

		e Ufficio Tecnico, SC Nuovo Ospedale, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Accoglienza e CUP Aziendali, SS Avvocatura	
Misura di informatizzazione del processo e di controllo			
Azioni	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Attivazione del modulo scadenziario	Anno 2026	SC AGL	Utilizzo del modulo SI/NO

MISURE SPECIFICHE

La presente Sezione prevede, oltre alle misure generali, ulteriori misure specifiche di prevenzione che incidono sulle situazioni individuate tramite l'analisi del rischio. La determinazione delle misure, anche a conferma di alcune già previste nei precedenti PTPCT dal 2018-2020 al 2022-2024 e nella Sezione 2.3 del PIAO 2023-2025, 2024-2026, 2025-2028, ha tenuto conto sia di esiti delle attività di analisi dei rischi, definiti in collaborazione con i responsabili delle unità operative interessate dai processi identificati nell'Allegato 1 alla presente Sezione, nonché valutazione circa la loro sostenibilità.

Nell'Allegato 2 "Misure organizzative di prevenzione della corruzione", sono identificati, per ciascuna area di rischio, gli eventi e le correlate misure specifiche di prevenzione della corruzione, che costituiranno obiettivo di budget per le unità operative/servizi aziendali individuati nel dettaglio, con i relativi indicatori, tempi di realizzazione, responsabili delle attività e tempi di monitoraggio.

IL MONITORAGGIO DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO

Il monitoraggio è da intendersi come un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di prevenzione della corruzione adottate dall'ASST di Cremona. Le risultanze del monitoraggio sono, pertanto, utilizzate per migliorare la programmazione delle misure da prevedere nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, secondo una logica sequenziale e ciclica, atta a favorire il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Date tali premesse, l'attività di monitoraggio viene svolta sia dal RPCT, sia dai dirigenti / responsabili degli uffici e servizi delle strutture organizzative che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Nello specifico:

- i responsabili delle strutture /servizi aziendali rendicontano lo stato di attuazione delle misure in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di budget;
- il RPCT effettua un monitoraggio di secondo livello attraverso:
 - o l'esame delle relazioni richieste per specifiche e determinate misure;
 - o l'esame delle segnalazioni tempestive dei dirigenti responsabili in ordine alle eventuali violazioni o anomalie riscontrate;
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti dai singoli dipendenti (in proposito si vedano le misure di tutela dei dipendenti che segnalano);
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti dall'utenza o comunque da soggetti esterni;
 - o l'esame delle segnalazioni provenienti da organi ed organismi aziendali di controllo quali: Collegio Sindacale e Nucleo di Valutazione;
 - o lo svolgimento di verifiche a campione mediante sopralluoghi, audit o esame della documentazione, anche mediante specifici audit attivando la funzione di internal auditing aziendale;

- o lo svolgimento di incontri programmati ad hoc con i responsabili dell'attuazione delle misure.

L'attività di monitoraggio posta in essere dal RPCT sarà registrata attraverso l'utilizzo di relazioni / schede interne, descrittive dell'attività svolta e controfirmate dalle parti.

Il RPCT pubblica, inoltre, la propria relazione annuale, in forma tabellare, utilizzando il format che viene definito annualmente da ANAC – e secondo le tempistiche da quest'ultima individuate – sul sito internet aziendale.

Il RPCT partecipa, inoltre, all'attività di monitoraggio complessiva del PIAO, così come descritto nella Sezione 4 "Monitoraggio" del presente documento.

Il RPCT può, in fine, proporre alla Direzione Generale la modifica e/o l'integrazione del presente piano a seguito dell'accertamento di significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, di rilevanti modifiche nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda, a seguito ed in relazione agli esiti delle verifiche effettuate, o delle segnalazioni ricevute sullo stato di applicazione dello stesso.

LA TRASPARENZA

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto, principalmente, delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012, nel decreto legislativo n.33/2013, come innovato dal decreto legislativo n. 97/2016, della delibera di ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, delle indicazioni contenute nel PNA 2022 e nell'Aggiornamento 2023, nella delibera di ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 ad oggetto "*Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art.48 del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto – messa a disposizione di ulteriori schemi*", da ultimo aggiornata con successiva delibera n. 481 del 3 dicembre 2025.

La pubblicazione nel sito istituzionale dei documenti, delle informazioni e dei dati che riguardano l'organizzazione e l'attività dell'Ente è effettuata in conformità alle specifiche regole tecniche di cui alla normativa sopra descritta.

Nell'Allegato 3 del presente Sezione del PIAO è riportata la **TABELLA ANALITICA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELL'ASST DI CREMONA**, contenente anche l'indicazione dei responsabili individuati per l'elaborazione, la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati e la relativa tempistica.

Ai, sensi dell'art. 43 comma 3 del decreto legislativo n. 33/2013, a norma del quale "*i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge*", la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati è assicurata dai singoli dirigenti responsabili delle strutture aziendali, cui è attribuita la responsabilità dell'adempimento per competenza sulle singole materie.

Ciascun responsabile, in caso di modifica di informazioni o documenti di propria competenza sottoposti a pubblicazione, provvede direttamente all'aggiornamento mediante le proprie credenziali di accesso al sito.

La pubblicazione dei dati, conformemente a quanto richiesto dalla normativa vigente, viene effettuata nel rispetto dei seguenti principi:

INTEGRITA', COMPLETEZZA ED ACCURATEZZA: i dati pubblicati non devono essere parziali, e corrispondono all'attività che si intende descrivere; nel caso si tratti di documenti, questi sono pubblicati in modo esatto, senza omissioni e nella versione più aggiornata del documento e la loro pubblicazione deve riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative;

COMPRESIBILITA' E SEMPLICITA' DI CONSULTAZIONE: il contenuto dei dati è indicato in modo chiaro e comprensibile, avendo attenzione alla semplicità del linguaggio utilizzato ed inserendo, ove si renda necessario per la migliore fruibilità delle informazioni, note esplicative per facilitare l'accesso del cittadino, e deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione (ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni).

