

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Bergamo Est

**PIAO**  
**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE**  
**2025 – 2027**

# Sommario

<b>Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione</b> .....	<b>4</b>
Analisi del contesto.....	5
Assetto organizzativo.....	6
POLO OSPEDALIERO.....	7
POLO TERRITORIALE .....	8
<b>Sezione 2 - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione</b> .....	<b>11</b>
2.1 - Valore Pubblico.....	11
2.1.1 Obiettivi Generali e Specifici.....	11
Visione Strategica .....	11
Obiettivi .....	14
2.1.2 Accessibilità Fisica e Digitale.....	15
2.1.3 Digitalizzazione e semplificazione .....	16
Ecosistema di sanità digitale.....	16
Telemedicina.....	16
2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico .....	18
2.2 – Performance .....	20
PERFORMANCE AZIENDALE .....	20
PERFORMANCE DI U.O.....	26
PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	26
2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza .....	27
2.3.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza	27
2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione e trasparenza .....	28
2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia.....	32
2.3.4 Analisi del contesto.....	33
2.3.4.1 Contesto esterno .....	33
2.3.4.2 Contesto interno.....	35
2.3.5 Mappatura dei processi .....	35
2.3.6 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	36
2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	37
2.3.7.1 MISURE GENERALI .....	39
2.3.7.2 MISURE SPECIFICHE .....	51
2.3.8 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure .....	65
2.3.9 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	67
<b>Sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano</b> .....	<b>73</b>
3.1 - Struttura organizzativa .....	73

3.2 - Organizzazione del lavoro agile .....	74
3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	75
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente ....	75
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane .....	76
3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno .....	77
3.3.4 Strategia di formazione .....	78
3.3.5 Piano per le azioni positive (CUG) – Triennio 2025/2027 .....	80
<b>Sezione 4 – Monitoraggio .....</b>	<b>82</b>
<b>Diffusione del documento .....</b>	<b>82</b>
<b>Allegati.....</b>	<b>82</b>

## Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Est è stata costituita il 1° gennaio 2016 con DGR nr X/4489 del 10/12/2015.

<b>ASST Bergamo Est</b>	
Direttore Generale	Dott. Marco Passaretta
Sede legale	via Paderno, 21 24068 Seriate (Bg)
C.F. e P.IVA	04114380167
Telefono	035 306 111
PEC:	protocollo@pec.asst-bergamoest.it
Sito web	www.asst-bergamoest.it

Il bilancio aggregato 2024 dell'ASST Bergamo Est è intorno ai 288 milioni di euro (in incremento rispetto al 2023 perché dal 01/01/2024 l'azienda ha preso in carico i MMG, PLS e MCA; il dato dovrà essere confermato dal bilancio consuntivo 2024).

Numero dipendenti al 31/12/24: 2746

## Analisi del contesto

L'ASST Bergamo Est ha un territorio di riferimento identificabile con l'area orientale della provincia bergamasca; Il naturale bacino si estende dalla periferia sud-est di Bergamo a tutto il bacino dei laghi e delle valli bergamasche, che comprende 103 Comuni, con una popolazione complessiva di 382.994 abitanti (191.007 maschi; 191.987 femmine) sui 1.111.228 della Provincia Bergamasca (dati ISTAT del 01.01.2024).

L'area di riferimento individuata comprende come estensione territoriale quasi il 50% della Provincia di Bergamo, mentre la popolazione complessiva è pari al 34,5% del totale.

L'Azienda opera in un ambito sia geografico che demografico molto diversificato, che va dalla cintura metropolitana, con una ricca zona industriale e una vasta area agricola, all'area dei laghi, caratterizzata da forte stagionalità turistica, fino all'alta montagna, con le sue difficoltà di accesso.

L'indice di invecchiamento, che misura il rapporto tra la popolazione anziana e quella giovane, è mediamente del 22,6% (media provinciale 22,5%) particolarmente elevato nelle zone montane: Alto Sebino (26,0%), Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve (26,3%). Al contrario, le zone urbane come Grumello (19,7%) e Seriate (20,4%) mostrano un equilibrio migliore, anche se comunque in linea con la tendenza generale all'invecchiamento.

Le aree montane, come l'Alto Sebino (8,4%) e la Valle Seriana Superiore (7,7%), registrano una percentuale più elevata di over 80 rispetto alle zone urbane come Seriate (5,7%) o Grumello (5,5%). Questo suggerisce che le aree più periferiche presentano un invecchiamento della popolazione più accentuato.

L'invecchiamento della popolazione è direttamente correlato all'incremento di soggetti con patologie croniche che nel 2023 sono risultati complessivamente in numero pari a 134.702 (35% della popolazione).

ASST Bergamo Est è storicamente caratterizzata dalla distribuzione delle sue molteplici strutture, sia ospedaliere che territoriali secondo una logica di servizi di prossimità.

L'assetto include 5 Ospedali a gestione diretta, tre Distretti con 14 territoriali (incluse le Case di Comunità), cui si aggiunge il Dipartimento di Salute Mentale anch'esso articolato in più sedi/servizi.

La territorialità alimenta un senso di appartenenza particolarmente accentuato, condiviso tra cittadini, operatori e istituzioni, che da un lato costituisce un valore aggiunto in termini di investimento di risorse personali e relazioni, ma dall'altro implica aspettative elevate in termini di risposta ai bisogni, considerando in aggiunta una certa variabilità della domanda in relazione alla eterogeneità geografica e di popolazione.

Peraltro un'articolazione così capillare rende complesso garantire stabilmente un'offerta uniforme di servizi, reclutare personale soprattutto sanitario (criticità peraltro diffusa a livello regionale e nazionale) e perseguire economie di scala.

E' in questo contesto che la Direzione aziendale insediata nel gennaio 2024 ha definito la visione strategica e le priorità e ha individuato gli obiettivi del triennio 2025-2027, in linea con gli obiettivi nazionali e regionali e con gli obiettivi di mandato.



Il Polo ospedaliero include:

- **Ospedale “Bolognini” di Seriate** (per acuti con P.S.)
- **Ospedale “Pesenti Fenaroli” di Alzano Lombardo** (per acuti con P.S.)
- **Ospedale “Briolini” di Gazzaniga** (a vocazione riabilitativa)
- **Ospedale “M.O.A. Locatelli” di Piario** (per acuti con P.S.)
- **Ospedale “SS. Capitanio e Gerosa” di Lovere** (per acuti con P.S.)
- **Ospedale “Passi” di Calcinate**

Il Presidio di Calcinate che si connota come un Ospedale per pazienti a basso rischio ospita reparti di ricovero (Subacuti – Hospice gestito da un soggetto privato) e sale operatorie per piccoli interventi, oltre ad Ospedale di Comunità e Casa di Comunità.

I seguenti Ospedali sono affidati alla gestione ad un soggetto privato individuato con procedura ad evidenza pubblica che opera sulla base di un contratto di associazione in partecipazione:

**Ospedale “S. Isidoro” di Trescore** - gestito da Fondazione Europea di Ricerca Biomedica Onlus

**Ospedale “P.A. Faccanoni” di Sarnico** - gestito da Habilita SpA

Completano l’offerta le seguenti attività:

**Centro Alzheimer – Gazzaniga**, gestito da Fondazione Europea di Ricerca Biomedica – Onlus

**Nefrologia e Dialisi di Seriate** CAL gestiti da Nephrocare SpA.

L’offerta di posti letto effettivi risulta così riepilogata (esclusi posti letto gestiti da associazioni in partecipazione):

N. Posti attivi Ordinari = 503

Sub-acuti = 32

DH/DS = 33

### **Dati di attività**

Con riferimento all’anno 2024, i volumi di attività a gestione diretta sono i seguenti:

Ricoveri complessivi (numero) = 25.400\*

Prestazioni ambulatoriali (numero) ≈ 3.700.000\*

Peso medio DRG 2023 = 1,1085

Numero accessi PS 2024 = 111.331

\*Dati 2024 provvisori

Si articola in:

## Distretti

- 1) Distretto di Seriate e Grumello del Monte. La sede è a Seriate. Al Distretto afferiscono:
  - una Centrale Operativa territoriale (Seriate)
  - tre case di comunità (Calcinante, Grumello del Monte e Seriate)
  - un Ospedale di Comunità (Calcinante)

Presso la sede Territoriale di Calcinante, che si connota come un Ospedale per pazienti a basso rischio, è attiva una Casa di Comunità ed è di prossimo avvio un Ospedale di Comunità, oltre ad ospitare un reparto Subacuti e un Hospice.

- 2) Distretto della Valle Cavallina, Monte Bronzone-Basso Sebino, Alto Sebino. La sede è a Trescore Balneario. Al Distretto afferiscono:
  - due Centrali Operative Territoriali (Trescore e Lovere)
  - tre Case di Comunità (Trescore Balneario, Lovere e Sarnico)
- 3) Distretto della Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve. La sede è ad Albino. Al Distretto afferiscono:
  - due Centrali Operative Territoriali (Albino, Clusone)
  - cinque Case di Comunità (Gazzaniga, Albino, Alzano, Clusone e Vilminore di Scalve)
  - un Ospedale di Comunità (Gazzaniga)

## Dati di attività

### **Ifec e Cure Domiciliari (2024)**

Numero pazienti dimessi da ospedale per cui sono state attivate le cure domiciliari: 322

Numero pazienti presi in carico dalla centrale della continuità assistenziale in fase di dimissione: 1.403

Numero attivazioni Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC: 1094

Numero pazienti in carico agli Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC: 1921

### **Centrali Operative Aziendali (COT)**

Numero pazienti presi in carico (valore al 01/12/2024): 6465

### **Presa in carico dei pazienti cronici e fragili**

N° pazienti cronici con PAI in carico MMG (2024): 7427

N° pazienti cronici con PAI in carico ASST al 31.10.2023: 53

N° pazienti fragili presi in carico nel 2024 dalla S.S. Coordinamento Disabilità e Fragilità ≈ 50

## **Vaccinazioni**

Totale vaccini somministrati nel 2024: 74.119

### Consultori Familiari

Nel corso del 2024 sono state erogate le seguenti prestazioni: disciplina "Psicologia" (11.428 proiezione su 9 mesi), attività di Screening per cervicocarcinoma - Pap test (13.107); disciplina "Ostetricia-Ginecologia" (11.680 proiezione su 9 mesi).

### Dati di attività degli Sportelli Amministrativi

I volumi di attività erogata dagli Sportelli Amministrativi nel corso del 2023, suddivisi per macroarea, sono i seguenti:

Macroarea	Attività
ASSISTENZA SANITARIA ITALIA / ESTERO (inclusa scelta e revoca)	111.053
ESENZIONI	46.881
PROTESICA	27.402
MEDICINA LEGALE	30.142
<b>TOTALE</b>	<b>215.478</b>

## Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

---

Si articola in:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura presso l'Ospedale di Alzano Lombardo;
- Centro Psicosociale a Nembro, Piario e Trescore Balneario con ambulatori distaccati di Gazzaniga, Lovere, Vilminore, Sarnico e Seriate;
- Comunità Protetta Media Assistenza a Nembro;
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza a Piario;
- Centro Diurno a Trescore Balneario, Lovere, Sarnico e Nembro;
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza a Trescore Balneario, Gazzaniga, Piario e Lovere;
- Ser.D a Gazzaniga e Lovere;
- DCA di Piario

Gli utenti in carico ai Centri PsicoSociali (CPS) sono mediamente 5.700-6.000 anno, a questi va aggiunta l'utenza del Servizio delle Dipendenze, circa 1.600 pazienti ambulatoriali all'anno. La Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) ha in carico 6.321 pazienti ambulatoriali all'anno.

### Cure Primarie

---

L'assistenza sanitaria primaria è organizzata in 11 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di MMG e di PLS che afferiscono territorialmente ad una Casa di Comunità.

Il numero di MMG attivi sul territorio di ASST Bergamo Est è pari a 205. Il numero di PLS è pari a 42.

La Continuità Assistenziale è garantita da 73 medici.

In ASST Bergamo Est è stato avviato (luglio 2024) il nuovo assetto della Continuità Assistenziale per la gestione dell'urgenza territoriale. Il progetto ha visto l'apertura di una centrale UNICA per la provincia di Bergamo (sede di Dalmine) e l'individuazione delle sedi periferiche dislocate sul territorio di ATS Bergamo.

Gli ambulatori territoriali sono dislocati nelle sedi di Seriate, Grumello, Albino e Clusone sono attivati dalla centrale per l'erogazione delle visite ambulatoriali e domiciliari oppure direttamente dal NEA (Numero Europeo Armonizzato 116117) in casi specifici (certificati di malattia e constatazioni di decesso).

L' ASST Bergamo Est ha dato avvio ad una prima fase della Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP).

Il Servizio Pediatrico Ambulatoriale è rivolto ai bambini fino ai 14 anni d'età, residenti, domiciliati o in temporaneo soggiorno nel territorio provinciale.

## Sezione 2 - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 - Valore Pubblico

In questa sottosezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, (programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria), le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale alla ASST in particolare da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e secondo gli obiettivi di digitalizzazione previsti dall'Agenda Digitale) e gli obiettivi di valore pubblico generato da ASST Bergamo Est.

#### 2.1.1 Obiettivi Generali e Specifici

L'ASST persegue obiettivi generali correlati alla propria Mission, che trovano attuazione secondo gli indirizzi contenuti nei principali atti programmatori nazionali e regionali (Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028; Indirizzi di programmazione del SSR per l'esercizio 2025 approvati con DGR XII/3720 del 30/12/2024).

Nel quadro evolutivo attuale del Servizio Sanitario Nazionale particolare rilievo assumono gli indirizzi e le aree di sviluppo definite nel PNRR e nella Legge Regionale (22/21) di Potenziamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari.

#### Visione Strategica

La Direzione strategica è fortemente orientata ad una evoluzione dei servizi offerti da ASST in linea con il mutare del contesto demografico ed epidemiologico e dei conseguenti bisogni emergenti, anche attraverso l'adozione di soluzioni tecnologiche innovative inclusa la telemedicina, secondo un modello di organizzazione in rete che promuove le sinergie e ottimizza le competenze.

Per il triennio 2025 – 2027 le aree strategiche di sviluppo sono state così identificate:

- 1) Vocazione degli ospedali
- 2) Sviluppo del territorio
- 3) Transizione ecologica

#### 1) Vocazione degli Ospedali

La progettualità riorganizzativa aziendale dei presidi ospedalieri per acuti è finalizzata a meglio rispondere sia ai dettami della riforma regionale di integrazione ospedale-territorio che alla necessità di valorizzare l'organizzazione in rete secondo presupposti di intensità di cura. In particolare, tale progettualità è orientata alla ridefinizione della vocazione di ciascun presidio ospedaliero con l'obiettivo di meglio garantire i numeri minimi di attività previsti dal DM 70/2015 e meglio valorizzare i percorsi di crescita professionale.

Si riportano di seguito gli estremi di ridefinizione della vocazione complessiva dei quattro ospedali per acuti:

- il Presidio Ospedaliero di Seriate, quale hub aziendale e Centro di DEA di primo livello inserito nelle diverse reti di patologia tempo-dipendenti, manterrà la sua vocazione di centro di riferimento per l'emergenza-urgenza, consolidandone i presupposti organizzativi e strutturali; in particolare entro fine 2025 sarà attivo il Cubo per l'emergenza (con attivazione di letti per osservazione breve (OBI) in Pronto soccorso, posti letto di Medicina d'urgenza e sala ibrida per interventi chirurgici e procedure di

radiologia interventistica); la Medicina Generale si orienterà alla gestione di pazienti ad alta intensità assistenziale; sarà estesa l'attività di Sala Operatoria con l'attivazione di sedute pomeridiane. In una prospettiva di più lungo termine è in corso di predisposizione una progettualità finalizzata al potenziamento strutturale sia delle aree di degenza che dei servizi di accettazione e delle attività ambulatoriali, nonché dei servizi accessori (incluso il parcheggio), con la ridefinizione degli spazi secondo una logica di accesso e percorso facilitato per i cittadini.

- il Presidio Ospedaliero di Alzano, quale ospedale generalista dotato di Pronto Soccorso, verrà valorizzato nella sua vocazione oncologica, stante l'analisi epidemiologica di contesto condotta e i trend demografici rilevati; in relazione all'offerta nell'arco del biennio 2025-2026 anche presso il Pronto Soccorso di Alzano saranno attivati letti di OBI, la Medicina sarà potenziata con letti per pazienti ad alta intensità assistenziale e sarà ampliata l'attività di Sala Operatoria con sedute pomeridiane. In una prospettiva di medio lungo termine sarà realizzato il progetto di rifacimento dell'Ospedale già presentato in Regione.
- i Presidi Ospedalieri di Piario e Lovere assumeranno vocazione geriatrica, in una logica di stretta collaborazione ed integrazione con COT e territorio, dove, nello specifico, all'Ospedale di Piario spetterà la presa in carico dei pazienti ad alta intensità di cura (con attivazione di posti letto in Medicina per pazienti ad alta intensità assistenziale) mentre all'Ospedale di Lovere la presa in carico di pazienti a bassa intensità di cura. Per tutti e due gli ospedali è prevista entro la fine dell'anno 2025 l'attivazione di posti letto OBI in Pronto Soccorso.

## 2) Sviluppo del territorio

Lo sviluppo del territorio è delineato nel Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025/2027 di ASST Bergamo Est (approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 928 del 24/12/2024), documento che definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e la progettazione dei servizi erogativi, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.

Le azioni previste sono state concordate con la Conferenza dei Sindaci dell'ASST Bergamo Est, gli Ambiti Territoriali Sociali e le associazioni del Terzo settore presenti sul territorio di afferenza. Il PPT è stato condiviso anche con la Direzione Strategica di ATS Bergamo che si è impegnata a valutare e valorizzare la sinergia tra progettualità di Distretti delle tre ASST bergamasche.

L'obiettivo principe di questa triennalità è il raggiungimento degli obiettivi posti dal PNRR, specificatamente per i servizi di nuova apertura previsti dal D.M. 77/2021 (le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali operative Territoriali). Tali obiettivi presuppongono il completamento dei lavori, l'arruolamento di figure professionali specifiche, l'attuazione a regime di modelli attualmente in sperimentazione. In quest'ottica punto cardine risulta l'arruolamento delle risorse umane che, specialmente per la risorsa "medico", non può che passare da una forte integrazione dell'ospedale col territorio. Con tutte le risorse del territorio (medici delle cure primarie, pediatri di libera scelta, ambiti sociali, volontariato, associazioni di pazienti e/o familiari etc..) dovranno svilupparsi modelli di integrazione che favoriscano la collaborazione.

Il primo passo sarà quello di rendere più prossima all'utenza l'offerta ambulatoriale dislocando, in particolare per le patologie croniche, le prestazioni di primo livello e di *follow up* sul territorio e demandando ai poliambulatori ospedalieri l'offerta per acuti e il secondo livello di approfondimento specialistico.

Per garantire la presa in carico del paziente cronico sarà poi necessario sviluppare servizi di supporto all'erogazione sanitaria quali il centro servizi che, sia con professionalità sanitarie (infermiere) che con professionalità amministrative, dovrà gestire il percorso del cronico tra un accesso e l'altro alle prestazioni specialistiche.

Il potenziamento della telemedicina, già attiva da anni nella realtà della ASST Bergamo Est, potrà supportare il percorso di presa in carico dei cronici.

Altre progettualità riguardano:

- Dipartimento di salute Mentale: in particolare quelle sull'area delle Neuropsichiatria e sull'area delle dipendenze;
- Area materno infantile: potenziamento dell'attività medico specialistica; ampliamento degli spazi; estensione del progetto di *homevisiting* ostetrica a tutto il territorio dell'ASST;
- Prevenzione: promozione della salute e riorganizzazione del modello di offerta vaccinale;
- Assistenza primaria: fulcro della presa in carico del paziente cronico.

### 3) Transizione ecologica

Dall'Agosto 2022, ASST di Bergamo Est è parte del GGHH (Global Green and Healthy Hospitals Network), una rete scientifica internazionale dedicata alla sostenibilità ambientale in ambito sanitario, che ha l'obiettivo di promuovere la riduzione dell'impatto ambientale del settore. Nel 2023, l'Azienda ha aderito al "Climate City Contract," un accordo volontario promosso dal Comune di Bergamo per favorire la transizione ecologica attraverso un processo di co-progettazione con i vari stakeholder. L'ASST di Bergamo Est ha contribuito con progettualità proprie che sono in corso di realizzazione. In particolare, gli ambiti individuati come prioritari per il 2025 sono:

- Rifiuti: organizzazione ed effettiva attuazione della raccolta differenziata in tutti i presidi ospedalieri.
- Materiale Monouso: riduzione del consumo di materiale monouso nella pratica clinica, in particolare di guanti e camici.
- Ristorazione: attuazione di iniziative finalizzate alla riduzione degli sprechi alimentari (software e carrelli portavivande)
- Calcolo CO<sub>2</sub>e: per determinare le effettive emissioni di gas serra dell'Azienda in un anno, creare quindi un dato base di confronto e individuare aree di intervento.

