

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Bergamo Est

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2022 - 2024

ASST BERGAMO EST

Sommario

PREMESSA.....	3
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1. LA MISSION	8
1.2. L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE.....	9
1.3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	10
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE ...	15
2.1 VALORE PUBBLICO	15
Analisi degli stakeholders	15
La programmazione	18
2.2 PERFORMANCE	19
Performance organizzativa e obiettivi	20
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	30
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	30
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	30
Piano triennale delle azioni positive.....	31
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	35
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	49
4. MONITORAGGIO	52

PREMESSA

Il PIAO è lo strumento di programmazione introdotto dal decreto-legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Si tratta di un unico documento di programmazione relativo alla strategia dell'ente pubblico.

Esso contiene la scheda anagrafica dell'amministrazione all'interno della quale viene descritta l'amministrazione di riferimento ed è suddiviso in sezioni e sottosezioni, quelle previste dagli articoli 3, 4 e 5 del sopracitato decreto.

Il PIAO 2022 – 2024 comprende e sostituisce i seguenti documenti:

- Piano della Performance: il PIAO deve definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzativa;
- POLA (Piano organizzativo del lavoro agile) e il piano della formazione: il PIAO deve definire la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, comprese le linee guida per il lavoro agile definite lo scorso anno dal POLA stesso;
- Piano triennale del fabbisogno del personale: il PIAO deve definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT): come previsto dalle disposizioni di riferimento, che utilizza il sistema di misurazione e valutazione della Performance come uno strumento fondamentale attraverso cui si realizzano la trasparenza e la prevenzione dell'illegalità.
- Piano di azioni positive: che individua le misure temporanee speciali per garantire il principio di uguaglianza formale, mirando a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini.

Acronimi

PTPCT: Piano triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza

RPCT: Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

NVP: Nucleo della Valutazione delle Prestazioni

UPD: Ufficio Provvedimenti Disciplinari

BDNCP: Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici

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 ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Ha sede legale a Seriate, in via Paderno, 21.

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 385.902 abitanti sui circa 1.116.384 della Provincia Bergamasca. L'area di riferimento individuata comprenda come estensione territoriale quasi il 50% della Provincia di Bergamo, mentre la popolazione complessiva è pari al 35% 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'ASST Bergamo Est è strutturalmente caratterizzata dalla distribuzione delle sue molteplici strutture, sia ospedaliere che territoriali, su un'ampia area geografica, che risponde ad una logica di prossimità e che alimenta altresì un senso di appartenenza particolarmente accentuato, condiviso tra cittadini e operatori.

Dato demografico di rilievo è l'invecchiamento della popolazione bergamasca: il 21,36% della popolazione ha più di 65 anni e sia l'indice di vecchiaia che quello di invecchiamento hanno subito un trend in aumento negli ultimi anni.

L'ASST si articola in POLO OSPEDALIERO e POLO TERRITORIALE, cui afferiscono le strutture come di seguito specificato.

POLO OSPEDALIERO, composto da 8 Ospedali:

- Ospedale "Bolognini" di Seriate
- Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario
- Ospedale "Pesenti Fenaroli" di Alzano Lombardo
- Ospedale "Briolini" di Gazzaniga
- Ospedale "SS. Capitanio e Gerosa" di Lovere
- Ospedale "Passi" di Calcinate
- Ospedale "S. Isidoro" di Trescore
- Ospedale "P.A. Faccanoni" di Sarnico

Si tratta di quattro Ospedali per pazienti acuti, a gestione diretta (Seriate, Alzano Lombardo, Piario e Lovere), uno ad attività riabilitativa a gestione diretta (Gazzaniga). L'Ospedale di Calcinate si connota sia come un Ospedale per pazienti a basso rischio, che ospita sia reparti di ricovero (Subacuti – Hospice e Riabilitazione Alcolologica - questi ultimi due gestiti attraverso la forma della Sperimentazione Gestionale pubblico-privato) e sale operatorie per piccoli interventi, sia Ospedale di Comunità così come definito dal PNNR e Casa di Comunità.