OMOGENEITA': il dato pubblicato è coerente e non presenta contraddittorietà rispetto ad altri dato del contesto d'uso dell'ASST che lo detiene.

CONFORMITA' AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'ASST E INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA: l'ASST assicura la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato è il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, ne viene indicata la fonte.

TEMPESTIVITA': la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati avvengono nel rispetto delle periodicità indicate dalla normativa. Ove le norme di riferimento prevedano la pubblicazione tempestiva delle informazioni (cioè in tempi tali che possa essere utilmente fruita dall'utente) l'aggiornamento avviene a seguito di modifiche organizzative o istituzionali o a seguito di modifica del documento oggetto di pubblicazione.

Al fine di definire e circoscrivere nel modo più oggettivo possibile le responsabilità dei singoli dirigenti in ordine ai rispettivi obblighi di pubblicazione, favorendo al contempo la possibilità di un più efficace controllo da parte del Responsabile trasparenza, sono stati definiti i limiti temporali entro i quali si ritiene rispettato il criterio di tempestività e fruibilità del dato.

COSTANTE AGGIORNAMENTO: il dato pubblicato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente" del sito web dell'ASST, è indicata la data di aggiornamento.

FACILE ACCESSIBILITA' E RIUTILIZZABILITA': le informazioni e i documenti vengono pubblicati in formato aperto nel rispetto delle indicazioni tecniche fornite dal legislatore nel decreto legislativo n. 33/2013 ed ai sensi delle disposizioni del decreto legislativo n. 82/2005 (codice dell'amministrazione digitale). L'ASST non dispone filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione trasparente".

PONDERAZIONE DEL RAPPORTO SUSSISTENTE TRA TRASPARENZA E TUTELA DEI DATI PERSONALI: come evidenziato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.20/2019, e richiamato anche nel PNA 2019, deve essere operato un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni. L'ASST, pertanto, attua la messa a disposizione sul proprio sito web di dati e documenti contenenti dati personali previa verifica dell'obbligo normativo di pubblicazione degli stessi e comunque, anche in presenza di idoneo presupposto normativo, l'ASST attua l'attività di pubblicazione dei dati sul proprio sito web per finalità di trasparenza nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di:

- liceità, correttezza e trasparenza;
- minimizzazione dei dati;

- esattezza;
- limitazione della conservazione;
- integrità e riservatezza;

tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.

Per quanto riguarda la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatoriamente previsti dalle norme vigenti, l’ASST pubblica:

nella sezione “Amministrazione trasparente – incarichi di collaborazione e consulenza” sono pubblicate le disposizioni regolamentari aziendali inerenti la creazione e la gestione dell’albo degli avvocati esterni libero professionisti, nonché l’albo stesso, suddiviso nelle n.5 sezioni previste dal regolamento aziendale;

nella sezione “Amministrazione trasparente – interventi straordinari e di emergenza” sono state pubblicate tutte le determinazioni assunte dall’Azienda in merito alla gestione della pandemia da COVID-19;

nella sezione “Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Dati ulteriori” le tabelle contenenti le informazioni inerenti le tecnologie introdotte in ASST attraverso la “valutazione in prova”.

La validazione ed il controllo dei dati pubblicati.

L’ASST garantisce, quale presupposto necessario per la pubblicazione dei dati e per la loro diffusione, l’effettuazione della procedura di validazione , intesa come il processo che assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con le caratteristiche qualitative ed il rispetto dei principi sopra declinati.

La procedura di validazione è messa in atto dal dirigente / responsabile dell’ufficio tenuto alla individuazione e/o elaborazione del dato da pubblicare, in quanto soggetto che conosce approfonditamente i dati e le informazioni medesime.

Qualora i dati da pubblicare risultino in tutto o in parte non conformi e/o non rispettosi dei requisiti, il soggetto tenuto alla validazione segnala al RPCT se il dato: a) è pubblicabile provvisoriamente, in quanto le difformità rilevate sono lievi e che sarà sostituito non appena disponibili i dati conformi; b) non è pubblicabile, in quanto le difformità sono macroscopiche.

Il RPCT tiene conto di tali eventuali segnalazioni nel monitoraggio della sezione “Amministrazione trasparente”.

L’attività di monitoraggio interno, intesa quale controllo sulla pubblicazione dei dati, è svolta di norma in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di budget mediante il coinvolgimento dei responsabili interessati.

Qualora venga riscontrato un ritardo nell’adempimento dell’obbligo di pubblicazione o di aggiornamento, il responsabile della trasparenza, prima di procedere alle segnalazioni previste dalla normativa, ne fa segnalazione al responsabile dell’adempimento e, analizzate le modalità di recupero tardivo delle informazioni, assegna un termine entro il quale provvedere all’adempimento stesso.

Il RPCT effettua, altresì, il controllo, unitamente al NVP, sulla pubblicazione dei dati in “Amministrazione trasparente” nell’ambito della rilevazione annuale disposta da ANAC in materia.

Il responsabile della trasparenza

Il Decreto legislativo n. 97/2016 prevede che le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza siano poste in capo ad un solo soggetto. L'ASST di Cremona, ha individuato, da subito, un unico responsabile. Nello specifico, è stato nominato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza il Dirigente Amministrativo Bonfanti Marianna.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza vigila sul rispetto e l'operatività delle misure di trasparenza, riconoscendo nella stessa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio.

Il Sito web istituzionale – sezione “Amministrazione Trasparente”

Strumento fondamentale per ottemperare agli obblighi di legge e rendere effettiva la trasparenza dell'azione amministrativa dell'Azienda è rappresentato dal sito web istituzionale.

In particolare la sezione "Amministrazione Trasparente" del Sito è stata predisposta già nel 2013 ed è costantemente implementata e monitorata dal Responsabile per la trasparenza e dai singoli dirigenti responsabili secondo competenza, come specificato al punto successivo.