## Obiettivi

Di seguito si riportano gli obiettivi generali e specifici aziendali, a cui saranno correlati agli obiettivi assegnati alle strutture, nonché gli obiettivi individuali attribuiti, per ciascun anno del triennio 2025-2027.

### **Offerta sanitaria e sociosanitaria**

Assicurare un'offerta sanitaria e sociosanitaria appropriata e rispondente ai bisogni della popolazione, nel rispetto dei LEA, con la garanzia di qualità e sicurezza delle cure (indicatori Piano nazionale esiti PNE e Nuovo sistema di Garanzia NSG) e dei percorsi di prevenzione e di presa in carico clinico assistenziale.

Implementare e sviluppare il modello organizzativo del polo territoriale in conformità a PNRR e Legge Regionale 22/21.

### **Governo dei tempi di attesa**

Erogare le prestazioni in linea con gli indirizzi del Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa e in conformità ai provvedimenti regionali in tema di contenimento dei tempi di attesa, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che per i ricoveri programmati.

### **Sanità digitale**

Ammodernare il parco tecnologico e digitale ospedaliero e territoriale, anche grazie ai fondi PNRR, implementando le grandi apparecchiature sanitarie, rafforzando l'infrastruttura tecnologica e sviluppando ulteriormente strumenti quali la cartella clinica informatizzata, il fascicolo sanitario elettronico e il Sistema di Gestione Digitale del Territorio.

Implementare la telemedicina quale strumento di erogazione di servizi di assistenza sanitaria al cittadino, nella logica della casa come primo luogo di cura. Si tratta di un percorso già avviato in ASST, il cui modello è stato adottato a livello regionale.

### **Equilibrio economico**

Assicurare un'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate, mantenendo l'equilibrio economico.

### **Trasparenza e lotta alla corruzione**

Rispettare la normativa in tema di anticorruzione e trasparenza.

### **Sostenibilità ambientale**

Proseguire la collaborazione tra gli enti sanitari della provincia di Bergamo per condividere buone pratiche e soluzioni sostenibili. Il Green Team aziendale continuerà a promuovere azioni per ridurre l'impronta carbonica, monitorando le iniziative già avviate e implementando nuove pratiche orientate alla sostenibilità, già pianificate nel "Climate City Contract".

## 2.1.2 Accessibilità Fisica e Digitale

ASST ritiene prioritarie progettualità tese a facilitare l'accessibilità dei cittadini e ad offrire soluzioni semplici e innovative. Di seguito si sintetizzano i nuovi progetti in avvio o da implementare nel corso del triennio.

### **Progetto segreteria/piattaforma multidisciplinare di reparto**

E' in corso di studio di fattibilità un progetto che mira alla creazione di un servizio amministrativo a sostegno dei reparti e della gestione della cronicità. Si tratta di una Piattaforma Multidisciplinare concepita quale Segreteria Polifunzionale per diversi reparti/servizi degli Ospedali, ubicata strategicamente in base alla loro posizione per guidare il cittadino nell'accesso alle prestazioni sanitarie, presidiare la fase di accoglienza e informazione e per supportarlo nelle molteplici attività amministrative connesse al percorso assistenziale.

### **Progetto Totem**

Nel triennio 2025-2027 sarà ulteriormente implementato il progetto Totem che, attraverso l'installazione di totem multifunzionali, realizza un sistema di gestione dell'accoglienza in grado di guidare il cittadino nella richiesta dei servizi a lui dedicati e di creare punti fisici di incasso, per consentire il pagamento in autonomia e in qualsiasi sede, di prestazioni sanitarie e socio sanitarie in un'ottica di progressiva disintermediazione dello sportello di front office e di miglioramento dell'interazione digitale tra il cittadino e le nostre strutture.

Il pagamento tramite Totem, alternativo allo sportello di front office, si integra con i canali pagoPA già consolidati, come home banking, sportello bancario/ATM, app Io, ufficio postale ed esercenti convenzionati.

Per l'anno 2024 il sistema dei Totem aziendali ha emesso 921.896 biglietti per l'accesso ai vari servizi ed è stato utilizzato per 1266 operazioni di pagamento (funzionalità attivata progressivamente nelle varie sedi a partire da maggio 2024).

### **Sportello Virtuale Asst Bg Est - SIOC**

Lo sportello virtuale, denominato SIOC (Sportello Istanze Online Cittadino), consente di svolgere la maggior parte delle pratiche amministrative che attualmente sono svolte dagli sportelli amministrativi territoriali, generalmente indicati come sportelli di scelta/revoca. E' stato introdotto a partire da settembre 2024 e ne hanno usufruito 412 cittadini, in particolare per scelta/cambio medico.

Nel corso del 2025 si punta a valorizzare lo strumento affinché si incrementi il suo utilizzo. L'appuntamento del rinnovo delle esenzioni dal ticket per ragioni legate al reddito (marzo/aprile 2025) sarà un'opportunità da sfruttare.

Obiettivo nel triennio sarà l'incremento di ulteriori voci prestazionali, anche riferite ad altri servizi (vaccinazioni, protesica, prestazioni consultoriali, ecc.).

## 2.1.3 Digitalizzazione e semplificazione

### Ecosistema di sanità digitale

In linea con il Piano Strategico di Sanità Digitale 2023-2026 di Regione Lombardia, finalizzato a rinnovare i sistemi informativi regionali, ridurre i sistemi applicativi usati negli Enti Sanitari, sostenere processi sovra-aziendali, rafforzare il patrimonio informativo e facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari, ASST Bergamo Est ha intrapreso il percorso di trasformazione e innovazione digitale aderendo a progettualità già in corso come il CUP unico, la Cartella Clinica Elettronica, il Sistema di Gestione Digitale del Territorio, l'Infrastruttura di Telemedicina, il Sistema di Laboratorio Analisi e quello di Anatomia Patologica.

Alle iniziative già in corso si aggiungerà il sistema per l'Automazione della Logistica del Farmaco.

Il cambiamento architetturale utilizzerà tecnologie avanzate e servizi "Cloud" per garantire continuità operativa e massima protezione dei dati. La semplificazione attuale e i nuovi progetti digitali a livello locale e regionale rafforzeranno il Fascicolo Sanitario Elettronico e il patrimonio informativo regionale e nazionale.

### Telemedicina

ASST svilupperà ulteriormente la telemedicina come strumento per la presa in carico dei pazienti, soprattutto cronici e fragili, per il confronto tra professionisti e per attività di monitoraggio e assistenza dei pazienti a domicilio, implementando i servizi già avviati ed estendendoli ad ulteriori strutture/servizi.

Nel 2024 l'Azienda è risultata impegnata nell'attivazione dei quattro servizi minimi di telemedicina previsti dalla normativa: televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio di livello 1 e 2.

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	Nr. PRESTAZIONI EROGATE	Nr. ASSISTITI TOTALI	Nr. ASSISTITI UNDER 65	Nr. ASSISTITI OVER 65
Televisita	756	503	209	294
Teleconsulto MMG - Specialista	49	47	21	26
Teleassistenza	46	37	10	27
Telemonitoraggio 1	36	31	4	27
Telemonitoraggio 2	2415	2402	515	1887
<b>TOTALE</b>	<b>3302</b>	<b>3020</b>	<b>759</b>	<b>2261</b>

I dati ci suggeriscono che i servizi di telemedicina sono principalmente rivolti a soggetti con più di 65 anni e che una quota di pazienti usufruisce di più di un servizio di telemedicina presso la nostra ASST.

Una delle aree di sviluppo previste per l'anno 2025 è afferente alla SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza: è previsto l'avvio di interventi di telemedicina con un progetto di teleconsulto/teleconsulenza medico-sanitaria tra i professionisti delle diverse équipe territoriali per la discussione dei soggetti in carico e un progetto di teleassistenza logopedica in ambito di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

In Psichiatria, l'impiego del teleconsulto si estenderà ad altre aree, favorendo un miglior scambio di informazioni relative ai pazienti trattati tra i professionisti delle diverse Strutture (SPDC, CPS, CRA, CPM).

Relativamente ai pazienti orfani di Medico di Medicina Generale, nell'ambito degli Ambulatori Medici Temporanei è prevista l'attivazione della televisita che consentirebbe ai pazienti che non richiedono un esame obiettivo di ricevere risposte ai loro bisogni senza muoversi dal domicilio.

Infine, i risultati delle sperimentazioni attivate negli ultimi mesi del 2024 saranno indispensabili per la loro prosecuzione ed estensione.

## 2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico

Premesso che il Valore Pubblico rappresenta l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo, generato dall'azione amministrativa, ASST Bergamo Est ritiene, con la sua azione declinata secondo la visione strategica sopra descritta e finalizzata a perseguire gli obiettivi indicati, di concorrere ad incrementare il benessere Assistenziale, Sociale e Ambientale dei cittadini, nei termini di seguito dettagliati.

<b>Dimensione di Valore Pubblico</b>	<b>Assistenziale/Salute</b>			
Obiettivo specifico collegato	Offerta ospedaliera – Vocazione ospedali			
Beneficiari	Utenti			
Strutture coinvolte	Ospedali Seriate, Alzano, Piario, Lovere			
<b>Indicatore</b>	<b>Baseline T<sub>0</sub> (2024)</b>	<b>Target T<sub>1</sub> (2025)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2026)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2027)</b>
Volumi attività DM 70	-	-	Garantiti	Mantenimento
Fonte dei dati:	Agenas PNE – Tableau regionale			

<b>Dimensione di Valore Pubblico</b>	<b>Assistenziale/Salute</b>			
Obiettivo specifico collegato	Presenza in carico paziente cronico e fragile			
Beneficiari	Utenti			
Strutture coinvolte	Cure Domiciliari			
<b>Indicatore</b>	<b>Baseline T<sub>0</sub> (2024)</b>	<b>Target T<sub>1</sub> (2025)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2026)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2027)</b>
Pazienti ultra 65enni in carico alle Cure Domiciliari	Volumi 2024 (Dato non disponibile prima di metà febbraio) Dato 2023: 7101	8981	Mantenimento	Mantenimento
Fonte dei dati:	Tableau di Regione Lombardia monitoraggio DM 77, Cure Domiciliari PNRR			

<b>Dimensione di Valore Pubblico</b>	<b>Ambiente</b>			
Obiettivo specifico collegato	Sostenibilità ambientale/riduzione dei consumi energetici dell'azienda			
Beneficiari	Utenti			
Strutture coinvolte	ASST			
<b>Indicatore</b>	<b>Baseline T<sub>0</sub> (2024)</b>	<b>Target T<sub>1</sub> (2025)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2026)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2027)</b>
CO <sub>2</sub> Eq	In corso di misurazione	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Fonte dei dati:	Lecture reali dei consumi e metodi tabellari			

<b>Dimensione di Valore Pubblico</b>	<b>Sociale</b>			
Obiettivo specifico collegato	Trasparenza e lotta alla corruzione			
Beneficiari	Utenti			
Strutture coinvolte	ASST			
<b>Indicatore</b>	<b>Baseline T<sub>0</sub> (2024)</b>	<b>Target T<sub>1</sub> (2025)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2026)</b>	<b>Target T<sub>2</sub> (2027)</b>
Numero richieste di accesso civico che hanno attivato una pubblicazione su Amministrazione Trasparente	0	0	0	0
Fonte dei dati:	Affari Generali e Legali			

## 2.2 – Performance

La sezione è stata predisposta secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Gli obiettivi di performance sono individuati declinando gli obiettivi generali e specifici sopra enunciati, nonché i risultati attesi in termini di accessibilità e semplificazione, in modo funzionale alle strategie di creazione di Valore Pubblico esposte nella sezione 2.1.

La performance viene declinata su tre livelli: performance aziendale (correlata agli obiettivi aziendali), performance di struttura (correlata agli obiettivi annuali di budget assegnati alle strutture) e performance individuale (correlata alla valutazione dell'apporto di ciascun operatore nel raggiungimento degli obiettivi assegnati).

I risultati effettivi sono descritti nella Relazione annuale Performance che viene predisposta a giugno di ogni anno con riferimento all'anno precedente: gli indicatori relativi all'anno 2025 saranno riportati nella relazione del giugno 2026.

### PERFORMANCE AZIENDALE

Nella tabella che segue sono descritti gli indicatori ritenuti appropriati per la misurazione della performance aziendale.

Obiettivi	Indicatore	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027	Responsabile della Misurazione
Offerta sanitaria e sociosanitaria	Attività ospedaliera di ricovero: valore economico	Mantenimento /Incremento rispetto a 2024	Secondo indicazioni regionali	Secondo indicazioni regionali	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta sanitaria e sociosanitaria	Attività ambulatoriale: valore economico	Mantenimento /Incremento rispetto a 2024	Secondo indicazioni regionali	Secondo indicazioni regionali	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta sanitaria e sociosanitaria	Pronto Soccorso Tempi medi di attesa dei codici minori	Conformità agli standard regionali legge 787/2023	Conformità agli standard regionali legge 787/2023	Conformità agli standard regionali legge 787/2023	Direttore Pronto Soccorso
Governo dei tempi di attesa	% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A <b>Baseline (da PRSS) 83%</b>	88%	-	90%	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Governo dei tempi di attesa	% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità <b>Baseline (da PRSS) 79%</b>	85%	-	90%	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Governo dei tempi di attesa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (Breve), in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Responsabile Unico Tempi di Attesa

Offerta sanitaria e sociosanitaria	<b>SERiate</b> Standard di qualità per Area Clinica sul totale (PNE 2024)  MOLTO ALTO o ALTO 5 / 6 aree cliniche	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta sanitaria e sociosanitaria	<b>PIARIO</b> Standard di qualità per Area Clinica sul totale (PNE 2024)  MOLTO ALTO o ALTO 2 / 3 aree cliniche	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta sanitaria e sociosanitaria	<b>LOVERE</b> Standard di qualità per Area Clinica sul totale (PNE 2024)  MOLTO ALTO o ALTO 1 / 2 aree cliniche	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta sanitaria e sociosanitaria	<b>ALZANO</b> Standard di qualità per Area Clinica sul totale (PNE 2024)  MOLTO ALTO o ALTO 2 / 2 aree cliniche	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta sanitaria e sociosanitaria	Indicatori NSG 2024 per area ospedaliera: 1 indicatore su 3 conforme allo standard richiesto	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Sviluppo del territorio	Pazienti gestiti dalla COT	Incremento	Incremento	Incremento	Referente S.S. Processi Integrati Territorio

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	CONSULTORI: screening cervicocarcinoma	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Responsabile Screening
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, nel programma organizzato da ATS, per mammella	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Tableau Regione Lombardia
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, nel programma organizzato da ATS, per colon retto	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Tableau Regione Lombardia
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	SERD: Presa in carico dei pazienti entro 10 gg dalla segnalazione/Totale pazienti presi in carico nel periodo	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Direttore SERD
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	NPIA: tempo di attesa della prima visita per adolescenti con psicopatologia grave	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Direttore NPIA

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	NPIA: tempo di attesa della prima visita per adolescenti con psicopatologia senza indicazione di gravità	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Direttore NPIA
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	PSICHIATRIA: percentuale pazienti con grado di urgenza elevato (urgenze indifferibili, Classe B, valutazione infermieristica in autopresentazione) sottoposti a prima visita nei tempi previsti presso i CPS	Mantenimento della percentuale	Mantenimento della percentuale	Mantenimento della percentuale	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Accessibilità	Sportello Istanze Online Cittadino	Incremento utenti rispetto anno precedente	Incremento utenti rispetto anno precedente	Incremento utenti rispetto anno precedente	SIA
Digitalizzazione e semplificazione	Teleconsulto	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Responsabile SS Telemedicina
Digitalizzazione e semplificazione	Televisita: numero delle prestazioni	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Responsabile SS Telemedicina

Trasparenza e lotta alla corruzione	Numero pubblicazioni effettive nel piano trasparenza / Numero pubblicazioni richieste	100%	100%	100%	Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Efficienza Economica	Contributi in c.to esercizio da Regione - FSR Indistinto/Vincolato/Extra Fondo (netto FNT)/Valore della produzione sanitaria - Bilancio sezionale SAN	Diminuzione rispetto al valore 2024 (0.28)	Diminuzione rispetto al valore 2024 (0.28)	Diminuzione rispetto al valore 2024 (0.28)	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Efficienza Economica	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	ITP trimestrale ed annuale 2025 negativo	ITP trimestrale ed annuale 2026 negativo	ITP trimestrale ed annuale 2027 negativo	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Sostenibilità ambientale	Consumi energetici aziendali (Tep = Tonnellate equivalenti di petrolio) Dato 2023: 5891,8	Riduzione	Riduzione	Riduzione	Direttore Area tecnica
Risorse Umane	<b>Piano annuale per le Azioni Positive (CUG)</b> N° Azioni attuate/N° Azioni (7) incluse nel Piano	90%	-	-	Referente S.S. Processi Integrati Territorio

## PERFORMANCE DI U.O.

Area	Indicatore	Risultato effettivo 2023 Dirigenza	Risultato effettivo 2023 Comparto	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027
Processo di budget	Percentuale raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati	94,9%	97,6%	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente
Processo di budget	N° di strutture con percentuale di raggiungimento inferiore a 80%	1	0	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente

## PERFORMANCE INDIVIDUALE

Area	Indicatore	Risultato effettivo 2023	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Risultato atteso 2027
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale della Dirigenza	91 (max 100)	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale del Comparto	18,82 (max 20)	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente

(si precisa che i punteggi indicati sono al netto delle valutazioni d'ufficio pari alla sufficienza attribuite, secondo i vigenti regolamenti, al personale che durante l'anno ha lavorato meno di 121 giorni)

## 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza

La corruzione è considerata una piaga diffusa nella maggior parte dei paesi, e la forte volontà rivolta verso l'arginamento di essa risulta essere una priorità importante, che ha spinto l'ONU a includere la lotta alla corruzione nell'Agenda 2030 (Target 16.5).

La presente sezione si pone senza soluzione di continuità con i precedenti piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale strumento dinamico, di natura programmatica, per l'individuazione e applicazione di misure di prevenzione degli illeciti, in particolare, ma non solo, di tipo corruttivo, finalizzato al buon andamento dell'azione amministrativa, nel nuovo contesto di aziendalizzazione e di semplificazione, improntata ai canoni della trasparenza, efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto dei principi di legalità e imparzialità, per il perseguimento degli obiettivi strategici declinati nella sezione Valore Pubblico.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione confluisce nel nuovo strumento programmatico del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" divenendone parte integrante.

Tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza è stata redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) secondo le indicazioni fornite da ANAC in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii e al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza.

Il contesto è interessato da specifiche e ulteriori esigenze derivate da forti cambiamenti organizzativi e legislativi dovuti anche alle riforme per gli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

### 2.3.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza

La prevenzione della corruzione è dimensione del valore Pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale della ASST Bergamo Est. Nel prevenire fenomeni di "maladministration" e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione infatti contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica. Contributo alla generazione di valore pubblico è dato altresì dal miglioramento continuo del processo di gestione del rischio. L'obiettivo generale individuato dall'Organo di indirizzo è descritto nella Sezione 2.1 (Valore Pubblico) del presente Piano integrato di attività e organizzazione.

Tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, programmati dall'organo di indirizzo in modo che siano funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico:

**Gestione della performance:** mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra gestione della performance e prevenzione della corruzione al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

**Obiettivo:** Trasparenza (numero di pubblicazioni effettive nel piano trasparenza/numero pubblicazioni richieste).

**Trasparenza:** incrementare la trasparenza in quanto strumento di comunicazione e garanzia per i cittadini, oltre che misura di prevenzione della corruzione, promuovendo il rispetto dei criteri di qualità dei dati, attraverso l'implementazione della pubblicazione nella Sezione di Amministrazione Trasparente –Altri Contenuti – Dati Ulteriori.

**Formazione** dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione quale strumento fondamentale per diffondere la cultura della legalità e della buona amministrazione (numero del personale formato/ numero del personale da formare).

**Analisi dei rischi e misure di prevenzione:** Aggiornamento della mappatura del trattamento dei rischi attraverso l'integrazione con nuovi processi.

### 2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione e trasparenza

**Direttore Generale:** concorre alla prevenzione della corruzione: designando il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT); adottando il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) comprensivo della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e i suoi aggiornamenti; adottando tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

**Direttore Sanitario, il Direttore SocioSanitario e il Direttore Amministrativo:** coadiuvano il Direttore Generale nella gestione complessiva aziendale, per quanto di rispettiva competenza

**Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT):** Il Direttore Generale, con atto deliberativo n. 384 del 27.04.2023, ha nominato Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai sensi dell'art. 1 – comma 7 – della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, la Dr.ssa Daniela Merola, Responsabile ff Affari Generali e Legali, a decorrere dal 01.05.2023.