Gli Ospedali di Trescore e di Sarnico sono gestiti da soggetti privati in concessione. In concessione a soggetti privati sono gestiti anche i servizi aziendali di nefrologia e dialisi ed il Centro di eccellenza per il trattamento della malattia di Alzheimer.

POLO TERRITORIALE articolato in:

- tre Distretti
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.

I Distretti sono stati individuati con delibera aziendale n. 323 del 30/03/2022

1. DISTRETTO di Seriate e Grumello del Monte.

Comprende l'ambito territoriale di Seriate e l'ambito territoriale di Grumello.

Ambito Seriate comprende i Comuni di: Albano Sant' Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre dé Roveri

Ambito Grumello comprende i Comuni di: Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco, Telgate

La sede è a Seriate.

Al Distretto afferiscono:

- o una Centrale Operativa territoriale (Seriate)
- o tre case di comunità (Calcinate, Grumello del Monte e Seriate)
- o un Ospedale di Comunità (Calcinate)

Calcinate, quale Presidio territoriale, vede la presenza di una Casa di Comunità e di un Ospedale di Comunità.

2. DISTRETTO della Valle Cavallina, Monte Bronzone-Basso Sebino, Alto Sebino.

Comprende l'ambito territoriale della Valle Cavallina, l'ambito territoriale del Monte Bronzone Basso Sebino e l'ambito territoriale dell'Alto Sebino.

Ambito Valle Cavallina comprende i Comuni di: Berzo S. Fermo, Bianzano, Borgo di Terzo, Carobbio degli Angeli, Casazza, Cenate Sopra, Cenate Sotto, Endine Gaiano, Entratico, Gaverina Terme, Gorlago, Grone, Luzzana, Monasterolo del Castello, Ranzanico, San Paolo d'Argon, Spinone al Lago, Trescore Balneario, Vigano S. Martino, Zandobbio

Ambito Monte Bronzone-Basso Sebino comprende i Comuni di: Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola Bergamasca, Viadanica, Vigolo, Villongo

Ambito Alto Sebino comprende i Comuni di: Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere

La sede è a Trescore Balneario.

Al Distretto afferiscono:

- o due Centrali Operative Territoriali (Trescore e Lovere)
- o tre Case di Comunità (Trescore Balneario, Lovere e Sarnico)

3. DISTRETTO della Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve

Comprende l'ambito territoriale di Albino- Valle Seriana e l'ambito territoriale della Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve

Ambito Albino Valle Seriana comprende i Comuni di: Albino, Alzano Lombardo, Aviatico, Casnigo, Cazzano Sant'Andrea, Cene, Colzate, Fiorano al Serio, Gandino, Gazzaniga, Leffe, Nembro, Peia, Pradalunga, Ranica, Selvino, Vertova, Villa di Serio

Ambito Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve comprende i Comuni di: Ardesio, Azzone, Castione della Presolana, Cerete, Clusone, Colere, Fino del Monte, Gandellino, Gorno, Gromo, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Piario, Ponte Nossa, Premolo, Rovetta, Schilpario, Songavazzo, Valbondione, Valgoglio, Villa d'Ogna, Vilminore 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)

L'attivazione di COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità avviene progressivamente, nell'arco del triennio 2022-2024. Nella fase di transizione le attività proprie dei Distretti continuano ad essere erogate nelle sedi territoriali ex PREEST.

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

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

Gli Ospedali (Presidi) gestiti, tenuto conto della loro distribuzione territoriale, sono attribuiti a tre direzioni di struttura distinte:

- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO- Ospedali di SERIATE e CALCINATE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO- Ospedali di ALZANO LOMBARDO e GAZZANIGA
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO- Ospedali di PIARIO e LOVERE

I posti letto gestiti dall'Azienda assommano a 740 in degenza ordinaria e 49 in day hospital/surgery, per un totale di 789 posti letto complessivi. I posti tecnici per SubAcuti gestiti direttamente, sempre da assetto attuale, sono complessivamente 52.