La sezione è raggiungibile direttamente dalla home page del sito www.asst-cremona.it ed i contenuti sono strutturati in coerenza con quanto riportato nell'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013.

Ai fini della buona fruibilità delle informazioni, della verifica sul corretto adempimento degli obblighi di trasparenza e della complessiva efficacia del sistema di prevenzione della corruzione è di particolare rilievo il coinvolgimento dei cittadini e dei diversi stakeholder, sia interni, sia esterni. L'ASST intende quindi proseguire nelle iniziative finalizzate al coinvolgimento degli interessati e potenziare progressivamente i propri strumenti a ciò destinati. Per quanto riguarda in particolare gli stakeholder interni i canali informativi /formativi a disposizione dell'Azienda sono:

- la formazione finalizzata alla diffusione e conoscenza delle tematiche in materia di anticorruzione e trasparenza (contenuti generali, cogenza delle previsioni normative ed importanza del rispetto delle indicazioni in essi contenute, fattispecie di reato e sanzioni previste per il mancato rispetto), con lo scopo non solo di far conoscere agli operatori del settore i propri doveri, ma anche di stimolarne la sensibilità sul tema per un approccio propositivo e volto al miglioramento dell'azione amministrativa;
- la comunicazione delle iniziative, nonché la diffusione e pubblicazione di contenuti in tema di trasparenza, tramite la rete intranet aziendale, il portale del dipendente (bacheca di Angelo del Dipendente), le e-mail istituzionali ed il sito web aziendale.

Allo scopo di diffondere la politica aziendale sulla trasparenza e la prevenzione della corruzione al di fuori dell'ASST e di coinvolgere le diverse categorie di interessati raccogliendone le istanze e le proposte per un proficuo apporto al miglioramento della stessa, l'Azienda si serve di strumenti diversificati sia informatici che non, in modo da raggiungere il maggior numero possibile di cittadini.

La comunicazione con i cittadini e tutti i diversi stakeholder è assicurata mediante:

aggiornamento costante del sito www.asst-cremona.it quale strumento fondamentale di informazione e promozione dei servizi, iniziative tematiche, progetti di miglioramento;

gestione quotidiana delle pagine social istituzionali (facebook, twitter, YouTube, Instagram, LinkedIn) attraverso i quali vengono promosse tutte le iniziative dell'ASST (ospedale e territorio) e vengono

comunicare tutte le informazioni di servizio utili alla cittadinanza. I social consentono di alimentare un dialogo costruttivo e smart tra la pubblica amministrazione e le persone;

costruzione di notizie e rubriche tematiche (carta stampata, web e TV) in collaborazione con i media locali allo scopo di raggiungere target diversificati di “lettori” e offrire una informazione corretta in tema di prevenzione e salute;

carta dei servizi: è uno strumento centrale per l’informazione, la tutela e la partecipazione dei cittadini. E’ una sorta di mappa di facile consultazione – sempre disponibile on line – che descrive i servizi principali dell’ASST di Cremona e le rispettive modalità di accesso. La carta dei servizi è fondata sui principi di uguaglianza, imparzialità a garanzia dell’efficienza e l’efficacia dei servizi. (segui il link [Carta dei servizi | ASST Cremona](#)).

L’ascolto degli stakeholder e la raccolta dei loro feedback avvengono, al momento, principalmente attraverso:

raccolta ed analisi dei questionari di Customer Satisfaction: si tratta di un processo ormai consolidato che permette di conoscere il gradimento dei cittadini per i servizi erogati dall’Azienda e consente di valutare le aree che più necessitano di interventi migliorativi. In tal senso, le osservazioni libere degli utenti sono fonte di preziose informazioni;

sistema di gestione dei reclami / elogi / suggerimenti: la procedura di gestione dei reclami, elogi e suggerimenti identifica modalità, soggetti coinvolti e tempi certi di risposta alle istanze dell’utenza. I cittadini possono rivolgersi all’URP di persona, per telefono, via e-mail, attraverso la chat di Facebook utilizzando sia il modulo cartaceo, sia quello on line www.asst-cremona.it/comunicazione-stampa-urp.

L’ASST considera di fondamentale importanza l’attività dell’URP ai fini della raccolta di segnalazioni, anche anonime, provenienti dall’esterno, relative ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto d’interessi o, nei casi più gravi, di corruzione.

Accesso civico

Il decreto legislativo n. 97/2016 ha modificato in modo significativo la disciplina dell’accesso a dati e documenti precedentemente prevista dal decreto legislativo n. 33/2013, introducendo, oltre all’accesso civico già previsto dall’art. 5 comma 1, anche un diritto di accesso generalizzato (art. 5 comma 2), allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

A tale fine, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

Con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 avente ad oggetto “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”, ANAC ha fornito indicazioni circa i limiti e le esclusioni all’accesso.

Con deliberazione n. 581 del 22.12.2017, l’ASST di Cremona ha adottato il regolamento aziendale inerente “l’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, il diritto di accesso civico di documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato” ed è stato istituito il registro aziendale delle richieste di accesso, disponibile nella sezione “amministrazione trasparente” del sito web aziendale. Il regolamento e la relativa modulistica sono visionabili e consultabili al link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/accesso-civico>

Accesso civico semplice

A norma dell'art. 5 comma 1 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 qualora la Pubblica Amministrazione obbligata alla pubblicazione dei documenti, informazioni o dati previsti dalla legge non vi abbia provveduto, ciascun cittadino ha il diritto di richiederli all'amministrazione stessa, senza obbligo di motivazione specifica.

La richiesta di accesso civico deve essere presentata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dott.ssa Marianna Bonfanti (tel. 0372/405206), mediante e-mail al seguente indirizzo: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it oppure presentazione della richiesta a mezzo posta, fax (unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità) o direttamente presso gli uffici.