Il RPCT rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Gli sono riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività.

Il RPCT al fine di sviluppare la più ampia condivisione delle misure previste, ha tenuto conto della stretta integrazione con ogni altra politica aziendale di miglioramento organizzativo, rivolta al raggiungimento di altrettante rilevanti finalità istituzionali, in raccordo con tutti gli altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.

Fornisce supporto conoscitivo e informativo necessario alle articolazioni aziendali interessate.

Al fine di agevolare gli Uffici nei loro doveri di pubblicazione, trasmette a ciascuna Struttura interessata alla pubblicazione una griglia con l'elenco dei propri obblighi di pubblicazione (foglio excel, tratto dalla griglia Allegato 3 - Elenco obblighi di Pubblicazione Amministrazione Trasparente), con richiesta di monitorare, per ogni obbligo riportato, i seguenti campi: pubblicazione, completezza del contenuto, completezza rispetto agli Uffici, aggiornamento, apertura formato, e verifica la corretta pubblicazione in amministrazione trasparente, segnalando agli Uffici gli eventuali inadempimenti e/o ritardi.

In caso di temporanea e improvvisa assenza del RPCT, lo stesso è sostituito dal Direttore del Dipartimento Amministrativo al momento in carica.

### **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**

Soggetto con funzioni analoghe a quelle previste per l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) chiamato a garantire il raccordo tra il sistema di gestione delle performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

### **Collegio Sindacale**

Svolge funzioni di controllo di regolarità dell'azione amministrativa e contabile dell'Azienda.

Qualora, nell'esercizio delle proprie funzioni venga a conoscenza di atti o fatti corruttivi, commessi da personale dipendente e/o a qualsiasi titolo collaborante, deve essere data immediata informazione al RPCT.

### **Dirigenti**

Ai sensi dell'art. 16 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai dirigenti, dunque, è affidato il ruolo di prevenzione e gestione dei rischi corruttivi in quanto conoscitori delle attività afferenti alle proprie strutture e dei possibili rischi. Svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di prevenzione. Il RPCT collabora attivamente con i Responsabili delle diverse UU.OO e riceve le segnalazioni per l'aggiornamento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza che trova nel PIAO il principale atto di programmazione.

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

Provvedono, altresì, all'adozione di misure in materia di trasparenza previste dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e dalle altre disposizioni vigenti, in collaborazione con il RPCT.

### **Referenti anticorruzione**

E' stata istituita una rete aziendale di referenti per la gestione del rischio corruttivo, che possano fungere da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative, supportandolo operativamente.

Sono stati individuati dai Dirigenti di Struttura per l'area di rispettiva competenza, quali soggetti indispensabili per l'attività informativa nei confronti del RPCT, pur rimanendo la responsabilità in capo ai Dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta di prevenzione della corruzione.

Di seguito i nominativi aziendali dei referenti anticorruzione:

Tab. 1

<b>STRUTTURA</b>	<b>REFERENTE</b>
DIREZIONE STRATEGICA	RAMONA PELLEGRINELLI e TERESA STALLETTI
DIREZIONE SANITARIA	LEONARDO CALAGNA
SC AFFARI GENERALI E LEGALI	ESTER BONFANTI
SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA e CONTABILITA'	ALESSANDRO DOLAZZA
SC FARMACIA	NADIA PASINELLI
SC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	OTTAVIA DE MARCO
SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	EMANUELE POZZI
SC GESTIONE OPERATIVA – NextGenerationEU – SS CONTROLLO DI GESTIONE	DAVIDE RUGGERI
SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	MASSIMO PURICELLI
SC QUALITA' RISK MANAGEMENT	ALVARO LODOVICO AZZOLA

SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)	GHIRARDI ALBERTO
SSD ACCOGLIENZA E CUP AZIENDALI	GIULIA ANGHILERI
SS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)	MICHELE BISAZZA
INTERNAL AUDITING	ESTER BONFANTI
DIREZIONE MEDICA Ospedale SERIATE - CALCINATE	ZAIRA TELINI
DIREZIONE MEDICA Ospedali ALZANO L.DO - GAZZANIGA	LAURA TESSANDRI
DIREZIONE MEDICA Ospedali PIARIO - LOVERE	PATRIZIA LANFRANCO
DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE	ADRIANA VALORE
DISTRETTO Seriate e Grumello	SILVIA MARIA DONARINI e ROBERTA PIAZZINI ALBANI
DISTRETTO Valle Cavallina, Monte Bronzone Basso Sebino e Alto Sebino	ELENA BIDASIO
DISTRETTO Albino Valle Seriana e Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	PAOLO FRANCHI
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	LAURA SUSANNA NOVEL
SERD	SONIA CONCHO
SS COORDINAMENTO ATTIVITA' CONSULTORIALI	MARIA GRAZIA MINEI
ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE AZIENDALE E RELAZIONI ESTERNE	ELENA BARCELLA

### **Rete degli RPCT**

L'Azienda, rappresentata dalla RPCT, partecipa alla Rete degli RPCT di Aziende Sanitarie (ATS ed ASST) ed Enti (IRCSS, IZSLER, Fondazioni) di Regione Lombardia, costituita in un Gruppo Interaziendale per creare una Piattaforma di Dialogo su problematiche comuni, best practice, focus group, eventi ed incontri dedicati, anche promossi dal RPCT di Regione Lombardia.

### **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Con deliberazione n. 599 del 04/07/2019 il RPCT aziendale è stato nominato "Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio. Il Gestore inoltra all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio ed è coadiuvato, nell'attività di valutazione e individuazione delle operazioni sospette, da un Organismo tecnico collegiale composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio: - SC Gestione Acquisti e Logistica; - SC Gestione Tecnico-Patrimoniale; - SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità; - SC Sistemi Informativi Aziendali; - SC Farmacia.

### **Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)**

Dirige, ove nominato, l'esecuzione dei contratti aventi ad oggetto lavori, servizi, forniture; controlla e vigila le attività nella fase di esecuzione, fornendo al Responsabile del Procedimento informazioni ed elementi utili anche ai fini dell'applicazione delle penali, della risoluzione contrattuale e del ricorso agli strumenti di risoluzione delle controversie, secondo quanto stabilito dal codice dei contratti, nonché ai fini dello svolgimento delle attività di verifica della conformità delle prestazioni eseguite con riferimento alle prescrizioni contrattuali.

### **RASA**

Assicura l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. A tal fine il Direttore Generale ha individuato quale RASA dell'Azienda il Dr. Felice Petrella, Direttore della SC Acquisti e Logistica.

### **Internal Auditing**

L'Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni e piani di miglioramento in relazione alle attività esaminate, quale controllo interno, indipendente e autonomo. Le attività di audit pianificate possono comprendere processi a rischio corruttivo, rafforzando così l'attività di assurance e di controllo propria dell'Internal Auditing, attraverso un'attività congiunta e coordinata con la Direzione Strategica. Il RPCT si avvale dei monitoraggi svolti in sede di Internal Auditing.

### **Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)**

E' preposto alla trattazione dei procedimenti disciplinari e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice di Comportamento. Collabora e informa il RPCT di fatti rilevanti ai fini dell'aggiornamento del Piano.

### **Comunicazione aziendale e relazioni esterne**

E' una funzione in staff al Direttore Generale che coordina l'implementazione del sito web aziendale e del sito intranet aziendale. E' competente alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente, in raccordo tecnico con il Servizio Informatico.

### **Sistemi Informativi Aziendali (SIA)**

Il SIA si occupa dell'adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, coordinando gli interventi per la sicurezza informatica. Dà attuazione alle linee strategiche per la riorganizzazione e la transizione alla modalità operativa digitale come da indicazioni del "Codice dell'amministrazione digitale". Per quanto riguarda "Amministrazione Trasparente" ha il compito di attivare tutti i canali in "Amministrazione Trasparente" per consentire il flusso dati dal sw delibere/determine o tramite altro canale individuato con la softwarehouse.

### **Gestione Operativa – NextGenerationEU**

E' la Struttura deputata alla massimizzazione della produttività delle piattaforme della ASST sia del polo ospedaliero (pronto soccorso, degenze, sale operatorie e ambulatori) sia del polo territoriale (centri vaccinali, consultori, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali).

### **Qualità Risk Management**

La struttura, per il mantenimento della Certificazione di Qualità, ha svolto una mappatura dei processi e analisi dei rischi sui seguenti aspetti: trasparenza/ immagine aziendale/ sicurezza operatore/ privacy/ corruzione. Svolge inoltre una funzione di controllo della qualità delle procedure aziendali.

### **Gestione giuridica – Formazione e sviluppo delle risorse umane**

Sulla piattaforma e-learning aziendale è stato attuato il percorso obbligatorio "Formazione generale in materia di anticorruzione", accreditato ECM. Provvede a definire nell'ambito del piano annuale di formazione dell'Azienda attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente (formazione obbligatoria di base) e agli operatori delle aree maggiormente a rischio di corruzione (formazione specifica).

### **Dipendenti**

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PIAO sezione Rischi corruttivi e trasparenza, collaborano con i propri Responsabili, partecipano alle iniziative formative in materia di anticorruzione e a quelle di aggiornamento professionale, segnalano illeciti al proprio Dirigente o al Responsabile UPD o tramite il canale del whistleblower, segnalano casi personali di conflitto di interesse.

### **Collaboratori a qualsiasi titolo**

Anche i collaboratori che intrattengono a qualsiasi titolo rapporti con l’Azienda sono tenuti ad osservare le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento e a segnalare le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l’utilizzo della procedura di whistleblowing.

### **Stakeholders**

Il Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta agli stakeholders interni ed esterni, in modo che tutti i soggetti interessati possano formulare proposte di integrazione e contributi di aggiornamento.

### **Soggetti destinatari del Piano**

Tra i soggetti destinatari del Piano, sono ricompresi tutti i dipendenti della ASST Bergamo Est, i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti e tutti coloro che, a qualsiasi titolo e tipologia di contratto o incarico, direttamente o indirettamente, in maniera stabile o temporanea, instaurano rapporti o relazioni con l’Azienda.

## **2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia**

La ASST Bergamo Est intende la gestione del rischio come un processo ciclico di miglioramento continuo, basato sul monitoraggio e la valutazione dell’effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

Alla luce dell’evoluzione dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati da ANAC, la ASST Bergamo Est persegue un percorso di aggiornamento della mappatura dei processi aziendali secondo una valutazione “qualitativa” di analisi del rischio indicata da ANAC nell’All. 1 del PNA 2019.

Il RPCT con la partecipazione attiva dei dirigenti delle Strutture aziendali, ha aggiornato le mappature secondo una valutazione di analisi del rischio richiesto da ANAC e con l’ausilio di indicazioni operative aziendali già descritte nell’Allegato 1 - Istruzioni operative per la valutazione del rischio.

Per la descrizione del processo di gestione del rischio si rimanda ai successivi paragrafi 2.3.6 – 2.3.7 – 2.3.8.

Di seguito le fasi in cui si articola la mappatura del trattamento dei rischi:

tab 2

<p><b>Fase 1: Analisi del contesto: mappatura completa e approfondita dei processi/attività</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- struttura organizzativa</li><li>- area di rischio</li><li>- processi</li><li>- fasi</li></ul> <p><b>Fase 2: Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- eventi a rischio</li><li>- fattori abilitanti</li><li>- dati a supporto dell'analisi (es. (segnalazioni / precedenti giudiziari /procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di II e III livello / notizie in rassegna stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'amministrazione)</li><li>- probabilità (key risk indicators): discrezionalità - livello di interesse esterno - manifestazione di interessi corruttivi in passato - livello di opacità del processo - livello collaborazione responsabile - grado di attuazione misure trattamento del rischio – controllo</li><li>- impatto: reputazionale - economico in termini di contenzioso - organizzativo - danno generato</li><li>- livello di rischio (giudizio sintetico probabilità x giudizio sintetico impatto)</li><li>- motivazione del giudizio complessivo</li></ul> <p><b>Fase 3: Trattamento del rischio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- misure generali: ad esempio quando insiste trasversalmente sull'organizzazione (es. la corretta applicazione del d. lgs.</li></ul>
--

33/2013)

- misure specifiche: ad esempio quando è in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio per cui si trovano modalità per rendere più trasparenti particolari processi
- piano d'azione: rischio accettabile: interventi di monitoraggio - rischio medio: interventi di urgenza/programmazione - rischio rilevante: interventi da effettuare in tempi brevi/da fare subito
- indicatore di verifica: cfr tab 5 pna 2019
- monitoraggio (tempi di attuazione o stato di attuazione)
- responsabilita'
- classificazione del rischio rischio accettabile - rischio medio - rischio rilevante

**Due fasi trasversali:**

- Consultazione e comunicazione
- Monitoraggio e riesame del sistema

## 2.3.4 Analisi del contesto

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto esterno ed interno.

La valutazione del rischio corruttivo, in ossequio alla normativa in materia di anticorruzione, nonché alle linee programmatiche statuite dai PNA emanati dall'ANAC, infatti costituisce un presupposto necessario per comprendere le dinamiche socio-territoriali che possano influire sulla mala gestio della cosa pubblica.

Di seguito una panoramica del contesto in cui si trova ad operare l'ASST Bergamo Est.

### 2.3.4.1 Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. La sanità è un settore rilevante della pubblica amministrazione e quindi esposto a rischi legati alla criminalità organizzata.

Per meglio comprendere la distribuzione del rischio corruttivo, gli indicatori di contesto supportano l'analisi sul territorio, andando ad indagare caratteristiche legate all'istruzione, alla presenza di criminalità, al tessuto sociale, all'economia locale e alle condizioni socio-economiche dei cittadini, come resi disponibili da ANAC sul proprio portale <https://www.anticorruzione.it/indicatori-di-contesto>, in modo da individuare situazioni e dinamiche che possono attivare una maggiore o minore propensione corruttiva.

#### **Territorio e demografia**

Si rimanda alla Sezione 1-Scheda Anagrafica del presente Piano integrato di attività e organizzazione.

#### **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Antiriciclaggio - Olimpiadi Milano-Cortina 2026**

La Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia 1° semestre 2023, nell'ambito delle infiltrazioni nell'economia legale in Lombardia, evidenzia come lo straordinario flusso di capitali immesso nel sistema economico italiano dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), può rappresentare un'opportunità per le organizzazioni criminali che, con particolare evidenza in questo territorio, hanno una forte vocazione imprenditoriale.

In Lombardia, il dato più chiaro che emerge dall'attività investigativa e giudiziaria, è quindi la conferma del radicamento nel territorio lombardo della 'ndrangheta, la quale ha assunto, nel corso degli anni, forme organizzative in parte correlabili a quelle dei luoghi di origine.

Le attività delle Forze di polizia e della DIA nel semestre sono proseguite sul piano preventivo mediante le verifiche antimafia nei confronti delle imprese interessate alle opere collegate al PNRR e a quelle connesse alle Olimpiadi di Milano-Cortina 2026. In tale quadro, si è mantenuta costante l'azione di contrasto da parte delle Prefetture con l'adozione di provvedimenti interdittivi che hanno riguardato per lo più imprese aventi legami con la 'ndrangheta.

Nel sistema di prevenzione del riciclaggio, il principale strumento investigativo utilizzato dalla DIA è rappresentato dalle segnalazioni di operazioni finanziarie sospette (SOS), caratterizzate, negli ultimi anni, da una crescita esponenziale.

Altre informazioni di interesse per determinare il contesto esterno in relazione alle strategie delle organizzazioni criminali sono ricavabili consultando le seguenti relazioni:

- Relazione annuale sull'attività svolta da ANAC nel 2023 presentata dal Presidente dell'Autorità <https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2024>
- Relazione del Presidente della sezione Giurisdizionale in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024 Lombardia della Corte dei Conti
- <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=9205fde9-c3e4-47b2-95ba-f3c74d1ca2b0>
- Relazioni ORAC <https://www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac/attivita/relazioni-semestrali>

### **Rapporto con i cittadini**

Sostegno e fiducia nei confronti dell'ASST è dimostrato dalle erogazioni liberali elargite.

Le donazioni, sia in beni che in danaro, sono accettate con provvedimento deliberativo e pubblicate in Amministrazione Trasparente.

L'ASST Bergamo Est, oltre al sito web istituzionale, ha attivato profili aziendali tra cui Facebook, LinkedIn, Instagram, e YouTube per informare su temi sanitari e socio-sanitari ma anche sulle iniziative, sugli eventi e sulle campagne proposte dall'Azienda. Attraverso una comunicazione efficace, veloce e diretta si pone l'obiettivo di entrare in relazione con i cittadini e operatori attraverso una modalità che li raggiunga in modo più capillare e che integri gli strumenti che già si utilizzano: il sito internet aziendale, i comunicati stampa e gli articoli su quotidiani e periodici.

### **Stakeholder attivazione ufficio sindaci**

La SS Coordinamento Ufficio Sindaci e Stakeholder territoriali è una struttura operativa che, in raccordo con i Distretti, le strutture del Polo Territoriale e del Polo Ospedaliero, opera a supporto della programmazione integrata per l'implementazione della continuità assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale nonché per lo sviluppo del Community Building. L'Azienda promuove azioni di sensibilizzazione volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e per la promozione della cultura della legalità, attivando anche canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di cattiva amministrazione (inclusi i principali social forum).

## Rapporto con gli operatori economici

Il valore complessivo degli acquisti in affidamento diretto e l'incidenza percentuale sul totale degli affidamenti realizzati dall'Azienda si sono significativamente ridotti (desumibile dal report di monitoraggio acquisti beni e servizi più avanti riportato).

### 2.3.4.2 Contesto interno

Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) è il documento che stabilisce l'ambito regolamentare aziendale.

Con deliberazione n. 866 del 5/12/2024, a seguito di intervenuta approvazione regionale (D.G.R. XII/3348 del 11/11/2024), è stato aggiornato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, consultabile sul sito internet aziendale Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali / atti amministrativi generali / articolazione degli Uffici POAS.

[https://hosting.soluzionipa.it/asst\\_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=14&CSRF=fc5b4ac04dd1ae8e28c2dd489f1294e7](https://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=14&CSRF=fc5b4ac04dd1ae8e28c2dd489f1294e7)

Al fine di individuare le caratteristiche organizzative aziendali che possono condizionare impropriamente l'attività dell'Azienda è stata esaminata l'articolazione organizzativa dell'Azienda, rappresentata nella Sezione 1 - Scheda Anagrafica della ASST del PIAO, a cui si rimanda.

## Progettualità inerenti al Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR)

### Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari.

### Component 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il rafforzamento delle competenze e capitale umano del SSN anche mediante potenziamento della formazione del personale.

### 2.3.5 Mappatura dei processi

La mappatura dei processi aziendali, consistente nella individuazione dei processi organizzativi, è elaborata in collaborazione tra RPCT e i Dirigenti delle articolazioni aziendali con i loro referenti, e assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

L'Azienda ha svolto una mappatura puntuale dei propri processi/attività e relative fasi adeguandola al POAS 2024. I procedimenti aziendali hanno rappresentato un punto di partenza per l'identificazione dei processi organizzativi, così come suggerito da ANAC nel PNA 2019.

La mappatura dei processi tende a prendere in considerazione l'intera attività amministrativa svolta dall'Azienda e non solo quei processi che sono ritenuti a rischio. L'obiettivo è quello di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'Azienda.

La mappatura aziendale dei processi e relative fasi comprende, suddivise per Struttura, le **Aree di rischio** che Anac raccomanda:

**Generali** (contratti Pubblici - acquisizione e gestione del personale - incarichi e nomine - gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio - affari legali e contenzioso - provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario); **Gestione fondi PNRR e fondi strutturali**; **Processi collegati a obiettivi di performance**; **Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi** (es. antiriciclaggio, situazioni emergenziali); **Specifiche per la sanità** (attività libero professionale; liste d'attesa; rapporti contrattuali con erogatori privati; farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie; ricerca, sperimentazioni, e sponsorizzazioni; attività conseguenti al decesso); **Ulteriori aree a rischio** (aree a rischio individuate dal RPCT in collaborazione con il Dirigente di struttura in base ai processi aziendali mappati).

Vedere Allegato n. 2 "Mappatura del trattamento dei rischi".

## 2.3.6 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

### Identificazione del rischio

Il rischio è inteso come un evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'Azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management. Sono inclusi eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno dell'ASST Bergamo Est. Vedere Allegato n. 2 "Mappatura del trattamento dei rischi"

Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a individuare i rischi di corruzione, attraverso i seguenti strumenti: fonti informative; indicazioni fornite dal PNA; linee guida ANAC; indicazioni ORAC; confronto tra i soggetti coinvolti, responsabili degli uffici, referenti anticorruzione, personale che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità; analisi del contesto interno ed esterno; considerazione di precedenti giudiziari/disciplinari; risultanze delle precedenti attività di monitoraggio; segnalazione ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. URP, stakeolder ecc.); ulteriori criteri tra cui: significatività economica (strategicità-obiettivo) e la frequenza del rischio.