Posti Letto gestiti	NR PL
PL di Degenza Ordinaria	740
PL di Day Hospital/Surgery	49
Totale	789
Posti tecnici per SubAcuti	52



ASST BERGAMO EST



1.1. LA MISSION

I processi di cambiamento in atto nei servizi sociosanitari rappresentano una costante, anziché un'eccezione, nel panorama delle organizzazioni sociosanitarie prese nel loro insieme.

L'evoluzione dei servizi interessa tutti i sistemi sanitari a livello internazionale, in risposta agli scenari e alle esigenze di standard delle cure, al passo con le nuove conoscenze e le nuove tecnologie, che modificano le modalità di erogazione delle stesse.

A questo riguardo la Direzione Strategica ha effettuato un'analisi di contesto dell'offerta sanitaria e dei bisogni dei cittadini dell'area est della Provincia di Bergamo (7 Ambiti sociali territoriali, 103 Comuni, 387.000 abitanti), di concerto con ATS Bergamo, in qualità di organo programmatore dei servizi, prospettando interventi finalizzati all'ammodernamento strutturale e tecnologico, a partire dall'intera rete ospedaliera, necessitanti di investimenti ad hoc.

Ne è scaturito un quadro programmatico con una visione di insieme dell'offerta sanitaria volto ad una riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASST Bergamo Est, che è stato oggetto della DGR n. 5883 del 29.12.2021, funzionale ad un complessivo efficientamento organizzativo.

La proposta di sviluppo e riorganizzazione fa leva principalmente sul mantenimento delle attuali sedi ospedaliere con reparti per acuti (Seriata, Alzano Lombardo, Piario, Lovere) con alcuni cambiamenti rispetto alla loro mission.

In particolare si prevede di garantire una differenziazione più specifica delle funzioni svolte dagli Ospedali di Seriate (Polo medico-chirurgico-oncologico) e di Alzano Lombardo (polo materno-infantile e pediatrico; in tal senso è già sin d'ora prevista l'attivazione di una nuova unità di degenza di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza a valenza provinciale), nel solco di un'azione già intrapresa nel decennio scorso per altre unità d'offerta di proprietà dell'Azienda (Ospedale di Trescore Balneario, Ospedale di Sarnico), mantenendo le funzioni degli Ospedali di Montagna e dei Laghi (Piario e Lovere), e di quelli aventi natura sostanzialmente riabilitativa (Gazzaniga) con adeguamenti strutturali/tecnologici di grande rilevanza.

In ragione della recente pandemia da Covid 19, al fine di garantire una risposta adeguata a future epidemie/pandemie, presso l'Ospedale di Seriate è di recente stata realizzata una struttura che consente accessi, percorsi e ricoveri segregati, con un nuovo Pronto Soccorso, Area di terapia intensiva e un Quartiere operatorio dedicati ("Cubo dell'Emergenza").

In stretta relazione con le indicazioni contenute nel PNRR (Missione 6, C1) e nella Legge Regionale 22/2021 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, anche il Polo Territoriale è oggetto di profonda riorganizzazione, con l'istituzione di 3 Distretti (Distretto di Seriate e Grumello del Monte, Distretto della Valle Cavallina, Monte Bronzone-Basso Sebino e Alto Sebino, Distretto della Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Vale di Scalve). Gli interventi previsti sono stati oggetto di confronto con le Istituzioni locali e di una dettagliata mappatura del territorio, portando all'individuazione di 11 Case di Comunità e di 2 Ospedali di Comunità nel territorio di competenza, oltre a 5 COT.

Nel contesto dello sviluppo del Polo Territoriale un aspetto di rilievo è l'evoluzione del POT di Calcinate. Tale

struttura si connota come un Ospedale per pazienti a basso rischio, che ospita sia reparti di ricovero (Subacuti – Riabilitazione Alcoolologica- Hospice) e sale operatorie per piccoli interventi, sia Ospedale di Comunità così come definito dal PNNR e Casa di Comunità.

In sintesi la ridefinizione della mission dei Presidi Ospedalieri per acuti e la riorganizzazione dei servizi del Polo Territoriale costituiscono la direttrice di sviluppo dell’Azienda che va oltre l’arco di vigenza temporale del POAS.