Entro 30 giorni dalla richiesta, i documenti, dati o informazioni mancanti saranno resi disponibili e scaricabili gratuitamente dall'area Amministrazione Trasparente, previa comunicazione via e-mail da parte del Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza, con indicazione del relativo collegamento ipertestuale. Se dalla verifica risultasse che il documento, l'informazione o il dato richiesti sono già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, verrà inviata comunque una e-mail indicante il collegamento ipertestuale.

Titolare del potere sostitutivo in caso di ritardo o mancata risposta, è il Direttore Amministrativo (direzione.amministrativa@asst-cremona.it). Quest'ultimo provvederà senza ulteriore ritardo e comunque entro 15 giorni.

Le indicazioni sulle modalità di esercizio dell'accesso civico nell'ASST di Cremona sono state pubblicate nell'apposita sezione del sito internet istituzionale.

Accesso civico generalizzato

L'art. 5 comma 2 del decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, prevede che, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti delle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso civico può essere presentata alternativamente:

- al Dirigente responsabile dell'ufficio che detiene i documenti/informazioni richieste.;
- all'Ufficio relazioni con il pubblico, ai seguenti indirizzi mail e pec.: urp@asst-cremona.it; urp.pec@asst-cremona.it
- all'Ufficio Protocollo, tramite e-mail o pec ai seguenti indirizzi: protocollo@asst-cremona.it; protocollo@pec.asst-cremona.it

Il procedimento di accesso civico si conclude entro 30 giorni dalla richiesta con provvedimento espresso e motivato. Se vi sono soggetti controinteressati, la richiesta di accesso è comunicata agli stessi, assegnando termine di 10 giorni per presentare motivata opposizione.

In tal caso il termine per la conclusione del procedimento è sospeso dalla data di comunicazione ai controinteressati fino all'eventuale opposizione. Decorso tale termine, l'Azienda provvede sulla richiesta. Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi e ai limiti stabiliti dall'articolo 5-bis (tutela di interessi giuridicamente rilevanti).

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine sopra indicato, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza tramite e-mail al seguente indirizzo: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it. Quest'ultimo decide con provvedimento motivato, entro 20 giorni. Contro la decisione il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

Le indicazioni sulle modalità di esercizio dell'accesso civico nell'ASST di Cremona sono state pubblicate nell'apposita sezione del sito internet istituzionale:

<https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/accesso-civico>

Obiettivi / azioni da implementare

Al fine di migliorare i processi interni di gestione delle fasi connesse alla pubblicazione dei dati e dei documenti ed implementare il presidio della trasparenza, si ritiene di prevedere i seguenti obiettivi a breve termine:

Implementare i presidi della trasparenza			
1) Misura di regolamentazione: definizione di una procedura interna sul processo di pubblicazione e controllo dei dati			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso/indicatore
Predisposizione della procedura operativa	Entro il 30 giugno 2026	RPCT	Adozione della procedura interna SI/NO
2) Misura di formazione: svolgimento corso interno sulla procedura operativa			
Azione	Tempi di realizzazione	Responsabili	Risultato atteso / indicatore
Realizzazione corsi di formazione interna	Entro il 30 novembre 2026	RPCT ed operatori delle strutture aziendali responsabili della pubblicazione	Formazione di almeno il 60% degli operatori individuati nel campione del RPCT

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

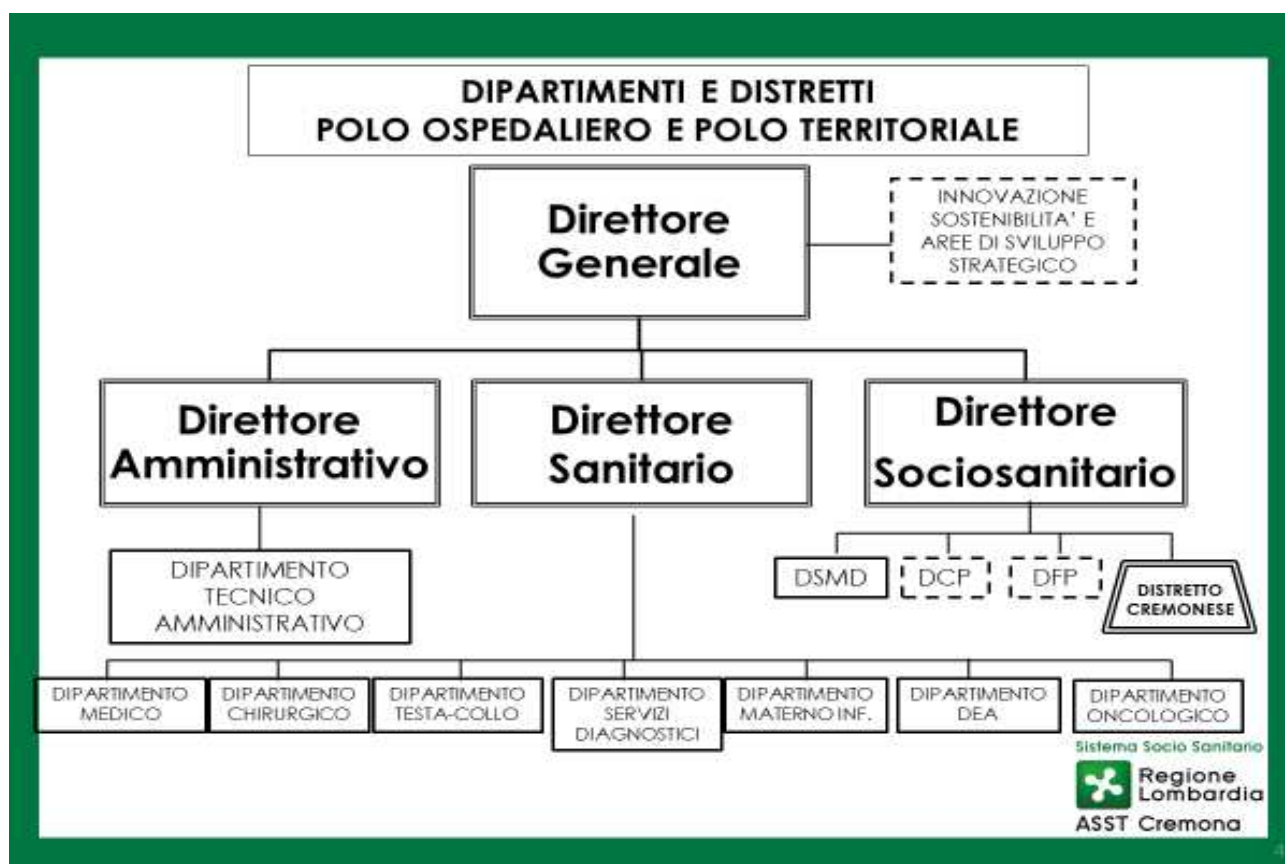
L'Ente è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo la massima accessibilità e la libertà di scelta, l'equità delle prestazioni, l'ottimizzazione delle risorse, e promuovendo l'integrazione ed il raccordo istituzionale con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato. La legge regionale dell'11.08.2015, n. 23, *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*, che ha istituito, dal 1 gennaio 2016, le nuove Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), ha risposto al bisogno di integrazione e di continuità alle cure, sviluppando un modello di azienda in grado di garantire, al suo interno, tutte le attività ed i servizi della filiera erogativa e di presa in carico, orientate all'efficienza ed all'appropriatezza. Tale modello è stato innovato dalla legge di riforma sociosanitaria regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 *“Modifiche al titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”*, che ha previsto importanti interventi di rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, attraverso principalmente: il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (case di comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina, il miglioramento dell'efficacia integrativa di tutti i servizi socio sanitari. L'ASST di Cremona ha definito il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) in funzione delle nuove competenze attribuite dalla legge regionale della Regione Lombardia del 14.12.2021, n. 22 sopra descritta, Piano approvato dalla Giunta della Regione Lombardia con delibera n. XI/6804 del 02.08.2022. Da ultimo, in ottemperanza a quanto previsto dalla medesima legge regionale n.22/21, il 1° gennaio 2024 si sono concluse le azioni propedeutiche e la fase transitoria definite dalla Direzione Generale Welfare, con il definitivo trasferimento delle funzioni e degli operatori del Dipartimento / SC Cure Primarie dell'ATS Val Padana alla ASST di Cremona.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con l'ATS e la Regione. In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio.