### Analisi del rischio

L'attività di analisi del rischio costituisce la base per la mappatura e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione. La metodologia si basa su una valutazione di tipo qualitativo descritta nel paragrafo 2.3.4 del presente Piano, a cui si rimanda.

L'analisi prende in considerazione i fattori di contesto che favoriscono o possono favorire, in caso di rischio potenziale, il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione (cd. **fattori abilitanti**), di cui si riportano alcuni esempi:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- uso improprio o distorto della discrezionalità;
- alterazione/manipolazione/utilizzo improprio di informazioni e documentazione;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione;
- scarsa percezione del rischio corruttivo;

- mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.

Si segnala che, nel caso in cui il rischio sia stato valutato “trascurabile”, non si è proceduto con l’analisi e con il relativo trattamento.

### Ponderazione

La ponderazione del rischio è il processo di comprensione della natura del rischio e di determinazione del suo livello di rischio. Si procede quindi a determinare il livello di rischio, che consentirà di individuare le azioni da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio (residuo) dei processi e/o fasi presi in esame e di identificare le priorità di trattamento.

Nella valutazione del rischio si tiene conto anche delle misure già adottate per poter valutare l’opportunità di introdurre ulteriori misure volte ad abbattere il rischio residuo.

Vengono riportati i livelli di rischio secondo la combinazione della PROBABILITA’ X IMPATTO.

L’Azienda ha stabilito delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall’analisi della ponderazione. Pertanto, ciascun Responsabile di Struttura attuerà i piani d’azione previsti nella mappatura del trattamento dei rischi secondo la tempistica in esso indicata seguendo l’ordine di priorità: rischio rilevante – rischio medio – rischio accettabile considerando che, ad ogni modo, vanno sempre presidiati i processi che prevedono un rischio rilevante/medio.

### 2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell’individuare correttivi e modalità idonee a prevenire i rischi. L’individuazione delle **misure di trattamento** viene effettuata tenendo conto delle principali tipologie indicate nella Determinazione n. 12/2015 e Deliberazioni n. 831/2016, 1064/2019 (PNA 2019), 7/2023 (PNA 2022), 605/2023 (PNA 2023) di ANAC.

Pertanto, sono state prese in considerazione:

- Misure generali che insistono trasversalmente sull'organizzazione:
  1. codice di comportamento, 2. rotazione del personale, 3. inconfiribilità/incompatibilità/incarichi extraistituzionali, disciplina del conflitto di interessi 4. whistleblowing, 5. formazione, 6. trasparenza, 7. pantouflage, 8. Procedura di verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali nel conferimento incarico dipendenti e/o altri soggetti (es. formazione di commissioni, assegnazione uffici, incarichi dirigenziali, e altri incarichi ex art. 3 del d.lgs. 39/2013), 9. Patti d'integrità, 10. rapporti con portatori di interessi particolari.
- Misure specifiche: 1. misure di controllo; 2. misure di trasparenza; 3. misure di definizione e promozione dell’etica e di standard di comportamento; 4. misure di regolamentazione; 5. misure di semplificazione; 6. misure di formazione; 7. misure di sensibilizzazione e partecipazione; 8. misure di rotazione; 9. misure di segnalazione e protezione; 10. misure di disciplina del conflitto di interessi; 11. misure di regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari” (lobbies).
- Misure specifiche ulteriori decise dall’Azienda per contenere il rischio (es. Procedure/Regolamenti aziendali).

Dopo aver valutato le misure “in essere” utili a limitare il rischio, si pianificano “ulteriori” misure di trattamento del rischio, in particolare quando il rischio risulta medio o rilevante, ossia:

**Piani d’azione** differenti in base alla ponderazione del rischio:

Rischio accettabile: interventi di monitoraggio;

Rischio medio: interventi di urgenza/programmazione;

Rischio rilevante: interventi da effettuare in tempi brevi/da fare subito.

**Indicatori di verifica:** In ordine alla tipologia di processo e/o fase trattati, in collaborazione con i Dirigenti e/o referenti, si sono individuati, per quanto possibile, gli indicatori di verifica (attuabili, sostenibili economicamente, efficaci e preferibilmente numerici) per determinare in quale misura gli obiettivi prefissati vengono raggiunti.

Il Trattamento del rischio e gli indicatori di verifica seguono i seguenti requisiti: efficacia nella neutralizzazione; sostenibilità economica e organizzativa; adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione; programmazione nel tempo.

Si ritiene utile un confronto degli indicatori di rischio riportati da Anac nel PNA 2019 (tab. 5).

### Consultazione e comunicazione

Le mappature del trattamento dei rischi vengono aggiornate in base all'attuazione delle azioni di miglioramento previste nei piani d'azione del Piano anticorruzione precedente o a seguito di richieste di revisioni da parte dei Responsabili di Struttura.

Ai Responsabili delle Strutture si chiede di concludere gli adempimenti avviati e di mettere a sistema i controlli già esistenti secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca un continuo miglioramento.

In questo modo sarà possibile, con gradualità, aggiornare le misure previste nel Piano e rivedere i controlli esistenti per valutare il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al contenimento del rischio.

Vengono recepite le proposte dei Responsabili di struttura al fine di individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi. A tal fine si raccomanda un confronto tra RPCT e Dirigenti volto a trovare soluzioni concrete e ad evitare misure astratte, poco chiare o irrealizzabili.

### Violazione delle misure di prevenzione della corruzione – responsabilità

Sono individuate con il presente Piano - ai sensi della normativa vigente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - specifiche responsabilità in capo al RPCT, ai Dirigenti delle strutture aziendali ed al personale, ai quali siano riconducibili le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti nella presente sezione del PIAO e nei suoi allegati. Si rinvia pertanto all'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012

### Sistema dei controlli

Deputati al controllo di prima linea di difesa sono i Responsabili di Struttura, cui sono state conferite nuove deleghe al fine di rendere certa, trasparente e tempestiva la gestione e l'azione amministrativa

Per ciò che attiene al presidio degli ambiti della seconda linea di difesa, si precisa che le aree: Anticorruzione – RPCT, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione – RSPP, Ragioneria/Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità – PAC, Controllo di Gestione, Privacy e DPO, Sistema Gestione Qualità, Sistemi informativi/Cyber Security, svolgono monitoraggi strutturati, i cui esiti sono condivisi con la Direzione in linea con le indicazioni regionali e ministeriali.

Riguardo alla terza linea di difesa, l'IA svolge un monitoraggio strutturato condiviso con la Direzione, anche in relazione a indicazioni/raccomandazioni di particolare interesse proposti da organismi regionali.

A completamento delle linee di difesa sopra descritte, con la finalità di perseguire il collegamento dei diversi ambiti di indagine considerate a maggior rischio e quale strumento strategico che convoglia gli esiti dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali, è costituito, con deliberazione n. 565 del 13/07/2023 il Comitato di Coordinamento dei controlli. Fanno parte del Comitato le Unità operative o funzioni di seguito riportate: RPCT (che lo presiede), Direzioni Mediche di Presidio, Direzione di Distretto, Dipartimento Amministrativo, DAPSS, Internal Auditing, SC Qualità e Risk management, SS

Controllo di Gestione). Con deliberazione n. 879 del 10/12/2024 è stato approvato il Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato di Coordinamento dei Controlli.

L'Azienda ha istituito un organismo di controllo interno con delibera n. 1047 del 28/12/2023 "PNRR Missione 6 salute: costituzione commissione controlli denominata "Commissione controlli PNRR" dell'ASST Bergamo Est e adozione della check list funzionale alle procedure di liquidazione dei fondi di cui alla mission 6 - component 1 e 2". Inoltre, è stato costituito un gruppo di lavoro PNRR di coordinamento delle attività dei RUP (in particolare per i progetti trasversali alle SSCC Gestione Tecnico patrimoniale e Gestione Acquisti e Logistica), di condivisione delle modalità di rendicontazione dei progetti, raccolta e conservazione della documentazione, di monitoraggio periodico delle attività svolte, e di analisi delle criticità e definizione delle soluzioni (nota del Direttore Generale del 18 aprile 2024).

Di seguito gli obiettivi dei Responsabili di Struttura, ciascuno per i propri processi:

**Obiettivo: Aggiornare la mappatura del trattamento dei rischi secondo la nuova metodologia prevista dal PNA 2019 con valutazione del rischio di tipo qualitativo**

Tempistica: aggiornamento della mappatura del trattamento dei rischi entro 14/11/2025

Responsabile: RESPONSABILI DI STRUTTURA/REFERENTI

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

**Obiettivo: Ampliare l'analisi del rischio dei processi DAPSS predisponendo la mappatura del trattamento dei rischi secondo la nuova metodologia prevista dal PNA 2019 con valutazione del rischio di tipo qualitativo**

Tempistica: entro 14/11/2025 predisposizione mappatura del trattamento dei rischi inerenti ai processi relativi alla DAPSS

Responsabile: DAPSS

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

### 2.3.7.1 MISURE GENERALI

#### a) Codice di comportamento

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

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

Il Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici emanato con D.P.R. n. 62 del 16/04/2013 individua comportamenti dei dipendenti ispirati ai principi costituzionali nonché quelli vietati o stigmatizzati e quelli prescritti e sollecitati, tra cui quelli concernenti la prevenzione della corruzione ed il rispetto degli obblighi di trasparenza (artt. 8 e 9). Con il D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 il Codice vigente dal 2013 è stato aggiornato al nuovo contesto socio-lavorativo, al principio di non discriminazione nei luoghi di lavoro e alle esigenze derivanti dall'evoluzione e dalla maggiore diffusione di internet e dei social media.

L'entrata in vigore del Codice di comportamento aziendale è stata supportata da azioni di sensibilizzazione/informazione e formazione in più occasioni ed è pubblicato sul sito web aziendale (sezione Azienda> Codici Disciplinari e di Comportamento) e nella pagina intranet (home page> Documenti a rilevanza strategica> Codici disciplinari e di comportamento) e ne è stata data diffusione capillare.

Resta fermo che per quanto non espressamente previsto nel Codice di Comportamento aziendale, si fa riferimento alle previsioni contenute nei D.P.R. n. 62 del 16/04/2013 e n. 81 del 13/06/2023.

A seguito dell'emanazione del DPR 81/2023 è in corso di perfezionamento per i seguiti di competenza l'iter di aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, predisposto dal RPCT.

La violazione delle norme del Codice costituisce infrazione rilevante sul piano disciplinare. I Dirigenti responsabili di struttura e l'UPD sono tenuti alla vigilanza sull'applicazione del Codice di comportamento.

Con riferimento ai collaboratori esterni a qualsiasi titolo, ai titolari di organi, al personale impiegato negli uffici di diretta collaborazione dell'autorità politica, ai collaboratori di ditte che forniscono beni o servizi o eseguono opere a favore dell'Azienda, gli schemi di incarico, contratto, bando, devono prevedere sia l'obbligo di osservare il codice di comportamento sia disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice.

Monitoraggio in capo ai Dirigenti di Struttura che relazionano al RPCT.

Obiettivo:

- Diffusione e conoscenza del Codice di comportamento aziendale
- Verifica del richiamo all'osservanza del codice di comportamento nei contratti, capitolati, lettere d'invito etc. e disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice.

Responsabile:

- per diffusione Codice di comportamento aziendale: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
- per verifica del richiamo all'osservanza del codice di comportamento nei contratti, capitolati lettere d'invito etc. e delle disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – SC Acquisti e Logistica – SC Gestione Tecnico Patrimoniale - SC Affari Generali e Legali – SC SIA

Tempistica: costante

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Obiettivo: conclusione iter di aggiornamento Codice di comportamento aziendale in conformità al DPR 81/2023

Responsabile: RPCT in collaborazione con UPD

Tempistica: entro 14/11/2025

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: : invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

#### b) UPD - Codici disciplinari

I Codici sono pubblicati sul sito web aziendale (sezione Azienda> Codici Disciplinari e di Comportamento) e nella pagina intranet (home page> Documenti a rilevanza strategica> Codici disciplinari e di comportamento). Ne è stata data diffusione capillare.

Compete a tutti i Dirigenti di struttura vigilare sul rispetto dei codici disciplinari e del codice di comportamento.

Relativamente a violazioni di norme comportamentali, nel corso dell'anno 2024, si riscontrano: nr. 13 segnalazioni pervenute; nr. 5 violazioni accertate, 7 procedimenti in corso.

Obiettivo: Monitoraggio segnalazioni UPD

Responsabile: Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Tempistica: 31/12/2025

Indicatore: Relazione nr. Segnalazioni a UPD e nr. Violazioni a norme comportamentali

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 31/12/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

#### c) Misure a tutela del dipendente che segnala illeciti - whistleblower

Chiunque all'interno dell'azienda – dipendente o persona collaborante a qualsiasi titolo – ha l'onere di segnalare tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione la conoscenza di atti e/o fatti illeciti di cui è venuto a conoscenza. A seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 24 del 10/03/2023, con deliberazione n. 556 del 06/07/2023 è stato approvato il Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite cui si rinvia e le relative forme di tutela (*Whistleblowing*), pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "altri contenuti – corruzione", nonché nel portale Intranet (all'interno della sezione Piano Triennale di prevenzione della corruzione). L'Azienda garantisce al *whistleblower* la protezione, sia in termini di tutela della riservatezza, che in caso di ritorsioni. La segnalazione deve essere circostanziata, contenere la descrizione del fatto, le circostanze di tempo e luogo in cui si è verificato, le generalità del segnalato (o altri elementi che ne consentano l'identificazione) e le generalità del segnalante, nonché la chiara indicazione di volersi avvalere delle tutele previste per il *whistleblower*.

Destinatario della segnalazione è il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

Il RPCT invia annualmente alla struttura controlli di Regione Lombardia il report delle segnalazioni ricevute in materia di *whistleblower* con l'esito delle stesse.

Obiettivo: Invio annuale alla Struttura Controlli di Regione Lombardia del report che monitora gli esiti dell'applicazione della procedura aziendale relativa al whistleblower.

Responsabile: RPCT

Tempistica: annuale - Secondo il termine d'invio indicato da Regione Lombardia

Indicatore: Report inviato a Regione Lombardia

Modalità di verifica dell'attuazione: Trasmissione a Regione Lombardia

#### d) Incarichi extraistituzionali

Con delibera n. 95 del 31/12/2018, in attuazione dell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 190/2012, in conformità alla normativa vigente in tema di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi, l'Azienda ha approvato il Regolamento aziendale in materia di attività ed incarichi extraistituzionali.

L'Azienda ha divulgato l'adozione del regolamento tramite newsletter e ha curato la pubblicazione nel sito amministrazione trasparente, oltre che la pubblicazione della modulistica nell'intranet aziendale.

Il Regolamento disciplina in particolare la partecipazione del dipendente, sia a titolo oneroso che gratuito, in qualità di relatore, moderatore o docente in attività di tipo scientifico/convegnistico organizzate e/o sponsorizzate/finanziate da società o persone fisiche che svolgono attività di impresa o commerciale.

La partecipazione deve essere preventivamente sottoposta all'Azienda al fine di verificare la sussistenza di un potenziale conflitto d'interesse con la società o persona fisica che conferisce l'incarico.

Sono vietati tutti gli incarichi ed eventi conferiti a titolo oneroso o gratuito al dipendente da un terzo che siano promossi, sponsorizzati e/o pagati da ditta fornitrice dell'Azienda qualora il dipendente abbia rivestito nell'ultimo biennio un ruolo decisionale nell'ambito dell'acquisizione del bene fornito dalla ditta medesima.

L'Azienda ha approvato con deliberazione n. 932 del 30/11/2023 il Regolamento aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del Comparto Sanità (ex Legge 43/20063 ai sensi dell'art.3-quater del D.L. 127/2021 e s.m.i. e dell'art.13 del D.L. 34/2023 convertito in Legge 56/2023), in quanto con efficacia limitata al 31 dicembre 2025, al personale delle professioni sanitarie del comparto sanità, al di fuori dell'orario di servizio, non si applicano le incompatibilità di cui all' articolo 4, comma 7, della legge 412/1991, e all'articolo 53 del d. lgs. 165/2001.

La deroga alle incompatibilità non può riguardare le attività che possono configurare conflitto di interessi, e conseguentemente la violazione dei principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione sanciti dall'articolo 97, comma 1 della Costituzione.

Le autorizzazioni, a garanzia di maggiore trasparenza, sono rilasciate con determina dirigenziale e pubblicate in "Amministrazione Trasparente" (PerlaPA).

Obiettivo: verifica insussistenza delle incompatibilità e/o conflitto di interesse delle attività extraistituzionali

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Tempistica: Precedente al rilascio dell'autorizzazione

Indicatore: n. incarichi autorizzati sul numero di istanze.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### e) Svolgimento di attività incompatibili a seguito cessazione del rapporto (pantouflage o revolving doors)

La L. n. 190/2012 ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, qualunque ne sia la causa (quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione). Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. Per ulteriori dettagli si rinvia alle nuove linee guida approvate con Delibera ANAC n. 493 del 25 settembre 2024.

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha predisposto apposita modulistica/autocertificazione (pubblicata sulla rete intranet) a firma dei dimissionari e dipendenti collocati a riposo per raggiunti limiti d'età, sia dell'area della dirigenza che del comparto, (obbligatoria per l'area del comparto solo per i dipendenti dell'area degli assistenti, area dei professionisti della salute e dei funzionari e area del personale di elevata qualificazione).

La clausola che prevede il divieto di pantouflage è stata inserita nei contratti di assunzione di personale stipulati dall'Amministrazione, relativamente alle aree sopra indicate e nei contratti di lavoro autonomo, con esclusione di quelli riferiti a prestazioni sanitarie.

Sono attuate le misure per prevenire il pantouflage secondo quanto indicato da Anac nel PNA 2022.

**Obiettivo:** Inserimento di specifica clausola che prevede il divieto di pantouflage negli atti di assunzione (contratto) e negli atti di cessazione per il personale già in servizio.

**Tempistica:** al momento dell'assunzione (per le nuove assunzioni) /conferimento incarico

Al momento della cessazione dei contratti di lavoro (per i dipendenti già assunti) /incaricati

**Responsabile:** SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

**Indicatore:** numero dichiarazioni raccolte/numero cessati

**Modalità di verifica dell'attuazione:** invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

Nelle **procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture**, anche mediante procedura negoziata, dev'essere prevista, a pena di esclusione, l'insussistenza della condizione soggettiva ex art. 53 c. 16 ter d. lgs. n. 165/2001 (da certificare con dichiarazione sostitutiva).

L'operatore economico deve dichiarare di non trovarsi nella condizione prevista dall'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 (pantouflage), ovvero di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti della stazione appaltante che hanno cessato il loro rapporto di lavoro da meno di tre anni e che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa stazione appaltante nei confronti del medesimo operatore economico.

Nei documenti di gara dell'ASST Bergamo Est tale dichiarazione è a regime. Per rafforzare il divieto di pantouflage la dichiarazione verrà inserita anche nei contratti, con richiamo esplicito alle sanzioni previste dalla norma.

Obiettivo: Inserimento della clausola di pantouflage nei bandi di gara e contratti.

Tempistica: costante

Responsabile: SC Gestione Acquisti e Logistica – SC Tecnico Patrimoniale – SC SIA

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

#### f) Astensione in caso di conflitto di interesse

Il conflitto di interessi è quella situazione in cui un interesse privato (secondario) interferisce con l'interesse pubblico in modo tale da pregiudicare l'imparzialità delle scelte dell'operatore pubblico a vantaggio degli interessi privati. **Il conflitto di interessi non è una condotta illecita, ma una situazione di fatto che può, se non correttamente gestita, diventare un precursore della corruzione e/o dell'illecito.**

Con deliberazione n. 924 del 30/11/2023 è stato adottato il "Regolamento Aziendale per la gestione del conflitto di interessi" unitamente alla relativa modulistica, a cui si rinvia e disposta l'applicazione a tutto il personale aziendale, di ruolo e non di ruolo, del comparto e della dirigenza, alla direzione strategica e a tutti i professionisti/collaboratori che, a qualsiasi titolo, operano presso l'ASST Bergamo Est.

Obiettivo: emersione casi di conflitto di interesse – acquisizione e verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi in tutti gli ambiti per i quali è richiesta.

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Distretti, Direzioni Mediche di Presidio, Serd DSMD, Cure Primarie, Consultori, DAPSS

Indicatore: segnalazione casi di conflitto di interesse a carico dei propri dipendenti – attestazioni dei Dirigenti

Modalità di verifica dell'attuazione: attestazione al RPCT entro 14/11/2025 di ogni anno

#### g) Monitoraggio dei rapporti tra amministrazione ed i soggetti che con essa stipulano contratti o sono interessati a provvedimenti di erogazione di sovvenzioni, sussidi, contributi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici (Art. 1, comma 9, lett. e), della L. 190/2012)

L'art. 14 del Codice di comportamento aziendale, in linea con il corrispondente art. 14 del D.P.R. n. 62/2013, rubricato "Contratti ed altri atti negoziali", prevede l'astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 c.c.) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. In tal caso il dipendente si "*astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio*".