Il POAS 2022-2024, in fase di approvazione da parte della Giunta di Regione Lombardia, può quindi essere definito come un “ponte” che inizia a delineare l’assetto organizzativo, garantendo contemporaneamente la piena funzionalità dell’ASST nelle more della “messa a terra” delle linee evolutive sopra tracciate.

1.2.L’AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

L’ASST viene qui di seguito descritta in cifre con riferimento alla dimensione economica ed alla consistenza delle risorse umane.

La consistenza del personale definita in unità equivalenti (FTE “full time equivalent”) è sintetizzata nella seguente tabella:

FTE		2019	2020	2021
DIRIGENZA MEDICA	S	363,0	356,2	355,2
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	40,5	44,3	47,4
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,0	1,0	1,9
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,8	4,8	4,4
DIRIGENZA TECNICA	T	1,0	1,0	1,0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	7,0	7,0	6,8
TOTALE DIRIGENZA		417,2	414,2	416,7
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.005,7	1.004,2	1.082,4
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	112,3	112,7	122,0
PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4,3	4,3	4,4
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	85,5	86,0	84,8
ASSISTENTI SOCIALI	T	21,0	20,5	19,9
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	153,3	149,7	154,0
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	214,9	215,1	217,9
AUSILIARI	T	67,4	62,0	53,1
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	240,5	236,6	251,9
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-
TOTALE COMPARTO		1.904,8	1.891,1	1.990,4
TOTALE COMPLESSIVO		2.322,1	2.305,3	2.407,1

Di seguito viene riportato il dato complessivo di costi e ricavi sul triennio 2019-2020-2021:

1.3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'Azienda riconosce e attua la divisione delle funzioni di "indirizzo politico-amministrativo- sanitario" assegnate alla Direzione Strategica, delle funzioni di "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa" assegnate ai dirigenti che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa, conferita secondo gli obiettivi ed i vincoli aziendali.

I precetti sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

L'Azienda, ad oggi, ha adottato regolamenti di organizzazione interna e di funzionamento delle proprie attività. Inoltre, l'Azienda ha adottato la proposta del nuovo POAS 2022-2024, come da delibera n. 600 del 09/06/2022.

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

Tale modello matriciale 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, nodo cardine dell'organizzazione matriciale 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, Socio Sanitaria e

Amministrativa, al fine di realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

Sono altrettanto strategiche, in un quadro di ricomposizione complessiva, le relazioni funzionali delle Direzioni con 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 intraaziendale 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.

I DIPARTIMENTI

I Dipartimenti Gestionali

I Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali dell'ASST Bergamo Est sono strutture gestionali, di coordinamento ed integrazione funzionale, comprendenti strutture complesse, strutture semplici e le loro articolazioni organizzative e funzionali, aggregate secondo il criterio dell'area omogenea o complementare.

Costituiscono Dipartimenti Gestionali:

1. Dipartimento Area dei Servizi
2. Dipartimento Area della Donna e Materno Infantile
3. Dipartimento Area Emergenza Urgenza (DEA)
4. Dipartimento Area Chirurgica
5. Dipartimento Area Medica
6. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
7. Dipartimento Amministrativo

Dipartimenti funzionali aziendali

I Dipartimenti funzionali aggregano funzionalmente strutture sia semplici che complesse, non omogenee, interdisciplinari, appartenenti a direzioni e/o dipartimenti diversi, al fine di realizzare obiettivi comuni e/o programmi di rilevanza strategica e devono:

- Facilitare l'integrazione tra le risorse messe a disposizione delle varie strutture per la realizzazione del processo che devono governare;

- Confrontarsi costantemente con i responsabili degli altri dipartimenti/strutture nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione aziendale;
- Monitorare le prestazioni rese, sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati.

Costituiscono Dipartimenti Funzionali Aziendali:

1. Dipartimento funzionale di Cure Primarie
2. Dipartimento funzionale di Prevenzione

Trattandosi di Dipartimenti di nuova istituzione non hanno ancora una loro regolamentazione che sarà adottata dopo l'approvazione del POAS.