Il POAS vigente è stato approvato con DGR XI/6804 del 02 agosto 2022 ed è consultabile al link [Documenti di programmazione strategico-gestionale | ASST Cremona](#).

Si riporta di seguito sintesi complessiva della struttura organizzativa vigente:



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nel corso del 2025, in esito all'attività di mappatura dei Piani Operativi delle Attività svolta nel 2024, l'Azienda ha dato inizio all'implementazione dell'applicazione del Regolamento in maniera ordinaria.

Tuttavia, una serie di difficoltà nel riuscire a disporre della dotazione tecnologica per poter garantire a tutto il personale l'utilizzo degli idonei strumenti, ha comportato la necessità per l'Azienda di proporre un piano di concessione più graduale rispetto a quanto auspicato, cercando di individuare dei criteri utili a definire una diversa pianificazione che rispondesse alle esigenze tanto delle strutture quanto dei dipendenti.

I criteri individuati dall'Azienda si riferivano all'opportunità, in prima istanza, di programmare l'attivazione di posizioni di lavoro agile e da remoto in funzione dei criteri di priorità individuati dal regolamento aziendale stesso, che si riportano di seguito, escludendo l'attivazione delle posizioni predette per coloro che non si trovano nelle condizioni di priorità.

Nel dettaglio, le figure che sarebbero state oggetto della programmazione, sarebbero state le seguenti:

- personale con disabilità di cui all'art. 3, comma 3, legge n. 104/92;
- personale con figli, senza alcun limite di età, in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- personale che abbia nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità di cui all'art. 3, comma 3, legge n. 104/92;
- personale che rivesta il ruolo di caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- dipendenti che si trovano nella condizione di essere unica figura genitoriale;
- dipendenti in gravidanza che non abbiano maturato il diritto all'astensione di legge;
- personale con figli fino a 12 anni di età;
- fruizione dei congedi in favore delle vittime di violenza di genere di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 80/2015 in quanto inserito/a in percorsi di protezione;

- esigenze di gestione di figli minori di 14 anni (o di minori in affidamento) in relazione al numero e all'età;
- straordinarie esigenze di cura documentate nei confronti di familiari e conviventi;
- limitazioni all'idoneità lavorativa certificate dal medico competente.

Tuttavia, anche in considerazione di una situazione di relazioni sindacali con le organizzazioni sindacali del comparto di particolare tensione, l'accordo sull'individuazione dei criteri alternativi è stata sospeso, con ciò comportando un rallentamento nell'applicazione della procedura.

In considerazione di questa situazione, che ha inevitabilmente comportato anche il mutare delle esigenze sia dei servizi che personali dei possibili interessati, la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha attuato una nuova ricognizione dei piani operativi delle attività – di seguito rappresentata con specifica tabella -, precipua a consolidare la platea di dipendenti effettivamente interessata ad accedere all'istituto in parola, una volta concordate le modalità di rilascio.

L'analisi ha prodotto i seguenti risultati:

- Strutture coinvolte: 26
- Dipendenti assegnati ai servizi: 578
- Dipendenti richiedenti: 64
- Dipendenti autorizzabili: 48
- Dipendenti con una o più condizione di priorità: 23

Si specifica, in aggiunta a quanto innanzi descritto, che in ogni caso, al fine di tutelare particolari categorie di soggetti (in ottemperanza a quanto predisposto nella Direttiva del 29.12.2023 inviata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione) sulla scorta delle indicazioni pervenute dal medico competente, a quest'ultimi continuerà ad essere consentito l'accesso al lavoro da remoto.