Inoltre il dipendente che stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione (art. 14, comma 3), deve darne informazione al dirigente/superiore gerarchico, che decide sull'astensione in conformità al citato art. 7.

La disposizione in esame va coordinata con l'art. art. 95 comma 1 lett) b del nuovo codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16 nuovo codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

La violazione sostanziale delle norme, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

Obiettivo: Segnalazione casi di conflitto di interesse con soggetti con cui si stipulano contratti o con soggetti interessati a provvedimenti di erogazione di sovvenzioni, sussidi, contributi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici

Tempistica: costante

Responsabile: Distretti, Serd, Ordinatori di Spesa

Indicatore: numero di segnalazioni di conflitto di interesse sul numero delle richieste- attestazioni dei Dirigenti

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### h) Dichiarazione di interessi

Si sottolinea che gli obblighi previsti dal Codice di comportamento di cui agli artt. 5, 6 e 7 del DPR n. 62/2013, impongono a tutti i Responsabili di Struttura, sia di area sanitaria che sociosanitaria e PTA, a rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere gli stessi nell'espletamento di attività inerenti alla propria funzione, che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

A cura del RPCT è stato approntato un modulo di dichiarazione d'interessi in forma semplificata, da conservare nel fascicolo personale ed è stato istituito un registro per il monitoraggio delle dichiarazioni rese. I Responsabili di Struttura sono tenuti a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

Obiettivo:

- 1) Completamento acquisizione dichiarazioni
- 2) Avviso a tutti i Responsabili di struttura di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni presentate
- 3) Rilevazione casi di conflitto di interesse

Tempistica: Contestualmente al momento del conferimento dell'incarico

Trasmissione avviso di comunicare eventuali variazioni nelle dichiarazioni presentate e completamento trasmissione dichiarazione entro 14/11/2025

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: 100% acquisizione dichiarazione, 100% comunicazione,

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

#### i) Verifica insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità di incarichi dirigenziali

Il D.Lgs. n. 39 del 2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

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

La situazione di "inconferibilità" non può essere sanata. Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Per i Direttori della Direzione Strategica, l'ASST prevede l'applicazione delle seguenti misure di prevenzione:

1. acquisizione, all'atto di conferimento dell'incarico, di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 1, D.Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità previste dagli art. 5 e 8 D.Lgs. n. 39/2013;
2. acquisizione annuale di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 2, D.Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dagli art. 10 e 14 D.Lgs. n. 39/2013;
3. pubblicazione delle dichiarazioni di cui ai punti precedenti sul sito web istituzionale >Amministrazione trasparente >Personale >Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo.

Considerato che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico la dichiarazione deve essere acquisita preventivamente, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico.

Risultano rese e pubblicate le dichiarazioni della Direzione Strategica. La verifica della veridicità della dichiarazione resa dal Direttore Generale compete alla Regione che lo nomina.

Obiettivo: verifica insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità Direzione Strategica

Tempistica: anteriore al conferimento dell'incarico - pubblicazione dichiarazione entro il 28 febbraio di ogni anno

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: pubblicazione;

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e verifica della pubblicazione delle dichiarazioni dei Direttori di Vertice in amministrazione trasparente a cura del RPCT

Anac raccomanda di prevedere adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d. lgs. 39/2013, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la P.A, pertanto ritiene necessario prevedere una specifica procedura di conferimento degli incarichi, tale da garantire: preventiva acquisizione della dichiarazione; successiva

verifica entro un termine da stabilire; conferimento dell'incarico all'esito positivo della verifica (in assenza di motivi ostativi al conferimento); pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità.

Se si riscontra nel corso del rapporto di lavoro una situazione di incompatibilità ai sensi del citato decreto n. 39/2013, ovvero del DPR n. 3/1957, il RPCT deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D.lgs. n. 39/2013, art. 63 DPR n. 3/1957).

Pertanto, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro, tutti i dipendenti devono rendere una dichiarazione ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 relativa alla insussistenza di situazioni di incompatibilità ed inconfiribilità. Identica dichiarazione deve essere resa dai dirigenti titolari di incarico e dai dipendenti investiti di funzioni dirigenziali, ivi compreso il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore Socio Sanitario. L'assenza di cause di incompatibilità/inconfiribilità deve sussistere per tutta la durata dell'incarico e, in caso di variazione di quanto dichiarato, il titolare è obbligato a comunicarlo tempestivamente all'Azienda.

Obiettivo: verifica insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità

Tempistica: anteriore al conferimento dell'incarico

pubblicazione attestazione di avvenuta verifica per gli incarichi dirigenziali entro il 31/12 di ogni anno

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: pubblicazione attestazione di verifica di incompatibilità/inconfiribilità incarichi dirigenziali;

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e verifica della pubblicazione delle dichiarazioni in amministrazione trasparente a cura del RPCT

#### I) [Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA](#)

Il soggetto che ha riportato una condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione (previsti nel capo I, Titolo II, Libro II del Codice penale) non può fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi.

L'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- componente di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, neanche con compiti di segreteria;
- 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;
- 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.

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

- all'atto della formazione di commissioni (anche con compiti di segreteria) di concorso;
- all'atto della formazione di commissioni per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- all'atto della formazione di commissioni di gare di lavori, servizi e forniture;
- all'atto del conferimento di incarichi dirigenziali e di quelli previsti dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013;
- all'atto del conferimento di incarichi con funzioni direttive ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001

**Il componente della commissione esaminatrice** inoltre ha l'obbligo di astenersi qualora, nei confronti di uno o più candidati della procedura, incorra in uno dei casi corrispondenti ai casi di obbligo di astensione del giudice ex art. 51 c.p.c.

**La commissione giudicatrice**, nominata ai fini della selezione della migliore offerta nelle procedure di aggiudicazione di contratti di appalti (art. 93, d. lgs. 36/2023), non può essere formata da componenti che:

- nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione sono stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante;
- siano stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato per i reati previsti nel Capo I del titolo II del Libro II del codice penale;
- si trovino in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura (costituiscono situazioni di conflitto di interessi per espressa previsione normativa, quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del D.P.R. 62/2013).

I membri facenti parte delle **commissioni istituite per attività medico-legali**, (ad esempio commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, handicap, disabilità) devono astenersi dallo svolgimento dell'attività a cui sono chiamati in situazioni di conflitto di interesse (anche potenziale) con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado, oppure di persone con le quali abbiano rapporti di frequentazione abituale o causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito/debito.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio al casellario giudiziale e al casellario dei carichi pendenti o mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui all'articolo 46 del D.P.R. n.445/2000.

L'eventuale presenza di sentenze di condanna, anche non definitiva (compresi i casi di patteggiamento), per reati contro la pubblica amministrazione comporta:

- la mancata assegnazione o la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico ex art. 17 del D.Lgs. 39/2013 ed il conseguente conferimento ad altro soggetto;
- in caso di formazione di commissioni, l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Se la situazione di inconfiribilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Con riferimento all'art. 3 del d.lgs. 39/2013 sussiste l'obbligo dell'interessato di rendere una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconfiribilità, previsto all'art. 20 del d. lgs. 39/2013.

**Obiettivo:** controlli sui precedenti penali ai fini della formazione di commissioni ed assegnazione ad uffici.

**Tempistica:** prima della nomina dei membri della Commissione

**Responsabile:** SC Gestione e Sviluppo delle Risorse e Umane - SC Gestione Acquisti e Logistica – SC Gestione Tecnico Patrimoniale

**Indicatore:** acquisizione delle dichiarazioni e verifica a campione mediante conferma da parte dell'amministrazione di appartenenza / acquisizione certificato casellario giudiziale.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e l'esito dei controlli effettuati.

#### m) Rotazione "ordinaria" del personale

L'Azienda ha individuato nelle seguenti Strutture: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Acquisti e Logistica, SC Farmacia le aree nelle quali è più elevato il rischio di corruzione e per le quali la rotazione degli incarichi, con l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni, può ridurre il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministratori ed utenti, con il realizzarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate alla collusione.

Tuttavia la rotazione dei dirigenti all'interno dell'Azienda risulta di difficile applicazione in considerazione di più fattori, in particolare: il numero particolarmente limitato di dirigenti amministrativi; la normativa concorsuale che presuppone l'individuazione del settore specifico di inserimento del dirigente, l'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, l'esperienza/anzianità maturata necessaria a garantire la competenza nel settore di inserimento; l'esigenza di garantire con continuità l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

La rotazione va infatti correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Inoltre in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste, soprattutto, nello svolgimento delle funzioni apicali.

In ossequio a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019, sono state adottate misure alternative, tese a evitare il controllo esclusivo dei processi, come la segregazione delle funzioni e il rafforzamento della trasparenza con la compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio attraverso la condivisione informatica delle cartelle di lavoro (trasparenza interna). Compatibilmente con l'organizzazione dell'unità operativa, le risorse e le competenze specifiche e/o professionali, almeno due operatori sono preposti al medesimo processo e/o fase del processo.

Obiettivo: rotazione del personale – Implementazione / attuazione di misure alternative alla rotazione ordinaria

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Direzioni Mediche di Presidio, Serd, DSMD, Cure Primarie, Consultori, DAPSS

Indicatore: compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio (almeno due operatori preposti al medesimo processo) / Condivisione delle fasi procedurali / Segregazione delle funzioni

Modalità di verifica dell'attuazione: attestazione al RPCT circa l'effettuazione e/o il mantenimento dei criteri indicati entro il 14/11/2025

#### n) Rotazione "straordinaria"

Nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva l'Azienda ha l'obbligo di valutare la condotta del dipendente al fine di disporre, se del caso, con provvedimento motivato, la rotazione prevista dall'art. 16, c. 1, lett. I-quater del D.Lgs.165/2001.

L’Autorità Nazionale Anticorruzione, con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ha adottato le «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l – quater, del d.lgs. n. 165 del 2001» cui si rinvia.

Obiettivo: Monitoraggio delle ipotesi in cui si verificano i presupposti di rotazione “straordinaria” previsti dalla delibera Anac 215/2019

Responsabile: Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Tempistica: entro 14/11/2025

Indicatore: n. procedimenti con reati che prevedono l’applicazione della rotazione “straordinaria/n. dipendenti a cui è stata applicata la rotazione “straordinaria”

Modalità di verifica dell’attuazione: invio al RPCT entro 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### o) Formazione in tema di anticorruzione

Tra le principali misure di contrasto alla corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità e altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

L’Azienda conferma la valenza dello strumento rivolto a tutte le professioni: è in fase di approvazione il Piano formativo aziendale 2025 in cui è prevista una formazione rivolta al personale in materia di anticorruzione e trasparenza, descrivendo le normative e i meccanismi previsti della L.190/2012 e del D.Lgs. 33/2013 in modalità e-learning.

Nel 2024 in modalità e-learning, in continuità con gli anni precedenti, si è svolta una formazione generale obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza ai nuovi assunti e agli operatori che non hanno concluso il percorso nelle precedenti edizioni. Corso FAD in erogazione: 527 iscritti, di cui 401 hanno completato il percorso formativo, superando il questionario di apprendimento. I restanti iscritti verranno re-iscritti per l’anno 2025.

La formazione specifica sul Codice di comportamento aziendale prevista successivamente all’aggiornamento dello stesso, è stata posticipata alla emissione dell’aggiornamento del codice di comportamento aziendale.

L’adeguatezza dei corsi svolti all’interno dell’Azienda è monitorata dalla SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane attraverso questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare ulteriori priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi avviati.

Il RPCT, con collaboratore, ha partecipato ai corsi formativi:

Anticorruzione Trasparenza Integrità organizzato da Regione Lombardia in data 20/2/2024;

**Per l’anno 2025 si prevedono i seguenti corsi di formazione su due livelli:**

- **Generale**: in modalità e-learning, rivolta a tutte le professioni, al fine di attuare la formazione prevista dalla L. 190/12 e dal "Piano triennale di prevenzione della corruzione".

Obiettivo: formazione, informazione e sensibilizzazione di tutto il personale in materia di anticorruzione e su tematiche specifiche attinenti

Tempistica: entro il **triennio**

Responsabile: Dirigente SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: 100% iscritti al corso di formazione - numero del personale formato sul numero del personale da formare.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

- **Specifica**: Audit Tutoring: affiancamento allo sviluppo della funzione di internal auditing per creare una sinergia nel sistema dei controlli aziendali.

Obiettivo: Audit Tutoring: affiancamento allo sviluppo della funzione di internal auditing per creare una sinergia nel sistema dei controlli aziendali

Tempistica: entro 2025

Responsabile: SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: numero del personale formato sul numero del personale da formare.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro 14.11.2025 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

## 2.3.7.2 MISURE SPECIFICHE

### a) Programmazione attività in raccordo al percorso attuativo di certificabilità (PAC) del bilancio

L'ASST Bergamo Est ha recepito le indicazioni regionali connesse al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci e nell'anno 2019 ha concluso il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci sulla base delle indicazioni e delle scadenze regionali di cui alla L.R. n. 23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del D.M.1/3/2013 e della D.G.R. n. 7009/2017. Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Preso atto del completamento del percorso attuativo della certificabilità del bilancio dell'Asst di Bergamo Est di cui alla DGR XI/3014 del 30/03/2020" il PAC è stato dato per concluso e quindi è formalmente in vigore.

Il consolidamento del PAC, con particolare riferimento al monitoraggio dell'effettivo livello di implementazione delle procedure, avviene attraverso la definizione di strumenti per l'auto-valutazione aziendale (check list) e lo svolgimento di momenti formativi interaziendali.

Emerge, quindi, l'esigenza di:

- Aggiornare il sistema di procedure amministrativo-contabili sviluppate coi PAC;
- Potenziare e sistematizzare il sistema di controllo interno, razionalizzando e potenziando i controlli di primo e secondo livello e introducendo e sviluppando il controllo di terzo livello (Internal Audit).

L'attività in esame prevede anche il coinvolgimento dell'Internal Audit aziendale.

L'ASST Bergamo Est ha approvato le procedure aziendali minime previste dal PAC e trasmesso le medesime alla Regione entro le scadenze definite da Regione, pubblicate in Amministrazione trasparente/altri contenuti dati ulteriori/ cui si rinvia.

Obiettivo: Incrementare la trasparenza inserendo nella Sezione di Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti, il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).

Tempistica: Aggiornamento tempestivo

Responsabile: SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

Indicatore: pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### b) Procedure contratti pubblici<sup>1</sup>:

L'entrata in vigore, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 (nel seguito, anche "nuovo Codice") e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016 (nel seguito, anche "vecchio Codice" o "Codice previgente"), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, consolidando, al contempo, alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni.

Tenuto conto del quadro normativo descritto si forniscono le seguenti precisazioni circa l'applicabilità delle indicazioni in materia di contratti pubblici contenute nella Parte Speciale del PNA 2022 e nell'Aggiornamento PNA 2023:

- si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;
- si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);
- si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;
- si applica l'Aggiornamento PNA 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.

#### Patto di integrità e patto anticorruzione negli affidamenti (Art. 1, comma 17, della legge 190/2012)

Il patto di integrità e il patto anticorruzione rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Azienda come presupposto necessario condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'accettazione del Patto di Integrità costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 140.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico. Negli avvisi e nei bandi di gara è inserita la clausola di salvaguardia in caso di mancato rispetto del patto di integrità.

Inoltre è previsto l'inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti d'integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente.

Obiettivo: patti di integrità per l'affidamento delle commesse tramite l'inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di

<sup>1</sup> Tratto da PNA 2023

legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Accettazione patto d'integrità secondo quanto stabilito nella delibera di Regione Lombardia X/1751 del 17.06.2019

Tempistica: costante

Responsabile: Direttori SC Gestione Acquisti e Logistica e SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Servizio Informatico

Indicatore: 100% degli atti deve riportare l'inserimento del Patto di Integrità - 100% delle gare, procedure negoziate, affidamenti anche d'importo inferiore a 40.000 euro devono contenere l'accettazione al Patto di Integrità.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Obiettivo: Inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti d'integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente.

Tempistica: costante

Responsabile: Direttori SC Gestione Acquisti e Logistica e SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Servizio Informatico

Indicatore: 100% dei Patti di Integrità devono contenere specifiche prescrizioni

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### Acquisizione di beni e servizi in affidamento diretto

Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali e regionali) ed ai regolamenti/procedure interne, con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni ed illeciti. Con aggiornamento delibera n. 668 del 7/10/2024 è stato aggiornato il Regolamento aziendale recependo il nuovo Codice dei Contratti Pubblici. Il regolamento aziendale prevede che gli Ordinatori di Spesa in collaborazione con la SC Gestione Operativa NextGeneration dovranno monitorare l'andamento di tutti gli affidamenti diretti per gli acquisti di beni e servizi inferiori ad Euro 140.000,00= IVA esclusa, nonché l'incidenza in percentuale del valore degli acquisti "in economia" rispetto al valore totale degli acquisti di beni e servizi.

Obiettivo: Monitoraggio andamento degli affidamenti diretti

Tempistica: annuale

Responsabile: Controllo di Gestione per reportistica

Indicatore: Volume degli acquisti rispetto al totale degli acquisti ed al trend, aziendale e per centro ordinatore di spesa

**Modalità di verifica dell'attuazione:** Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

#### Acquisizione di beni e servizi in "esclusiva"

Per processo di acquisizione di **beni e servizi** cosiddetto in "**esclusiva**", s'intende il ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili. In linea con le indicazioni fornite dalla DGR n. 491 del 02/08/2018 Sub-allegato C, dalle linee guida ANAC n. 8 e in corso di Audit, l'Azienda ha approvato un nuovo Regolamento aziendale sugli **acquisti in esclusiva** con delibera n. 396 del 19/04/2019. Il regolamento aziendale delinea una compiuta metodologia operativa, con gli adempimenti di natura giuridica e gestionale che gli utilizzatori richiedenti e i responsabili tecnici devono obbligatoriamente osservare.

**Obiettivo:** Monitoraggio con rendicontazione

**Tempistica:** monitoraggio semestrale

**Responsabile:** SC Gestione Acquisti e Logistica

**Indicatore:** N. affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato.

**Modalità di verifica dell'attuazione:** Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi

#### Gestione dei beni inventariali

Con delibera n. 329 del 08/04/2021 è stata aggiudicata la gara d'appalto esperita mediante procedura negoziata sotto soglia in forma telematica per l'affidamento del servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e di riconciliazione dei valori contabili dell'Asst Bergamo Est.

Con delibera n. 664 del 23/08/2023 si è preso atto dell'avvio effettivo del servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e di riconciliazione dei valori contabili affidato con deliberazione n. 329 del 08/04/2021. Nella intranet aziendale è pubblicata la modulistica relativa alla richiesta eliminazione/trasferimento beni mobili.

Il servizio di ricognizione cespiti ha avuto inizio il 13.11.2023, il 31.12.2024 si è chiusa la ricognizione per il PO di Seriate ed è in corso per gli altri P.O.

Si richiede di svolgere attività di sensibilizzazione alla tracciabilità degli spostamenti fisici dei beni mobili.

**Obiettivo:** Report ricognizione beni inventariali

**Tempistica:** 14.11.2025

**Responsabile:** SC Gestione Acquisti e Logistica

**Indicatore:** report attività di ricognizione - n. controlli a campione

**Modalità di verifica dell'attuazione:** Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

## Clausola T&T

Con l'obiettivo di rafforzare la trasparenza della fase esecutiva del contratto, per la quale i rischi di corruzione si evidenziano con maggiore frequenza, sono state recepite le Linee Guida Regionali in materia di Trasparenza e Tracciabilità della fase esecutiva dei contratti (ultimo aggiornamento DGR XI/6605 del 30/06/2022).

Con DGR N.XII/2388 del 28/05/2024 Regione Lombardia ha sospeso l'applicazione della DGR N.XI/5408 del 25/10/2021 e della DGR n.XI/6605 del 30/06/2022 per quanto concerne le "linee guida trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture", riservandosi di assumere definitive determinazioni a seguito dell'esito delle interlocuzioni con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

ARIA spa propone uno sviluppo che consentirebbe, da un lato, di superare la condizione che ha portato alla sospensione dell'applicazione delle linee guida T&T e, dall'altro, l'implementazione del modulo T&T nella piattaforma certificata di eProcurement di Regione Lombardia, propedeutica alla successiva pubblicazione dei dati (sia che sia effettuata da ANAC nella BDNCP oppure da Regione Lombardia sul Portale regionale T&T per i cittadini), che consentirebbe di ridurre e semplificare l'attività del RUP (delibera ORAC n. 12 del 17 dicembre 2024).

## Procedure relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

Con delibera n. 1047 del 28/12/2023 "PNRR Missione 6 salute: costituzione commissione controlli denominata "Commissione controlli PNRR" dell'ASST Bergamo Est e adozione della check list funzionale alle procedure di liquidazione dei fondi di cui alla mission 6 - component 1 e 2":

Sono state adottate:

- una check list che definisce in particolare i punti di controllo e la documentazione di riferimento funzionali al processo di liquidazione attraverso la piattaforma ReGis delle spese sostenute nell'ambito della Missione 6 -Component 1 e 2 - PNRR;
- la procedura che deve essere utilizzata all'interno dell'Azienda al fine di procedere alla liquidazione di cui al punto precedente.

E' stata costituita, in via sperimentale, con riserva di assumere misure organizzative diverse qualora quelle proposte con il presente provvedimento non dovessero rivelarsi idonee, la Commissione Controlli PNRR preposta alla verifica della corretta attuazione delle procedure di liquidazione e alla conseguente documentazione dei controlli effettuati, composta dai Direttori SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Gestione Acquisti e Logistica, S.C. Affari Generali e Legali o delegati.

Al fine di rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) le Strutture dovranno progressivamente considerare l'esito dell'attività di autodiagnosi promossa dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC).

Con deliberazione n. 265 del 16.03.2022 è stato nominato RUP per gli interventi rientranti nel PNRR – Missione 6 Salute l'Arch. Massimo Puricelli Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale e con deliberazione n. 455 del 28.04.2022 è stato nominato RUP per gli interventi rientranti nel PNRR – M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario la dr.ssa Paola Mangili, Dirigente del Servizio Informativo Aziendale.

Con deliberazione n. 328 del 13.04.2023 è stato nominato il Responsabile aziendale del progetto attuativo dell'obiettivo PNRR "Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare" e contestuale indicazione del CUP.

Con deliberazione n. 382 del 17/6/2024 è confermata l'individuazione del Responsabile aziendale del Progetto attuativo dell'obiettivo PNRR "Missione 6 Componente 2 – Investimento 2.2. Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

Obiettivo: Costante aggiornamento delle misure di trattamento del rischio relative ai contratti/appalti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

Tempistica: 14.11.2025

Responsabile: SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Servizio Informativo Aziendale, SC Acquisti e Logistica, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Gestione Risorse Umane

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

Obiettivo: attività di autodiagnosi promossa dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) in riferimento al PNRR

Tempistica: 14.11.2025

Responsabile: SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Servizio Informativo Aziendale, SC Acquisti e Logistica, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Gestione Risorse Umane, SC Affari Generali e Legali (RUP e Commissione Controlli PNRR)

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

#### c) "Gestore" delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo

Le disposizioni normative di contrasto all'uso del sistema economico e finanziario a scopo di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, hanno lo scopo di impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici, compresa quindi anche la ASST Bergamo Est.

L'Azienda ha approvato con deliberazione n. 599 del 04/07/2019 il "*Regolamento aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo – costituzione organismo collegiale e nomina del gestore*".

Quale "Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio alla UIF è stato nominato il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, coadiuvato, nell'attività di valutazione e individuazione delle operazioni sospette, da un Organismo tecnico collegiale composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio: - SC Gestione Acquisti e Logistica; - SC Gestione Tecnico-Patrimoniale; - SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità; - Sistemi Informativi Aziendali; - SC Farmacia.

Il "Gestore" deve essere formato al fine di poter riconoscere attività potenzialmente connesse con il riciclaggio ed il finanziamento del terrorismo. La formazione deve avere carattere di continuità e sistematicità, nonché tenere conto dell'evoluzione della normativa in materia antiriciclaggio.

Il RPCT ha provveduto alla diffusione del regolamento e pubblicazione nella intranet aziendale, istituendo inoltre un indirizzo e-mail dedicato, inoltre, il "Gestore" si è registrato in Banca d'Italia per poter inviare segnalazioni alla UIF.

#### d) Sicurezza digitale

Il tema della cybersicurezza sarà prioritario nei prossimi anni: gli attacchi informatici e la criminalità informatica stanno aumentando in tutta Europa sia in termini di quantità che di sofisticazione, una tendenza destinata a crescere in futuro. La sicurezza cibernetica è prevista dal PNRR e rappresenta uno dei 7 investimenti della Digitalizzazione della pubblica amministrazione.

Occorre proseguire con l'analisi dei rischi che potrebbero verificarsi in termini di sicurezza informatica e individuare le misure di sicurezza tecnologiche per evitare attacchi esterni e aumentare la tracciabilità dei dati, il controllo degli accessi e monitorare le attività dei dipendenti che hanno accesso ai dati.

E' in corso di approvazione uno specifico regolamento aziendale.

Obiettivo: - Attuare misure di sicurezza digitale

Tempistica: costante

Responsabile: SIA

Indicatore: Descrizione misure adottate

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro 14.11.2025 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

#### e) Gestione del contenzioso

Premesso che l'Azienda non è dotata di Avvocatura interna, la gestione del contenzioso può comportare il rischio di scegliere i professionisti senza preventiva valutazione dei requisiti di professionalità specifica e di assenza di conflitti d'interesse.

Per contrastare il rischio è stato adottato il *“Regolamento per la costituzione dell'elenco aperto di avvocati libero professionisti da utilizzare per il patrocinio e la difesa in giudizio dell'ASST di Bergamo est nonché per la tutela legale dei dipendenti ex CCNL sanità (area dirigenza e comparto)”* approvato con deliberazione n. 952 del 28.10.2016.

E' stata altresì approvata con deliberazione n. 953 del 28.10.2016 la *“Costituzione dell'elenco aperto di medici libero professionisti specialisti in medicina legale e delle assicurazioni - Avviso pubblico”*.

In esito ad avviso pubblico i rispettivi albi sono aggiornati semestralmente e consultabili sul sito internet [www.asst-bergamoest.it](http://www.asst-bergamoest.it) ► Amministrazione trasparente ► Consulenti e Collaboratori unitamente ai curricula.

In caso di assunzione dell'incarico il professionista è tenuto a presentare dichiarazione attestante l'insussistenza di conflitto di interessi (soggetta a pubblicazione).

Obiettivo: verifica dichiarazioni insussistenza conflitto di interesse

Tempistica: costante

Responsabile: SC Affari Generali e Legali

Indicatore: numero di dichiarazioni sul numero degli incarichi

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### f) Collaborazioni professionali esterne

L'art. 7, comma 6 e comma 6 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., consente alle amministrazioni pubbliche, per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, anche in relazione al perseguimento di pubblici interessi, di conferire incarichi individuali ad esperti di particolare e comprovata competenza e specializzazione universitaria, determinando preventivamente durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione.

A tal fine l'Azienda ha disciplinato la materia con apposito "Regolamento per l'attivazione di collaborazioni professionali esterne", sia a titolo oneroso che gratuito.

#### g) Conferimento di incarichi a consulenti

Per quanto riguarda il conferimento di incarichi a consulenti l'art. 53 del d. lgs. 165/2001, come modificato dalla l. 190/2012, prevede che l'amministrazione effettui una verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

Si richiama l'art. 15 del d. lgs. 33/2013 che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

La verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente è coerente con l'art. 2 del DPR 62/2013.

##### Obiettivo:

1) Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" delle dichiarazioni dei consulenti e collaboratori relative allo svolgimento di altri incarichi e di assenza di conflitto di interessi.

2) verifica dichiarazioni insussistenza conflitto di interesse con pubblicazione dell'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi per gli incarichi conferiti a cura del Responsabile che conferisce l'incarico

##### Tempistica:

1) Costante

2) Verifica costante con trasmissione a RPCT e pubblicazione annuale della attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi per gli incarichi conferiti

Responsabile: SC Affari Generali e Legali - SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – SC Gestione Acquisti e Logistica

Indicatore: Pubblicazione 100% dichiarazioni

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### h) Albo per docenti/relatori/tutor

Con Procedura FAG PS 6.2 001 Rev 1 (settembre 2024), l'Azienda ha disciplinato le modalità di conferimento degli incarichi di docenza per le attività di formazione realizzate dall'Azienda stessa, finalizzate a garantire

una maggiore qualità della formazione e a rispondere a esigenze di trasparenza e d'informazione sulle opportunità di accesso alle attività di docenza, nonché il rispetto di quanto previsto dall'art. 7, commi 6 e 6 bis, del d. lgs. 165/2001 e smi in relazione al conferimento degli incarichi di lavoro autonomo.

L'Azienda si riserva infine il ricorso al conferimento d'incarichi ad agenzie formative esterne per l'acquisizione di pacchetti formativi e/o servizi, particolarmente qualificati in ambito formativo o nel caso l'intervento formativo rappresenti una fase programmata all'interno di un più ampio processo di intervento/miglioramento organizzativo, dove l'agenzia risulti già incaricata e/o di competenza esclusiva. Il conferimento di tali incarichi viene effettuato nel rispetto del Codice degli appalti pubblici.

Obiettivo:

- 1) Verifica requisiti degli iscritti all'Albo docenti/relatori/tutor
- 2) Verifica sul rispetto del criterio della rotazione
- 3) pubblicazione Albo docenti in amministrazione trasparente – Altri contenuti

Tempistica: Costante

Responsabile: SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: 1) nr. Iscritti/nr. verifiche 2) 100% rispetto principio della rotazione 3) pubblicazione

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Tra gli obiettivi strategici del presente piano è prevista l'incremento della Trasparenza attraverso la pubblicazione dell'albo docenti in Amministrazione Trasparente.

Obiettivo: Pubblicazione Albo Docenti in Amministrazione Trasparente

Tempistica: entro 14/11/2025

Responsabile: SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: pubblicazione in Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Dati Ulteriori

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14/11/2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### i) Decessi in ambito ospedaliero: cointeressenza dei dipendenti verso determinati fornitori di servizi

Il rischio che si può configurare nel processo di gestione dei decessi ospedalieri è regolamentato dal Codice di comportamento aziendale.

Inoltre sono stati adottati: il "Protocollo Gestione ospedaliera decessi" (PT\_DIRSA\_0062 rev.0 febbraio 2022), il PT\_DIRMC\_003\_Rev 0 (aprile 2021) oltre che, per ciascun Ospedale, la "Procedura Modalità di gestione delle proprietà del paziente" PT DIRSA 0064 Rev. 0 (giugno 2022).

Il piano d'azione previsto e attuato dalle Direzioni mediche per contenere il rischio corruttivo consiste nella sensibilizzazione al personale delle degenze da parte della Coordinatrice durante le riunioni periodiche di Reparto – con invio del verbale della riunione alla Direzione Medica (Obbligo di riservatezza; - NON intrattenere alcun tipo di rapporto con i titolari o funzionari di Imprese Funebri; - Invitare i funzionari o titolari ad allontanarsi, potendo rimanere solo il tempo strettamente necessario allo svolgimento dei servizi connessi

al funerale; - NON dare mai indicazioni ai familiari, neppure se richiesti; - NON accettare alcuna ricompensa, nel modo più assoluto, né dai familiari né dalle Imprese).

Si ritiene opportuno verificare un'eventuale eccessiva concentrazione verso la stessa impresa di pompe funebri e raccogliere segnalazioni ricevute da utenti e/o Dirigenti medici responsabili per verificare eventuali pressioni ricevute da parte di utenti e/o operatori della camera funebre in merito alla scelta dell'impresa funebre.

Obiettivo:

- 1) Sensibilizzazione al personale delle degenze.
- 2) Check list di tracciamento dei beni fino alla camera mortuaria.
- 3) Verificare eventuali eccessive richieste alla medesima impresa funebre.
- 4) Raccogliere segnalazioni ricevute da utenti e/o Dirigenti medici responsabili.

Tempistica: Punti 1) e 2) costante

Punti 3) e 4) annuale

Responsabile: Direzioni Mediche di Presidio

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

## I) Liste di attesa

ORAC nel corso del secondo semestre 2024, con riferimento alle Liste di Attesa, ha consultato e coinvolto soggetti istituzionali e gestionali a vari livelli, tra cui rappresentanti delle ASST e ATS regionali, dirigenti di strutture ospedaliere, nonché specialisti e professionisti del settore, al fine di identificare sia le principali cause delle dilazioni temporali, sia le leve strategiche su cui poter agire per migliorare l'efficienza del sistema. L'attività dell'Organismo è confluita nella Deliberazione ORAC n. 11/2024 ed alla luce delle raccomandazioni formulate, e ha ritenuto opportuno che nel corso del 2025 si vigili sull'osservanza delle stesse (Piano ORAC 2025).

Il Piano Attuativo Aziendale (PAA) individua le linee di attività ritenute prioritarie per il contenimento dei tempi di attesa, tenendo conto delle indicazioni regionali e di ATS. Per l'anno 2024, il recepimento dei volumi delle prestazioni di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale elaborate e condivise, definite nel piano operativo trasmesso in Regione Lombardia e approvato dalla stessa, in attuazione della DGR n.XII/2224 del 22/04/2024 ha rappresentato il PAA 2024.

E' in fase di definizione il PAA 2025.

L'Azienda ha adottato la procedura PG 7.5 014 Rev 8 revisionata in data 7 aprile 2022 "Gestione Lista d'attesa di ricovero e ambulatoriali (BIC/BOCA e MAC)"; è in corso di revisione in recepimento delle indicazioni regionali in materia indicate nella DGR 3720 del 30/12/2024.

Con deliberazione n. 172 del 17/02/2022 è stato istituito il "Gruppo di lavoro finalizzato alla gestione delle liste d'attesa per i ricoveri chirurgici per il raggiungimento degli obiettivi regionali dell'ASST Bergamo Est per l'anno 2022".

E' attivo il monitoraggio dei tempi d'attesa mensile tramite piattaforma SMAF, per il 2025 è previsto un aggiornamento del tracciato.

Le agende risultano tutte esposte alla rete di prenotazione regionale.

I tempi delle liste d'attesa sono pubblicati in Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati – Liste d'attesa.

Obiettivo: 1) allineamento delle modalità operative con le procedure regolamentari aziendali e la normativa di riferimento.

2) Implementazione del software gestionale

3) Vigilare su osservanza raccomandazioni ORAC deliberazione n. 11/2024

Tempistica: semestrale

Responsabile: 1) Direzioni Mediche di Presidio

2) Direzione Sanitaria – SIA (per i rispettivi ambiti di competenza)

3) Direzione Sanitaria

Indicatore: Fatto/Non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### m) Attività libero professionale

Per attività libero-professionale intramuraria dei Dirigenti Medici, Veterinari e delle altre professionalità del ruolo sanitario s'intende l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, svolge al di fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi compresa l'attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di ospedalizzazione a ciclo diurno e di ricovero ordinario, nelle strutture ospedaliere e territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso ovvero di assicurazioni o di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

ORAC con delibera n. 18 del 21 dicembre 2020 "Approvazione della relazione finale dell'obiettivo 9 del Piano annuale di attività 2020 avente ad oggetto "Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. a), l.r. 13/2018. Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa" prevede che il processo di gestione del rischio, sia applicato con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

L'Azienda è dotata di una Regolamentazione dell'attività libero professionale intramuraria (da ultimo modificato con delibera n. 170 del 26-02-18) al fine di introdurre la funzione di monitoraggio trimestrale sull'andamento delle liste d'attesa per prestazioni istituzionali ed in ALPI e l'invio dei monitoraggi trimestrali alle strutture regionali preposte nonché per introdurre la rigida separazione del tempo/uomo dedicato alla libera professione intramuraria (timbratura causalizzata) sulla base delle indicazioni pervenute da Regione Lombardia adottate a seguito della relazione del Comitato dei Controlli regionale.

E' disponibile presso la Direzione Sanitaria il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF per le prestazioni previste dal PNGLA - Sono state inoltre condotte delle verifiche a campione su determinate tipologie di visite/prestazioni in coerenza con l'offerta ambulatoriale SSN.

Obiettivo: Monitoraggio attività libero professionale

Tempistica: trimestrale

Responsabile: Direzione Sanitaria

Indicatore: verifica del rispetto dei volumi (PNGLA) - percentuale attività libero professionale/attività ordinaria

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

E' in corso la revisione del regolamento i cui i criteri sono oggetto di contrattazione integrativa con le OO.SS. della dirigenza.

L'aggiornamento dovrà essere allineato alle raccomandazioni ORAC di cui alla Delibera n. 18 del 21 dicembre 2020.

Obiettivo: Revisione del regolamento aziendale Libera Professione alle raccomandazioni ORAC di cui alla Delibera n. 18 del 21 dicembre 2020

Tempistica: 14/11/2025

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14/11/2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### n) Informatori scientifici

L'attività svolta dagli informatori scientifici all'interno dell'Azienda si presta ai seguenti rischi corruttivi: esposizione/divulgazione di materiale pubblicitario a favore di società commerciali; regalie da parte degli informatori e/o distribuzione farmaci; vantaggi economici in cambio di prescrizioni.

Obiettivo: Monitoraggio accessi informatori scientifici

Tempistica: 14/11/2025

Responsabile: Direzioni Mediche di Presidio e Polo Territoriale (distretti, consultori, Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze)

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14/11/2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### o) Procedure concorsuali

L'Azienda aderisce alle indicazioni di Orac relative all'espletamento delle procedure concorsuali in scadenze molto ravvicinate, e/o prossime a importanti festività o periodi feriali.

Si prevede di esplicitare tra le materie oggetto d'esame delle procedure concorsuali riferite a profili amministrativi/tecnici, le disposizioni normative vigenti relative alla prevenzione della corruzione, nonché alla conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013).

Obiettivo: Predisposizione dei bandi con inserimento nelle materie d'esame di riferimenti in materia di Legge n. 190/2012 e conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 62/2013)

Tempistica: costante

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: numero avvisi/bandi riportanti tra materie oggetto d'esame le disposizioni normative vigenti ex l. 190/2012 e del DPR 62/2013

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Per quanto attiene le procedure per assunzioni temporanee e conferimento incarichi art. 15 septies D.lgs 502/92, è stato adottato il regolamento interno volto a ridurre gli ambiti di discrezionalità (delibera n. 1157 del 24.12.2019).

L'Azienda con deliberazione n. 770 del 29/07/2021 ha adottato il Regolamento concernente le procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali e le procedure di valutazione - Dirigenza area sanità nonché per la Dirigenza PTA la deliberazione n. 889 del 15.09.22 pari oggetto.

#### p) Sponsorizzazioni per eventi formativi

Per una maggiore trasparenza dei rapporti tra aziende e Servizio Sanitario Regionale è risultata necessaria una specifica regolamentazione che disciplinasse alcuni aspetti relativi alla promozione o al finanziamento di iniziative formative da parte di enti privati (soggetti e aziende private, incluse quelle farmaceutiche e produttrici di dispositivi sanitari). L'Azienda ha quindi adottato il "*Regolamento aziendale per la partecipazione a eventi formativi sponsorizzati esterni all'Azienda in qualità di discente/uditore*" (approvato con delibera n. 582 del 29/06/2018).

Successivamente la Direzione Generale – Welfare di Regione Lombardia ha emanato le "*Linee guida in materia di sponsorizzazioni*" nell'ambito della formazione (gennaio 2019).

L'applicazione delle indicazioni contenute nelle linee guida regionali, e la modulistica proposta, sia per quanto riguarda i contratti di sponsorizzazione che le dichiarazioni di assenza conflitto di interesse, è stata recepita dall'Ufficio Regionale ECM e pubblicata nell'area dedicata della Piattaforma regionale di accreditamento e utilizzata di prassi da questa Azienda.

Obiettivo: Trasparenza

Tempistica: costante

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: Pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei contratti di sponsorizzazione

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### q) Sponsorizzazioni - Donazioni

L'Azienda ha disciplinato le cd. sponsorizzazioni, le donazioni, le erogazioni liberali, la costituzione e gestione di rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e in conto visione, quali forme di collaborazione pubblico - privato, con l'intento di fissare sintetiche regole generali a presidio della trasparenza e correttezza

dell'azione amministrativa. Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 l'Asst Bergamo Est ha rettificato il Regolamento, per la necessità di snellire l'iter per l'autorizzazione all'ingresso in Azienda dei beni in comodato d'uso, dei beni in conto visione e per l'accettazione di donazioni di beni mobili, assegnando la competenza per il rilascio del parere conclusivo al Direttore della Direzione Medica di Presidio interessato e non più al Direttore Sanitario. Il regolamento aziendale e la relativa modulistica è pubblicato sul sito web istituzionale.

Obiettivo: Trasparenza

Tempistica: costante

Responsabile: SC Affari Generali e Legali, SC acquisti e Logistica, SC Bilancio

Indicatore: Pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei contratti di sponsorizzazione

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### r) Sperimentazioni

Con Deliberazione n. XI/6726 del 25/07/2022 la Giunta Regionale ha ridisegnato l'organizzazione dei Comitati Etici della Regione Lombardia. La segreteria afferente (attualmente assegnata alla SC Affari Generali e Legali) tiene i contatti con il Comitato Etico di Bergamo (CE).