Per quanto premesso, in assenza di ulteriori cause ostative esterne, l'Azienda dal 2026 porterà a compimento l'applicazione ordinaria del regolamento dell'istituto del lavoro agile e da remoto.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Come previsto dall'art.6 del D.Lgs.165/01, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani, che per gli enti del SSN sono definite dal D.M. 8/05/2018, secondo cui:

- il Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) è uno strumento programmatico, flessibile e rimodulabile annualmente, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione;
- il PTFP deve essere predisposto in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio e, conseguentemente, delle risorse finanziarie a disposizione, nei limiti del tetto di spesa;
- i PTFP devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale;
- i PTFP devono essere approvati dalle rispettive regioni di appartenenza e adottati in via definitiva da parte degli enti.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2025-2027 dell'ASST Cremona è stato approvato da Regione Lombardia con DGR N. XII/4885 del 1/08/25: successivamente l'ASST di Cremona con decreto direttoriale n.758 del 20/08/25 ha disposto di prendere atto del Piano approvato da Regione, come da tabelle inserite in allegato al medesimo provvedimento, stabilendo, per la programmazione dell'attività ordinaria, che la dotazione organica 2025 corrisponde al Piano di gestione delle risorse umane 2025 di ASST

Cremona e rappresenta il limite, in termini di consistenza massima del personale espressa in teste, da intendersi per ciascuna area contrattuale (dirigenza e comparto).

Il piano era stato redatto in conformità alle indicazioni di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. XI/370 del 30/12/24 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2025” (Regole 2025), che al capitolo 10.6.4 dell’Allegato A rubricato “Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale” ha fornito indicazioni, agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, per la predisposizione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 finalizzati alla programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi: in particolare la disposizione stabiliva che proposta dovesse essere adottata dall’Ente con apposito atto deliberativo, validato, per quanto di competenza, dai propri Collegi dei Revisori, e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 28 febbraio 2025, per l’approvazione e gli atti conseguenti regionali.

Con successiva nota prot n. G1.2025.0007845 del 20.02.2025 la Direzione Generale Welfare ha posticipato il termine per la presentazione del PTFP 2025- 2027 al 31.03.2025 fornendo, altresì, ulteriori indicazioni per la compilazione e la trasmissione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027;

Con decreto n. 294 del 31.03.2025 è stato disposto di approvare le tabelle componenti il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) per il triennio 2025-2027 di ASST Cremona e di trasmetterle alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia per la relativa approvazione;

Con nota prot. n. G1.2025.0027101 del 04.07.2025 la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha chiesto all’Azienda una nuova valutazione della proposta PTFP 2025-2027 che tenesse conto dei posti già autorizzati per il triennio 2024-2026 ancora vacanti oltre la copertura del turn-over, invitando a trasmettere entro il 14 luglio 2025 la proposta riformulata alla luce delle indicazioni fornite con la medesima nota;

Entro la data fissata e con le modalità indicate con la nota soprarichiamata l’Azienda ha provveduto, con nota prot. n. 40094/25 del 14.7.2025, a depositare la nuova proposta di PTFP 2025-2027 riformulata alla luce delle indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare.

Di seguito si riporta la tabella della Dotazione organica 2025 autorizzata:

DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Diretteri, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
		di cui pronto soccorso	trapianti intensivi, Riviro operatori e AREU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	387	22	42	137	90	4	4	6	33		2	13	62	449
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	40					3	3		28	2		2	38	78
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4						1					1	2	6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6												0	6
DIRIGENZA TECNICA	2												0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9					1							1	10
TOTALE DIRIGENZA	448	22	42	137	90	8	8	6	61	2	2	16	103	551
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	924	96	156	310	129	28	27	4	102	17		16	194	1.118
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0					47	1						48	48
OSTETRICA	37				6	14							14	51
PERSONALE TECNICO SANITARIO	187			21			1						1	188
ASSISTENTI SANITARI	21			3		8		23	6		2	3	42	63
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1												0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	35				2	2	9	1	65	2			79	114
ASSISTENTI SOCIALI						6	2		13	2		5	28	28
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	158	7	8	4	3				3			1	4	162
OTA	3	1		1									0	3
OSS	287	43	25	69	51	11	3		35			7	56	343
AUXILIARI									1				1	1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3												0	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	205	1	2			18	4	2	6		8	13	51	256
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	3												0	3
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0	0
TOTALE COMPARTO	1.864	148	191	408	188	134	47	30	231	21	10	45	518	2.382
TOTALE COMPLESSIVO	2.312	170	233	545	278	142	55	36	292	23	12	61	621	2.933

In particolare, in ottemperanza a quanto richiesto dalla la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia con la suddetta nota prot. n. G1.2025.0027101 del 04.07.2025, la Dotazione Organica 2025 inizialmente presentata è stata ricondotta alla Dotazione Organica 2024 autorizzata per quanto riguarda il totale complessivo (2933 teste), con una redistribuzione delle teste tra i profili ma nel rispetto dei totali relativi alle tre aree contrattuali (Dirigenza Area Sanità, Dirigenza PTA, e Comparto), come di seguito riportato:

- l'area della Dirigenza è stata ridotta complessivamente di n.39 unità, di cui 38 sulla dirigenza area sanità e 1 sulla dirigenza PTA, con riferimento principalmente alle discipline e figure professionali per le quali vi è maggiore difficoltà di reclutamento (medici di emergenza-urgenza, anestesisti, medici penitenziari, pediatri) ma anche ad alcune delle figure che nella precedente proposta erano state richieste in quanto legate a progettualità specifiche, anche relativamente all'area territoriale, o per le quali non è ancora stata avviata la procedura di reclutamento;
- l'area del comparto è stata ridotta complessivamente di n.32 unità, corrispondenti prevalentemente a personale infermieristico, considerata la maggiore numerosità del profilo rispetto agli altri e stante la situazione di estrema difficoltà di reclutamento della figura professionale, cui l'azienda sta facendo fronte anche agendo sullo "skill mix", ovvero sulla combinazione di competenze e ruoli all'interno dei teams sanitari, che non solo permette di ottimizzare l'uso delle risorse attualmente disponibili, ma anche di rispondere efficacemente alle esigenze di adeguamento organizzativo: tale strategia è stata attuata anche attraverso l'inserimento di personale OSS, per il quale la nuova DO 2025 prevede infatti un incremento di n.26 unità;
- non sono state modificate le tabelle FTE e costi rispetto alla proposta precedentemente trasmessa perché restano compatibili rispetto alla DO 2025 rivista.