Le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse tra il Promotore (Sponsor) e il Responsabile aziendale della Sperimentazione sono raccolte dal CE che ha espresso parere favorevole alla sperimentazione/studio clinico.

#### s) Rifiuti sanitari

Secondo quanto riporta il PNA 2018 il settore della gestione dei rifiuti si presenta caratterizzato da particolare complessità normativa e organizzativa in conseguenza della varietà dei livelli istituzionali coinvolti e della intrinseca difficoltà tecnica della disciplina giuridica. Il coinvolgimento e il ruolo svolto dai privati all'interno della filiera hanno una rilevanza economica notevole e gli eventi corruttivi legati al settore dei rifiuti emergono a livello nazionale frequentemente.

Obiettivo: Monitoraggio corretta applicazione della procedura gestione rifiuti

Tempistica: costante

Responsabile: Igiene Ospedaliera / Direzioni Mediche di Presidio

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14.11.2025 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### t) PanFlu – Piano operativo di contrasto a eventuali emergenze pandemiche

Con deliberazione n. 165 del 23/02/2023 l'Azienda ha adottato il "Piano Strategico-Operativo Locale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021/2023)", declinato per le attività previste dal Polo ospedaliero e dal Polo territoriale della ASST Bergamo Est. Il documento rappresenta un piano

operativo locale per prepararsi correttamente di fronte a una situazione che richieda una risposta sanitaria rapida ed eccezionale definendo le responsabilità e le modalità di gestione.

#### u) Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile - Stakeholder

Il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza è particolarmente importante in relazione alla prevenzione della corruzione ed all'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi. L'Azienda promuove azioni di sensibilizzazione volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e per la promozione della cultura della legalità, attivando anche canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di cattiva amministrazione (inclusi i principali social forum). In questo contesto il ruolo chiave può essere svolto anche dall'U.R.P., interfaccia d'elezione con la cittadinanza, per portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

- Sul sito web ► Amministrazione Trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza, è stato pubblicata l'informativa, con apposito modulo, per trasmettere al RPCT eventuali osservazioni, indicazioni e suggerimenti di potenziamento delle misure anticorruptive.
- E' stato attivato e pubblicato sul sito web aziendale un contenuto volto a promuovere la cultura della legalità Informazioni ► Ufficio Relazioni con il Pubblico ► Trasparenza e Anticorruzione

Obiettivo: Mantenimento di misure di sensibilizzazione della cittadinanza con costante aggiornamento del sito web – Pubblicare il gradimento dei visitatori del sito web anche con la rilevazione degli accessi.

Tempistica: costante

Responsabile: Comunicazione aziendale e relazioni esterne istituzionali

Indicatore: canali attivi; reporting sul questionario

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

### 2.3.8 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Attraverso la mappatura del trattamento dei rischi l'Azienda si pone l'obiettivo di monitorare i rischi corruttivi collegati ai processi, attuando i piani d'azione in essi previsti. L'Azienda stabilisce delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall'analisi della ponderazione (Livello di rischio). Pertanto ciascun Responsabile di Struttura attua i piani d'azione previsti nella mappatura dei rischi secondo la tempistica in esso indicata seguendo l'ordine di priorità. In ogni caso vanno presidiati i processi che prevedono un rischio alto e/o medio.

Lo scopo è avere un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo, che renda la predisposizione del PIAO – Rischi corruttivi e trasparenza un processo sostanziale e non meramente formale. I processi possono essere sottoposti a modifiche e integrazioni, in particolare in ordine alle nuove esigenze emerse a seguito dell'emergenza sanitaria, al PNRR e al nuovo assetto organizzativo previsto dal POAS.

L'attività di monitoraggio dell'attuazione del presente Piano è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei **Dirigenti**, individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione, trattamento del rischio e anche del controllo di primo livello, con il supporto dei referenti per la prevenzione.

Considerata la numerosità e complessità dei processi previsti nella mappatura allagata al Piano, di norma, il

RPCT richiede ai Responsabili di struttura un monitoraggio di primo livello in autovalutazione, con il riferimento alle evidenze documentali relative all'effettiva adozione delle misure.

Tutta la documentazione a supporto del debito informativo (documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta) dovrà essere resa disponibile al RPCT a richiesta.

Il monitoraggio di secondo livello in capo al RPCT - in considerazione della numerosità e complessità dei processi e in vista della graduale valutazione del rischio richiesta da Anac (PNA 2019) - terrà conto di quelle misure di carattere generale che il RPCT riterrà opportuno verificare per la rilevanza anticorruptiva che rivestono (così come indicate all'interno del presente Piano).

Il RPCT, può individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di controllo (nello specifico priorità medio/alta – media). Potranno essere oggetto di verifica da parte del RPCT anche quei processi ritenuti dai Responsabili di struttura con rischio trascurabile.

**Obiettivo: Monitoraggio dei processi previsti nella mappatura del trattamento dei rischi (allegato n. 2 del presente Piano)**

1) ATTUAZIONE PIANI D'AZIONE PREVISTI NELLA MAPPATURA DEL RISCHIO

2) MONITORAGGIO DELLE MISURE GIA' IN ESSERE

Tempistica: Prevista nella mappatura del rischio

Responsabile: TUTTE LE UU.OO. ciascuna per i propri processi

Indicatore: Previsto nella mappatura del rischio CON EVIDENZA DEI CONTROLLI.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

Di seguito i monitoraggi svolti: MONITORAGGIO MISURE PREVISTE NEL PIANO E MAPPATURA DEI RISCHI: tramite la raccolta da parte del RPCT dell'esito delle misure previste nel Piano anticorruzione, nonché nella mappatura dei rischi, compilate in autovalutazione da ciascun Responsabile di Struttura. È finalizzata a verificare la compliance da parte delle unità organizzative aziendale ai contenuti del PIAO.

MONITORAGGIO ACQUISTI IN ESCLUSIVA A CURA SC ACQUISTI E LOGISTICA invio del report al RPCT (Il Regolamento aziendale sugli acquisti in esclusiva, approvato con delibera n. 668 del 7/10/2024, prevede una rendicontazione sintetica in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta). MONITORAGGIO AFFIDAMENTI DIRETTI A CURA CONTROLLO DI GESTIONE e invio dati a RPCT (Come previsto dal Regolamento aziendale aggiornato con deliberazione n.668 del 7/10/2024, gli Ordinatori di Spesa in collaborazione con la SS Controllo di Gestione devono monitorare l'andamento di tutti gli affidamenti diretti per gli acquisti di beni e servizi inferiori ad Euro 140.000 IVA esclusa, nonché l'incidenza in percentuale del valore degli acquisti "in economia" rispetto al valore totale degli acquisti di beni e servizi); e a cura della SC FARMACIA che trasmette un report mensile a DA, DS, responsabile SC Acquisti E Logistica, RPCT e responsabile Controllo di Gestione.

- MONITORAGGIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A CURA DIREZIONE SANITARIA: E' disponibile presso gli uffici del Coordinamento delle attività istituzionali ed erogative nell'ambito della Direzione Sanitaria, il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF.

I risultati dell'attività svolta, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 ss.mm.ii, vengono raccolti annualmente dal RPCT in una relazione che viene trasmessa all'organismo indipendente di valutazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) e pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni

fornite dall'ANAC.

Supporto al monitoraggio è fornito dall'**Internal Auditing** (IA) che all'interno dei Piani di audit prevede attività che includono rischi corruttivi. Si rileva che l'attività di audit ha dato seguito ad azioni migliorative, tra cui l'aggiornamento delle procedure/regolamenti aziendali qualora necessario.

L'ASST nel corso del 2024 ha risposto ai seguenti questionari/monitoraggi ORAC:

- Ob. 4 PdA 2024 ORAC "Sistema controlli interno" – Monitoraggio dello stato di adempimento delle raccomandazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.
- Obiettivo 3D PdA 2024 ORAC "Garanzie Fideiussorie" – Monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.
- Ob. 10 PdA 2024 ORAC "RETE IA" – Monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.
- Ob. 1 PdA 2024 Orac- Monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo;

Di seguito i regolamenti aziendali che sono stati adottati nel corso del 2024:

Regolamento commissione per l'attribuzione dell'indennità di rischio radiologico (approvato con delibera 906 del 19/12/2024)

Regolamento per il funzionamento del comitato di coordinamento dei controlli dell'ASST Bergamo EST (approvato con delibera 879 del 10/12/2024)

Regolamento sull'istituto del patrocinio legale a favore dei dipendenti dell'ASST Bergamo EST (approvato con delibera n. 835 del 20/11/2024)

Regolamento per attività formative degli iscritti alle scuole di specializzazione della facoltà di Medicina e Chirurgia (approvato con delibera N. 722 del 21/10/2024);

Aggiornamento del Regolamento Aziendale per le procedure ordinarie e per l'affidamento di Contratti Pubblici per la fornitura di beni, la prestazione di servizi e l'esecuzione dei lavori di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria, approvato con le deliberazioni n. 565 del 13.06.2017 e n. 1154 del 24.12.2019 (approvato con delibera 668 del 7/10/2024)

Regolamento aziendale per la concessione del patrocinio e utilizzo del logo (approvato con delibera N.506 del 31/07/2024);

Regolamento incentivi per attività tecniche, attività connesse al PNRR (approvato con delibera N. 449 del 12/07/2024);

Regolamento aziendale per il funzionamento dipartimenti aziendali (approvato con delibera N.438 del 11/07/2024);

Regolamento aziendale sulla disciplina degli incarichi - Comparto Sanità (approvato con delibera N. 9 del 15/01/2024);

### 2.3.9 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. E' intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'ASST assicura la trasparenza delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività attraverso la loro pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente", secondo criteri

di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, pur nel rispetto delle disposizioni normative in materia di segretezza e riservatezza.

La corretta implementazione del sistema e il suo costante aggiornamento, consente il puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della ASST.

Nel corso dell'anno 2025 si dovrà proseguire ad implementare **l'informatizzazione del flusso per la pubblicazione** dei dati.

L'ASST provvede ad aggiornare alcune Sottosezioni contenute in "Amministrazione Trasparente" alimentandole attraverso flussi informatizzati di dati, proseguendo l'attivazione dei canali da Civilia (sw delibere/determine) ad "Amministrazione Trasparente"

A tale fine il SIA ha il compito di fornire indicazioni operative alle UUOO interessate alla pubblicazione; riordinare i flussi di pubblicazione per rendere fruibile la consultazione di amministrazione trasparente (es. pubblicazioni tramite diverse softwarehouse).

Obiettivo:

- 1) Proseguire con l'attivazione dei canali nella nuova "Amministrazione Trasparente" e formazione alle UUOO interessate alla pubblicazione
- 2) Verificare e riorganizzare la pubblicazione in amministrazione trasparente (esempio bandi di gara e contratti)

Tempistica: 14.11.2025

Responsabile: Servizi Informativi Aziendali (SIA)

Indicatore: Pubblicazione dei dati in amministrazione trasparente tramite utilizzo del flusso

Modalità di verifica dell'attuazione: Relazione al RPCT compilata entro il 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

#### [Coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance](#)

Al fine di rafforzare la sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza in una logica di integrazione, si mantiene un **percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance** che traduce la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

Obiettivo: Pubblicazione dati in Amministrazione Trasparente e monitoraggio.

Tempistica: costante e invio griglia al 14.11.2025

Responsabile: TUTTE UU.OO. INTERESSATE DA OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Indicatore: Compilazione griglia inviata da RPCT con indicazione: Pubblicazione, completezza del contenuto, completezza rispetto agli uffici, aggiornamento, apertura formato

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT della griglia compilata al 14.11.2025 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

## Accesso civico

Misura di contrasto alla corruzione ha riguardato l'adozione del "Regolamento Aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato" a seguito dell'introduzione del Freedom of Information ACT (FOIA) di derivazione anglosassone (accesso civico "generalizzato"), ai sensi del quale è permesso a chiunque di chiedere dati o documenti alle amministrazioni a prescindere dalla titolarità di situazioni giuridiche rilevanti.

**Accesso documentale:** accesso disciplinato dal capo V della legge n. 241/1990 che prevede il diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi (accesso conoscitivo art. 22 e ss. L. 241/1990) e la facoltà d'intervenire nel procedimento per i soggetti cui possa derivare un pregiudizio dal procedimento amministrativo (accesso partecipativo art. 9 e 10 L. 241/1990). Competenza delle strutture interessate dall'istanza.

**Accesso civico "semplice":** accesso correlato ai soli atti ed informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione. Comporta il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che l'Azienda abbia omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo (art. 5 c.1 del D. Lgs. n. 33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016). Competenza del RPCT.

**Accesso civico "generalizzato":** sancisce il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti detenuti dall'Azienda ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela d'interessi giuridicamente rilevanti. Persegue il fine 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 (art. 5 c. 2 del D. Lgs. n. 33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016). Competenza delle strutture interessate dall'istanza.

Per ogni forma di accesso è garantito il rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

Il regolamento è pubblicato sul sito web aziendale sezione Homepage > Documentazione Amministrativa e sezione Homepage > Accesso civico e in "Amministrazione Trasparente" unitamente alla modulistica e al registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso), cd. "**Registro degli accessi**", aggiornato con cadenza semestrale.

Obiettivo: raccolta organizzata delle richieste di accesso

Tempistica: aggiornamento semestrale

Responsabile: Dirigenti di struttura - RPCT

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio del report al RPCT con cadenza semestrale al 05.07 e 05.01 di ogni anno.

## Sezione Bandi di gara e contratti

Considerati gli interventi gestiti con risorse del PNRR il RCPT, è prevista l'implementazione e aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente", con l'inserimento della sottosezione "Attuazione misure PNRR" in cui pubblicare gli atti aziendali emanati per l'attuazione delle misure di competenza, come indicato con circolare n. 9 del 10 febbraio 2022 della RGS "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Trasmissione delle Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR".

Il RPCT ha richiesto al Servizio informativo di predisporre in Amministrazione Trasparente la sottosezione "Attuazione misure PNRR" secondo le indicazioni della RGS per consentire la pubblicazione alle Strutture interessate

Obiettivo: Pubblicazione sottosezione "Attuazione misure PNRR" secondo le indicazioni della RGS (circolare n. 9 del 10 febbraio 2022)

Tempistica: immediata

- 1) gestione della predisposizione delle sotto sezioni e gestione dei flussi
- 2) pubblicazione delle informazioni: in tempo reale

Responsabile:

- 1) SIA per la predisposizione della sezione e gestione dei flussi: SIA
- 2) per la pubblicazione: RUP PNRR (SC Gestione Acquisti e Logistica, SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Sistema Informativo Aziendale, SS Formazione)

Indicatore: 100% della pubblicazione

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

## Digitalizzazione

La digitalizzazione è posta quale presidio efficace per assicurare il rispetto della legalità ed evitare fenomeni corruttivi, garantendo la trasparenza, la tracciabilità, la partecipazione e il controllo di tutti i procedimenti.

Una delle novità introdotte dal nuovo Codice degli appalti (d. lgs. n. 36/2023) è la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici, ossia la completa informatizzazione delle procedure di affidamento, in attuazione del PNRR, che pone tra gli obiettivi quello di "definire le modalità per digitalizzare le procedure per tutti gli appalti pubblici e concessioni e definire i requisiti di interoperabilità e interconnettività".

Tutte le stazioni appaltanti devono acquisire la disponibilità di una Piattaforma certificata, anche per gli affidamenti diretti si dovrà acquisire un CIG da indicare per adempiere a tutti gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità.

In particolare, nella deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;

- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;

- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

In adempimento all'allegato 1 delibera di ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, sono stati aggiornati gli obblighi di pubblicazione in "amministrazione trasparente" sottosezione "bandi di gara e contratti. Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle

piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

Obiettivo: Pubblicazione di quanto prevede il PNA 2023 e l'allegato 1 delibera di ANAC n. 264/2023, come modificata e integrata con delibera n. 601/2023 riguardo agli obblighi di pubblicazione in "amministrazione trasparente" sottosezione "bandi di gara e contratti.

Tempistica:

tempistica prevista nell'allegato n. 1 delibera ANAC 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023

Responsabile: Ordinatori di spesa – SIA – Comunicazione aziendale e relazioni esterne istituzionali

Indicatore: 100% della pubblicazione

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 14.11.2025 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

### Tempi procedurali

I risultati del monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali non sono più soggetti a pubblicazione obbligatoria per intervenuta abrogazione dell'art.24 del D.lgs. 14 marzo 2013 n.33, ai sensi del D.lgs. 25 maggio 2016 n. 97.

### Monitoraggio di Amministrazione trasparente

Particolare attenzione è stata posta alla verifica degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza. L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione (ex art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) viene svolta attraverso il monitoraggio da parte del RPCT tra quanto pubblicato e quanto previsto dalla legge. Oltre alla verifica svolta annualmente dal Nucleo di valutazione secondo le indicazioni di Anac.

I Responsabili di Struttura, competenti alla produzione del dato (secondo la griglia ANAC), attestano con cadenza annuale il corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n. 33/2013 smi, da acquisire agli atti e a valere in occasione delle verifiche di competenza del NVP.

Vengono svolti monitoraggi semestrali a cura del RPCT in cui verifica lo stato di pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale e segnala agli Uffici eventuali inadempimenti e/o ritardi.

Il monitoraggio di Amministrazione Trasparente è svolto anche dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST di Bergamo Est, che ha verificato l'assolvimento 31/05/2024 degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalla normativa vigente (come da deliberazione ANAC n. 213 del 25/04/2024 con ad oggetto: "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell'Autorità").

Le attestazioni sono pubblicate in Amministrazione trasparente / Controlli e rilievi sull'amministrazione / Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe.

A seguito di monitoraggio il RPCT segnala agli Uffici gli eventuali inadempimenti e/o ritardi.

## Conclusione

La presente sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, prima della sua adozione viene sottoposta al NVP, quindi pubblicata quale parte integrante del PIAO sul sito internet [www.asst-bergamoest.it](http://www.asst-bergamoest.it)  
► Amministrazione trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza.

## Sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano

### 3.1 - Struttura organizzativa

Con DGR n. XII/3348 del 11/11/2024 la Giunta Regionale ha approvato l'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024 proposto con deliberazione n. 518 del 01.08.2024 dal Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est, ai sensi dell'articolo 17, c. 4, della legge regionale n. 33/2009 e s.m.i.

L'organizzazione complessiva dell'ASST è stata definita secondo un modello a matrice che incrocia la classica responsabilità di struttura verticale con una visione orizzontale per "processi".

Tale modello a matrice è agito attraverso una fitta rete di relazioni funzionali trasversali, al fine di:

- realizzare il nuovo modello sociosanitario, che presuppone l'integrazione a tutti i livelli dell'organizzazione per la presa in carico integrata dei cittadini e dei loro bisogni sanitari, sociosanitari e sociali.
- garantire omogeneità dei percorsi e medesima efficacia, tempestività e appropriatezza delle risposte ai bisogni dell'utenza, considerato il vasto bacino territoriale di riferimento.

L'articolazione dell'ASST in due distinti poli, Ospedaliero e Territoriale, rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, anche in raccordo con i servizi esterni alla stessa ASST.

L'organizzazione complessiva dell'ASST è basata su Dipartimenti e Distretti con le nuove strutture afferenti (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali).

Considerata la rete geografica dell'ASST Bergamo Est, il nodo cardine dell'organizzazione a matrice è rappresentato anche dai Presidi (Ospedali), ai fini della massima efficienza nell'utilizzo delle risorse (umane, tecnologiche, logistiche).

Le relazioni funzionali delle diverse componenti di area sanitaria, sociosanitaria e amministrativa presidiano il carattere di trasversalità dei processi decisionali, gestionali ed organizzativi.

Le relazioni funzionali si esplicano innanzitutto a livello delle Direzioni Sanitaria, Sociosanitaria e Amministrativa, al fine di realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche e si avvalgono, allo scopo, delle strutture di staff e/o con articolazioni specifiche afferenti gerarchicamente ad altra Direzione o Dipartimento o Struttura Complessa.

Relazioni funzionali si realizzano a livello intra dipartimentale e intradistrettuale, interdipartimentale e interdistrettuale ovvero a livello interaziendale.

Per quanto attiene il livello intraziendale ogni Direttore di Dipartimento/Distretto si relaziona funzionalmente con i Direttori di Presidio (Ospedale), con i Direttori degli altri Dipartimenti/Distretti e con i Direttori/Responsabili delle strutture di staff.

A livello interaziendale il Dipartimento delle Cure Primarie si relaziona funzionalmente con il Dipartimento Cure Primarie di ATS, così come il Dipartimento Funzionale di Prevenzione si relaziona con il Dipartimento di Prevenzione di ATS.