Per gli anni 2026 e 2027, invece, è stata riproposta, e successivamente autorizzata, la dotazione organica di cui alla precedente proposta confermandone le richieste di adeguamento, con riserva di incremento dei fabbisogni rappresentati ai fini del completo sviluppo dell'ambito territoriale.

Il Piano è ancora in fase di completamento, soprattutto per quanto riguarda la rete territoriale: al 31/12/25 risultano attivi n.2.639 dipendenti, di cui 500 dirigenti (420 sulla rete ospedaliera e 80 su quella territoriale) e 2.139 del comparto (1.758 sulla rete ospedaliera e 381 su quella territoriale): il mancato completamento del Piano deriva dalle difficoltà di reclutamento di personale che le Aziende del SSN incontrano ormai da anni soprattutto per profili core come medici, infermieri e personale tecnico sanitario.

La DGR XII/5589 del 30/12/25, avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2026" (Regole 2026) prevede che a seguito di specifiche indicazioni regionali sulla modalità di presentazione da parte della DG welfare le aziende dovranno presentare alla stessa la proposta di Piano Triennale di Fabbisogni di Personale 2026-2028, validata per quanto di competenza dai propri collegi Sindacali, per l'istruttoria, che potrà prevedere anche una fase di confronto. Concluso l'iter regionale, l'approvazione del PTFP dell'Azienda avverrà con specifica DGR che l'azienda stessa dovrà recepire con proprio provvedimento.

3.4 PIANO DELLA FORMAZIONE

La formazione del personale è un obbligo aziendale che, esercitato in linea con le indicazioni e le finalità istituzionali, consente di investire sugli operatori, garantendone lo sviluppo delle abilità e delle competenze culturali, tecniche e manageriali, favorendone la crescita professionale. Affinché siano efficaci, gli interventi formativi devono essere pianificati non solo per ottemperare ad un obbligo contrattuale, ma soprattutto per privilegiare la valorizzazione delle potenzialità esistenti, coniugando la mission aziendale, gli obiettivi aziendali e regionali con le capacità, le aspettative e le esigenze individuali.

Tale obiettivo in Asst Cremona si realizza attraverso lo sviluppo di un processo formativo che, anche alla luce delle più recenti conoscenze sulla formazione degli adulti e nella ricerca di soluzioni innovative, quali la Formazione a Distanza (FAD), sia in modalità sincrona che asincrona, e la Formazione Sul Campo (FSC), sappia coinvolgere e valorizzare tutti gli operatori dell'Azienda.

Per meglio focalizzare l'analisi del bisogno e la conseguente programmazione dell'attività formativa, l'azienda segue annualmente un processo di co-partecipazione alla strutturazione del piano che ha previsto 5 fasi:

1. incontro con Responsabile, Coordinatore, Referente della Formazione di reparto (laddove individuato) e personale della S.S. Formazione con lo scopo di accompagnare nella predisposizione della scheda bisogni formativi;
2. focus dipartimentale con il Direttore di Dipartimento, IFO di Dipartimento e personale della S.S. Formazione per la valutazione delle proposte avanzate dalle singole UUOO del Dipartimento nonché delle tematiche potenzialmente trasversali;
3. elaborazione definitiva PFA;
4. validazione del PFA da parte del Comitato Scientifico Aziendale e, successivamente, adozione del Piano da parte della Direzione Strategica con apposito decreto;
5. pubblicazione del PFA in Osservatorio Regionale ECM.

Le tematiche del PFA comprendono percorsi formativi che riguardano le linee di sviluppo dell'assetto sanitario e socio sanitario aziendale, con particolare riferimento al potenziamento delle competenze tecnico-professionali, manageriali e inerenti alla transizione digitale, progettualità avviata nel corso dell'anno '23 col programma Syllabus, proseguita nel '24 e nel '25 con i percorsi FSE 2.0 (Fascicolo Sanitario Elettronico) dedicati ai Digital Health Leaders, Key Users e utenti finali che verrà ripresa nel '26 con l'erogazione in materia di IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina).

Le tematiche trattate, volte alla valorizzazione del capitale umano, sono indirizzate a rafforzare/consolidare le competenze possedute da ciascun operatore, supportandolo nel cambiamento culturale e professionale richiesto, al fine di garantire qualità nelle prestazioni offerte.

Oltre al tema centrale della sicurezza (la formazione antincendio, il BLS, la movimentazione manuale dei pazienti, la radioprotezione, i corsi sulla sicurezza per dirigenti, preposti e lavoratori), riproposto annualmente, particolare attenzione è rivolta ai nuovi modelli per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, alle infezioni correlate all'assistenza (ICA), progetto che nel 2024 ha impegnato la totalità dei professionisti sanitari con la formazione FAD del modulo A su piattaforma EDUISS e proseguita con la FSC dei moduli B e C, seguito dai percorsi di Sorveglianza Malattie Infettive (SMI), conformemente alle linee di indirizzo regionali.

Vengono inoltre recepite le esigenze di integrare le conoscenze possedute su tematiche di recente introduzione: codice di comportamento dei dipendenti pubblici, responsabilità professionale degli operatori e anticorruzione, nonché le tematiche dello stress lavoro correlato e degli agiti violenti a danno degli operatori SSR.