Sono inoltre previste relazioni funzionali di strutture aziendali con Dipartimenti Funzionali Provinciali.

L'organizzazione di ASST Bergamo Est è dettagliata nell'organigramma contenuto nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 approvato (**Allegato 4**).

## 3.2 - Organizzazione del lavoro agile

Nel contesto aziendale l'innovazione tecnologica rappresenta una necessità ed un'opportunità a cui prestare attenzione sul versante dell'applicazione di nuovi e alternativi modelli di impiego e valorizzazione delle risorse umane. In questa prospettiva si colloca in modo funzionale, anche rispetto all'ordinamento del personale delle Aziende Pubbliche, il lavoro agile come azione positiva e strumento di cambiamento da sviluppare e contestualizzare al meglio anche rispetto alle potenzialità che è in grado di esprimere rispetto alle misure di conciliazione vita e lavoro.

L'ASST Bergamo Est, con l'adozione del Regolamento sul lavoro agile - deliberazione nr 1139 del 23/12/2019 -, ha inteso perseguire in concreto una serie di azioni da offrire al proprio personale dipendente per cercare di coniugare le esigenze familiari e personali in termini di miglioramento della qualità della vita, con quelle sempre più crescenti della Pubblica Amministrazione di razionalizzare i costi di gestione, logistici e strutturali.

La diffusione di modelli che conciliano i tempi del lavoro con quelli della famiglia sono utili non solo al miglioramento della qualità della vita del lavoratore ma anche come potenziamento del sistema informale di protezione in sinergia ai programmi di sviluppo della rete di cura e del prendersi cura, nella logica di consentire all'Azienda un miglioramento sotto il profilo qualitativo e di economia delle risorse da liberare per nuovi servizi sanitari e socio sanitari.

L'idea fondamentale è il miglioramento della salute dei cittadini attraverso la valorizzazione di tutte le componenti e di tutte le risorse anzitutto interne.

Il Regolamento sul lavoro agile, che l'Azienda ha redatto in condivisione con le OO.SS., il CUG e l'Organismo Paritetico per l'Innovazione, è coerente con quanto previsto dalla Legge 81/2017, dall'art. 24 della Legge 124/2015 e dalla Direttiva n. 3/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri "Linee Guida in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro".

A partire da marzo 2020, a seguito dell'espandersi dell'emergenza sanitaria COVID, il lavoro agile, superato il regime sperimentale previsto dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, diventa, in virtù dell'articolo 87, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, una modalità di lavoro ordinaria estesa, lavoro agile c.d. "emergenziale", come misura di distanziamento sociale, al maggior numero possibile di dipendenti, anche in deroga alle discipline vigenti.

Il lavoro agile, terminato lo stato di emergenza, trova ora la sua disciplina nella contrattazione collettiva interessando le tre Aree: Comparto, Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Professionale, Tecnico ed Amministrativa con specifica previsione nei CC.CC.NN.LL. 2019-2021.

Questo chiaro segnale della volontà pattizia di introdurre l'istituto e mantenerlo anche dopo la fase di ricorso massiccio al così detto «lavoro agile emergenziale» si coniuga con la volontà Aziendale di considerare il lavoro agile come una delle possibilità di gestione della prestazione lavorativa.

L'ASST Bergamo Est, alla luce dell'esperienza maturata durante il periodo dell'emergenza e dalla rivalutazione dello lavoro agile da parte di alcuni Responsabili, nonché alla previsione contrattuale, ha inteso procedere alla revisione del vigente Regolamento con una nuova mappatura delle attività

espletabili con il lavoro agile e, con l'adeguamento alla recente normativa e alle previsioni contenute nei CC.CC.NN. LL. delle diverse aree contrattuali.

Il Regolamento risulta essere in fase di approvazione.

L'ASST Bergamo Est, con l'obiettivo di favorire l'accesso a tale modalità di lavoro, intende superare la procedura di mappatura preventiva delle attività espletabili con lavoro agile, rimettendo la valutazione della singola tipologia in campo al singolo Direttore/Responsabile che dovrà attestare la compatibilità con e le esigenze di servizio della struttura, l'assenza di una diminuzione di produttività, sia in termini di quantità che qualità del lavoro svolto, il rispetto delle scadenze previste e la non sussistenza di situazioni di lavoro arretrato.

Nei prossimi anni, valutati i dati di adesione e le informazioni raccolte, sarà possibile valutare iniziative e interventi utili al fine di promuovere e incentivare il lavoro agile in termini di investimenti tecnologici, iniziative di formazione, revisione delle procedure aziendali.

Tali attività riguarderanno in particolare:

- ✓ la realizzazione di iniziative di formazione per i dirigenti finalizzate a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile;
- ✓ la realizzazione di iniziative di formazione per i dipendenti che comprendano l'aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza;
- ✓ l'eventuale adeguamento/aggiornamento delle procedure connesse al sistema di misurazione e valutazione delle performance al fine di valutare l'inserimento di specifiche per tale modalità di lavoro in particolare in relazione alla performance individuale.

### 3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale

#### 3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

#### DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA AL 31/12/2024

fonte: - DGR XII/2545 del 17/06/2024 "Approvazione PTFP 2024 - 2026 dell'ASST BG EST"

DO 2024	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	di cui presso				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area potenziamento	Dipartimento salute mentale	Cure primarie	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
		di cui pronto soccorso	tempa ultrarapida, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	387	49	45	92	90	10	2	10	49	0	3	17	91	478
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	19	0	0	1	0	0	0	0	32	0	0	15	47	66
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6
DIRIGENZA TECNICA	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	12
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>425</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>93</b>	<b>90</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>81</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>145</b>	<b>570</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFc)	939	145	129	260	155	9	18	6	111	0	0	29	173	1.112
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFc)	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	100
OSTETRICA	73	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17	95
PERSONALE TECNICO SANITARIO	145	3	0	9	0	0	0	0	3	0	0	0	3	148
ASSISTENTI SANITARI	0	0	0	0	0	0	0	22	0	0	0	0	22	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40	0	0	4	0	2	4	0	57	0	0	6	69	117
ASSISTENTI SOCIALI	0	0	0	0	0	11	0	0	18	0	0	10	39	39
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	169	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	1	170
OTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OSP	255	51	23	79	55	36	3	0	37	0	0	0	76	331
AUXILIARI	38	1	2	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	38
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	232	6	0	3	10	38	2	1	4	0	8	53	106	338
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.964</b>	<b>212</b>	<b>154</b>	<b>361</b>	<b>258</b>	<b>196</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>230</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>116</b>	<b>686</b>	<b>2.510</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.329</b>	<b>261</b>	<b>199</b>	<b>454</b>	<b>318</b>	<b>207</b>	<b>29</b>	<b>39</b>	<b>311</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>154</b>	<b>751</b>	<b>3.089</b>

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale, di seguito PTFP, è lo strumento strategico, programmatico, flessibile e rimodulabile annualmente, per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento del costo del personale.

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui necessita l'Azienda, si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

L'Azienda attua, infatti, un'allocazione delle risorse nelle diverse articolazioni previste nel POAS, che può essere aggiornata in considerazione di nuove attività e servizi nonché di esigenze legate a momenti emergenziali non prevedibili.

La nota difficoltà a reperire risorse umane amplifica ancora di più una attenta e puntuale programmazione e distribuzione delle stesse al fine di garantire i servizi

### 3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.

Il PTFP riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Azienda;
- il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale assegnato;
- la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, che include anche il personale previsto nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Il PTFP deve pertanto essere proposto alla DG Welfare di Regione Lombardia nel rispetto delle risorse assegnate per l'anno di riferimento e agli eventuali incrementi dei costi ed FTE del personale dipendente deve corrispondere una diminuzione dello stesso valore del personale non strutturato, sia in termini di costi che FTE.

#### **PTFP 2025 – 2027**

Nelle Regole di Sistema 2025, di cui alla DGR XII/3720 del 30/12/2024, contenenti gli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge regionale n. 22/02021, del PNRR e del

potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri, al capitolo 10 – Personale sezione 10.6.4 Piano Triennale dei fabbisogni di personale si legge:

*“Il PTFP 2025/2027 contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi. La proposta dovrà 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. Le modalità per la presentazione saranno definite con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare. La DG Welfare, nell’ambito dei programmi strategici avviati e che intende avviare, riconosce anche l’importante e fondamentale ruolo svolto e garantito sia dall’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza – AREU (ex art. 16 della L.R. 33/2009) sia dall’Agenzia di Controllo del Sistema Socio-sanitario Lombardo – ACSS (ex art. 11 della L.R. 33/2009).”*

**Tenuto conto di quanto sopra la presente sezione del PIAO verrà integrata successivamente con il PTFP 2025 - 2027 approvato da Regione Lombardia.**

La **Dotazione Organica anno 2025** che verrà elaborata dovrà in ogni modo tener conto degli **obiettivi generali e specifici di cui al paragrafo 2.1.1** nonché dei seguenti **obiettivi di valore pubblico** tra quelli esplicitati nella **Sezione 2.1.4**:

- **migliorare l'offerta ospedaliera - vocazione ospedali**
- **presa in carico del paziente cronico e fragile**

### 3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

La copertura del fabbisogno del personale prevede il ricorso alle seguenti procedure:

- ✓ mobilità interna tra dipartimenti e strutture;
- ✓ riqualificazione funzionale (tramite formazione e/o percorsi di affiancamento)
- ✓ mobilità esterna in/out o altre forme di assegnazione temporanea di personale tra PPAA (comandi e distacchi);
- ✓ soluzioni esterne dell’amministrazione (incarichi di lavoro autonomo, somministrazione lavoro, convenzioni con altri enti).

L’Azienda persegue e privilegia il reclutamento a tempo indeterminato rispetto alle forme a tempo determinato attraverso l’espletamento di procedure di pubblico concorso.

Le assunzioni a tempo determinato sono limitate ai casi di sostituzione di personale assente o per il tempo strettamente necessario all’espletamento della procedura concorsuale.

Il ricorso al lavoro somministrato, come previsto nelle Regole di Sistema 2025, dovrà essere limitato a quelle figure professionali e alle condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all’ordinario rapporto di lavoro subordinato, quali i picchi stagionali e la necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata. In nessun caso il lavoro somministrato può essere equiparato alle esternalizzazioni.

### 3.3.4 Strategia di formazione

Il perseguimento degli obiettivi sopra descritti richiede la presenza di personale qualificato e aggiornato; pertanto tutte le articolazioni aziendali, per gestire il cambiamento e garantire un'elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze.

La formazione, diventa quindi, una dimensione costante e fondamentale del lavoro e uno strumento essenziale nella gestione e sviluppo delle risorse umane attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui, frutto anche del processo di valutazione.

L'Azienda dedica risorse e strumenti per la gestione del processo formativo nelle sue diverse fasi di rilevazione del fabbisogno, progettazione e realizzazione degli eventi formativi, al fine di conseguire le competenze necessarie per tutte le categorie professionali negli ambiti tecnico-professionali, di processo e di sistema, nonché manageriali e comunicativo relazionali.

La progettualità formativa è orientata alle professionalità presenti in Azienda nei suoi due Poli, Ospedaliero e Territoriale e ne valorizza le competenze anche attraverso il loro coinvolgimento in attività di Responsabili Scientifici, Docenti, Tutor, Relatori, Autori di testi per formazione FAD. Tuttavia è riconosciuta l'importanza di avvalersi del contributo di professionisti esterni per lo sviluppo di temi specialistici e/o strategici a valenza territoriale che forniscono contributi formativi permettendo la creazione di reti virtuose e connessione per la realizzazione di comunità di pratica multidisciplinari e multi professionali.

Considerato l'obiettivo di potenziamento della Rete Territoriale altra strategia formativa perseguita risponde alla necessità di integrazione e condivisione di progettualità formative aperte a tutti agli attori e agenzie presenti: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Terzo Settore, ATS, ASST, ecc., al fine di creare linee e sinergie comuni per consentire un programma territoriale teso al miglioramento della salute pubblica per il cittadino.

Le attività formative si traducono in: convegni e congressi aperti al pubblico, Gruppi di Miglioramento per l'implementazione dell'attività pratica/clinica e la verifica dei percorsi clinico assistenziali, eventi formativi d'aula e a distanza per l'aggiornamento continuo dei professionisti in tutti i temi riguardanti la professione e la salute e sicurezza.

La strategia formativa mira pertanto a fornire strumenti e metodologie per affrontare la specificità dei cambiamenti organizzativi in atto: l'obiettivo è quello di rendere il professionista in grado di operare in modo sicuro, consapevole, collaborativo e orientato al risultato in un'ottica di crescita di valore pubblico.

Il documento che raccoglie le esigenze e traduce il "fabbisogno formativo" in "azioni formative" è il Piano Formativo Aziendale, che rappresenta il documento programmatico, esito della rilevazione del fabbisogno espresso dai Dipartimenti/Aree aziendali, integrabile in corso d'anno in base alle necessità eventualmente emergenti.

La progettualità interna è sostenuta, inoltre, da Regione Lombardia attraverso le iniziative promosse da POLIS Accademia, che con l'attivazione di percorsi formativi multidisciplinari di elevata qualità, garantisce l'implementazione e lo sviluppo del Sistema Sanitario Lombardo in coerenza con le previsioni del Piano Sociosanitario integrato Lombardo, assicurando il corretto equilibrio tra i fabbisogni di risorse umane del sistema e l'offerta formativa trasversale, mirata al perseguimento di obiettivi locati in una vision generale del sistema salute. Nell'anno 2024 POLIS Accademia ha costituito un tavolo di lavoro con le aziende lombarde per meglio definire le attività formative

regionali sulla base delle esigenze espresse delle aziende. Nell'anno in corso l'Azienda realizzerà, in collaborazione con POLIS Accademia, un percorso formativo a valenza provinciale che coinvolge la partecipazione delle altre ASST bergamasche.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR- MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2.b, l'azienda prosegue la formazione "Infezioni Correlate all'assistenza in Ambito Ospedaliero", che ha rappresentato, in considerazione dei volumi del personale coinvolto e nella consistenza del programma formativo, un importante progetto di sviluppo di conoscenze e competenze del personale. Nel 2025 l'azienda sarà impegnata a continuare il programma ampliando i professionisti coinvolti.

In tema di competenze digitali e manageriali, Regione Lombardia, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR ha coinvolto l'Azienda con la partecipazione in due progetti specifici. Il primo è relativo al Digital Upskilling Regione Lombardia "Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0", che riguarda percorsi di formazione rivolti agli operatori sanitari e non finalizzati ad agevolare la progressiva transizione al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 ed informare su tematiche di sanità digitale. La seconda progettualità, "Corso manageriale PNRR M6 C2 - 2.2", realizzato in più edizioni in collaborazione con le università, ha la finalità di sviluppo delle competenze tecnico-professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

A livello locale, è stato ricostituito il Tavolo della Formazione Territoriale ATS, ASST e Università. Nei lavori del Tavolo, avvenuti nella seconda parte del 2024, sono stati identificati dei macrotemi generali che hanno permesso la definizione di percorsi da progettare e organizzare congiuntamente da ATS Bergamo, dalle tre ASST territoriali e dall'Università degli Studi di Bergamo. I percorsi saranno erogati in corso d'anno, ognuno per le parti di competenza, con la partecipazione di tutte le aziende coinvolte.

Anche per il 2025 è confermata l'adesione al Bando INPS Valore PA 2024 (erogazione dei percorsi anno 2025) finalizzato alla selezione di corsi organizzati dalle università per la pubblica amministrazione e rivolti ai dipendenti, individuati all'interno dell'azienda in base al lavoro svolto e che potranno trarre, per sé e per l'amministrazione, i maggiori benefici dall'attività formativa.

L'Azienda è stata confermata negli organismi Regionali ECM di Commissione e Osservatorio al fine di essere partecipanti attivi al miglioramento continuo della formazione nel sistema sanitario lombardo.

### 3.3.5 Piano per le azioni positive (CUG) – Triennio 2025/2027

#### Premessa

Il Piano per le Azioni Positive (CUG) si inserisce nelle iniziative promosse dalla ASST Bergamo EST per attuare gli obiettivi di pari opportunità, come previsto dal D. Lgs. n. 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”.

L’obiettivo primario è rimuovere gli ostacoli che le persone possono incontrare, in ragione delle proprie caratteristiche familiari, etniche, linguistiche, di genere, età, ideologiche, culturali, fisiche, psichiche e sociali, rispetto ai diritti universali di cittadinanza. Il Codice definisce le azioni positive come misure finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono la realizzazione di pari opportunità, con l'intento di favorire l'occupazione femminile e promuovere l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel mondo del lavoro.

Il piano per il triennio 2024-2026 si è concentrato sul consolidamento delle misure introdotte e sull’ulteriore sviluppo di azioni strutturate per promuovere la parità di genere, il benessere organizzativo e la prevenzione di discriminazioni e molestie sul luogo di lavoro.

Tra le iniziative già implementate nel triennio precedente, si annoverano:

- l'adeguamento delle funzioni del CUG secondo la Direttiva 2/2019;
- l'introduzione di Misure di miglioramento del benessere organizzativo;
- la creazione di un protocollo per la gestione di situazioni di violenza, discriminazione e molestie, incluse quelle legate alla violenza lavorativa e domestica (diretta e/o assistita).

Il Piano per le Azioni Positive (CUG) per il triennio 2025-2027 rappresenta un'evoluzione dei risultati raggiunti con il piano precedente, consolidando gli interventi per promuovere la parità di genere, il benessere organizzativo e la prevenzione di discriminazioni e molestie sul luogo di lavoro. Questo documento mira a rafforzare il benessere lavorativo e l'inclusività attraverso azioni mirate e strutturate, articolate in diverse aree strategiche.

Per il triennio 2025-2027, il piano include azioni trasversali di consolidamento, innovazione e monitoraggio costante, con particolare attenzione ai temi del benessere fisico, mentale e sociale dei dipendenti. L’obiettivo è rafforzare l'inclusività e il benessere lavorativo, creando un ambiente di lavoro sano, equo e rispettoso delle diversità.

#### **AREA IMPLEMENTAZIONE FUNZIONI E RUOLO DEL CUG – DIRETTIVA 2/2019**

**Azione 1** - Rafforzamento e Aggiornamento delle modalità di formazione e networking tra i CUG e Potenziamento della Consigliera di Fiducia/di Parità.

#### **AREA BENESSERE ORGANIZZATIVO, DISCRIMINAZIONI, MOLESTIE E MOBBING**

**Azione 1** - Potenziamento e innovazione delle iniziative per il benessere organizzativo e la salute, rafforzando l’integrazione con il programma WHP Lombardia e introducendo strumenti digitali e nuove pratiche per il wellbeing aziendale.

**Azione 2** - Consolidamento e ampliamento del protocollo per la gestione delle situazioni di violenza interpersonale e discriminazione, con particolare attenzione a misure di prevenzione, formazione e supporto integrato.

## **AREA PROMOZIONE POLITICHE DI CONCILIAZIONE VITA E LAVORO**

**Azione 1** - Rafforzamento e ottimizzazione delle politiche di conciliazione vita-lavoro, introducendo nuovi strumenti e servizi per migliorare il benessere dei dipendenti e favorire una maggiore flessibilità lavorativa.

## **AREA ANALISI E GESTIONE RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO**

**Azione 1** - Valutazione del rischio Stress Lavoro Correlato

**Azione 2** - Sportello Stress, Stress Unit e Ambulatorio di Psico-Traumatologia

**Azione 3** - Percorsi Formativi Anti-Stress Rivolti ai Lavoratori

## Sezione 4 – Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Nella tabella che segue sono riportate le modalità e responsabilità per il monitoraggio delle varie sezioni.

Sezione	Responsabilità	Modalità di monitoraggio
Valore pubblico	SC Gestione Operativa Next GenerationEU	Come previsto da DLGS 150/2009
Performance	Qualità/ Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU	Come previsto da DLGS 150/2009
Rischi corruttivi e trasparenza	RPTCPT	Come previsto dalla normativa di riferimento
Azioni per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	CUG	Relazione del Presidente CUG
Piano dei fabbisogni	Risorse umane	Come previsto dalla normativa di riferimento

Il Nucleo di Valutazione delle prestazioni svolge un ruolo di monitoraggio di tutte le misure adottate.

## Diffusione del documento

Il presente documento viene adottato e pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente" e sul sito istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri ( <https://piao.dfp.gov.it> ). Il documento sarà inoltre trasmesso agli stakeholders e alle associazioni del territorio.

## Allegati

Allegato 1 - Istruzioni operative per la valutazione del rischio

Allegato 2 - Mappatura del trattamento dei rischi

Allegato 3 - Elenco obblighi di Pubblicazione Amministrazione Trasparente

Allegato 4 - Organigramma ASST BG EST da POAS\_2022-2024 Aggiornamento 2024