Il PFA per l'anno 2026, proseguendo sulla traccia già definita nelle precedenti annualità, pone forte accento su eventi formativi finalizzati a strutturare processi operativi con ricadute organizzative a medio e lungo

termine: la progettazione di PDTA, la documentazione pubblicata secondo criteri di Qualità e lo sviluppo delle reti territoriali.

Nell'ambito dell'attività formativa che si prevede di garantire nel 2026 viene riproposto il sostegno al piano strategico Panflu, attraverso l'integrazione di percorsi formativi dedicati ad incrementare le competenze degli operatori nelle aree fortemente impattate in caso di evento pandemico.

Proseguirà il progetto di mappatura delle competenze dei professionisti sanitari di ASST Cremona e, dato l'elevato turn-over che sta riguardando gran parte dei profili presenti in azienda, verranno previsti eventi per personale sanitario neoassunto/neoassegnato, con la finalità di strutturare percorsi formativi ad-hoc per l'acquisizione delle competenze necessarie in specifici ambiti.

A tal proposito, data la particolare rilevanza della questione, verranno erogati specifici percorsi formativi, conformemente alle indicazioni Regionali, rivolti alle figure di responsabilità, per garantire l'inserimento del nuovo operatore Nurse Assistant.

Anche al personale dell'area Professionale, Tecnico e Amministrativo, afferente al Comparto Sanità, come previsto da CCNL 2022-2024, recentemente approvato, ASST Cremona garantirà il soddisfacimento del requisito di fruizione di un numero di ore di formazione/annue pari a 24, predisponendo nel proprio Piano alcuni corsi, su tematiche trasversali, fruibili in modalità FAD.

Verrà inoltre affrontata la necessità formativa relativa all'introduzione del nuovo nomenclatore ICD-10, con corsi ad-hoc, erogati centralmente.

Lo sviluppo della rete territoriale verrà sostenuto con percorsi di formazione previsti dal piano in ambiti trasversali ed in ottica di integrazione: l'applicazione delle potenzialità del software SGDT, lo sviluppo delle competenze degli IFeC, la rete di cure palliative e domiciliari, le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, la gestione delle dimissioni dei pazienti fragili.

L'elenco dettagliato degli eventi formativi programmati nel PFA per l'anno corrente sarà inviato, non appena approvato, agli uffici regionali competenti e pubblicato sulla intranet aziendale.

3.5 OBIETTIVI LEGATI ALLA PARITÀ DI GENERE

La presente Sezione contiene la programmazione delle azioni/misure rivolte a rimuovere gli ostacoli al fine di promuovere un'effettiva parità di opportunità fra uomini e donne all'interno della Pubblica Amministrazione.

L'ASST di Cremona, tenuto conto:

- * del decreto legislativo 165 del 30/03/2001 all'articolo 7 stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo; nonché dell'obbligatorietà della predisposizione di Piani di Azioni Positive da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- * della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, "Misure per promuovere le pari opportunità", riconosciuto che le azioni positive sono misure speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, tendono a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; che si tratta di misure "speciali", in quanto non generali ma specifiche e ben definite che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta e misure "temporanee" in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne;

definisce gli obiettivi legati alla parità di genere, quali strumenti semplici ed operativi per l'applicazione concreta dei principi di pari opportunità attraverso la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro; propone, altresì, la diffusione di una cultura organizzativa orientata allo sviluppo del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con i cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne.

Le Tematiche e le Azioni

1) Area formazione ed aggiornamento sul contrasto alle discriminazioni

Azione 1 –Nel triennio 2025-2027 l'ASST di Cremona si impegna a proporre percorsi formativi di sensibilizzazione rivolti al personale dell'Azienda sulle seguenti tematiche:

a) attività di formazione sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni rivolte ai dipendenti dell'ASST.

b) Area formazione componenti del Comitato Unico di Garanzia

Azione 2- promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, in collaborazione con Ufficio Comunicazione Aziendale

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2025-2027

2) Area del benessere organizzativo

Azione 1- favorire l'ascolto di forme di disagio della persona attraverso percorsi cui il soggetto possa con libertà rivolgersi; coordinare, nel rispetto della riservatezza delle situazioni, azioni per risolvere le situazioni di disagio personale segnalate.

Azione 2- Adesione alle iniziative regionali proposte in merito all'indagine sul clima organizzativo

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2025-2027

Durata, aggiornamento, monitoraggio

Gli obiettivi sopra descritti hanno durata triennale; nell'arco del triennio si attuerà un monitoraggio costante delle azioni proposte.

Il Comitato Unico di Garanzia entro il 30/03 di ogni anno, come previsto dalla direttiva nr 2/2019, provvederà:

- * a predisporre una relazione da presentare alla Direzione Strategica e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni che terrà conto delle azioni realizzate nell'anno precedente;
- * a trasmettere la medesima relazione a Dipartimento della Funzione Pubblica e delle Pari Opportunità.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti aziendali.

Infatti, il monitoraggio è assicurato sia da strutture aziendali ad esso preposte (Internal Auditing e Controllo di Gestione) che da organi ed organismi quali il Collegio Sindacale e Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Le tempistiche e le modalità del monitoraggio, per ogni ambito, sono definite dalla normativa di riferimento, dall'Ente Regionale e suoi organismi (per es. ORAC) o dalla Direzione Strategica Aziendale.

Il processo di monitoraggio del PIAO è assolto, in via prioritaria, dall'attività di monitoraggio degli obiettivi di budget e dal monitoraggio delle performance aziendali.

È stato previsto, inoltre un gruppo di lavoro interno che effettuerà con cadenza semestrale un'attività di monitoraggio integrata degli obiettivi inseriti nelle varie sezioni che compongono il PIAO, allo scopo di sviluppare un confronto costruttivo degli esiti delle varie attività e favorire l'integrazione dei vari atti di programmazione.