Dipartimenti funzionali interaziendali

I Dipartimenti funzionali interaziendali salvaguardano forme strutturate di collaborazione tra le ASST e tra le ASST ed ATS finalizzate a supportare alcune reti clinico-assistenziali ed alcuni servizi interaziendali per garantire percorsi clinici integrati.

Sono proposti ed approvati dalle rispettive Direzioni, vanno normati da apposito regolamento e gli obiettivi devono essere condivisi dalle direzioni di ciascun Ente ed attribuiti formalmente alle Direzioni di Dipartimento.

Il Dipartimento interaziendale assicura:

- La definizione del ruolo e dei compiti di ciascuna struttura afferente al dipartimento;
- La condivisione di PDTA e protocolli di diagnosi e cura;
- Le modalità di invio dei pazienti tra le diverse strutture al fine di assicurare l'unitarietà dei percorsi di cura;
- Le modalità di collaborazione tra professionisti;
- L'utilizzo condiviso di strumentazioni e tecnologie, ove previsto;
- L'utilizzo integrato di risorse professionali, ove previsto;
- Le modalità di formazione degli operatori;
- Le modalità di monitoraggio degli esiti.

L'ASST Bergamo Est partecipa ai seguenti Dipartimenti Interaziendali:

1. Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (Ente Capofila ASST Papa Giovanni XXIII^o) con la SC Oncologia Medica dell'Ospedale di Alzano Lombardo;
2. Dipartimento Interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia della Provincia di Bergamo con la SC Servizio Immunotrasfusionale dell'Ospedale di Seriate
3. Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative con la SC di Anestesia e Rianimazione di Alzano Lombardo, la SC di Anestesia e Rianimazione Ospedali di Piario-Lovere, con la SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva di Seriate e con la SC di Oncologia Medica dell'Ospedale di Alzano Lombardo.

LE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO

L'ASST, considerata la numerosità degli Ospedali gestiti, è articolata su 3 Presidi Ospedalieri, per ciascuno dei quali è stato individuato un Direttore Medico di Presidio, titolare della relativa struttura complessa, al quale è attribuita la responsabilità organizzativa, gestionale ed igienico-sanitaria del Presidio.

- **Direzione Medica di Presidio Ospedali di Seriate e Calcinato**
- **Direzione Medica di Presidio Ospedali di Alzano e Gazzaniga**
- **Direzione Medica di Presidio Ospedali di Piario e Lovere**

Afferiscono alla Direzione di Presidio i Poliambulatori ospedalieri.

I DISTRETTI

Il Distretto è la nuova articolazione organizzativo-funzionale dell'ASST sul territorio.

Rappresenta una consistente innovazione, nonché implementazione, dell'offerta territoriale assumendo un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta inoltre il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale ed all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e sociosanitari.

Il territorio di pertinenza della ASST Bergamo Est è suddiviso in distretti.

Al Distretto afferiscono le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Organizzazione distrettuale

Viene istituita, ai fini di un coordinamento operativo che governi l'omogeneità dell'accesso alle prestazioni in tutto il territorio di pertinenza, una funzione di COORDINAMENTO DISTRETTUALE.

Tale funzione verrà esercitata da uno dei Direttori di Distretto su indicazione della Direzione Strategica e sarà compresa nella remunerazione di valenza dipartimentale.

In considerazione del Modello organizzativo a matrice (orizzonte/verticale; territoriale/funzionale) si attribuiscono:

- al distretto la tutela del diritto alla salute del cittadino ed in particolare il ruolo di sovrintendere al sistema socio-sanitario attraverso il governo della domanda, il controllo e la vigilanza sull'offerta sanitaria e socio-sanitaria, in particolare sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali usufruiti dai cittadini, nonché attraverso il coordinamento, l'integrazione sul territorio e il governo delle attività gestite direttamente dai dipartimenti aziendali;
- ai servizi dei dipartimenti e degli uffici in staff il ruolo di presidiare i processi e di esercitare le funzioni tecnico-professionali per garantire l'omogeneità dei servizi erogati su tutto il territorio di competenza della ASST e poi declinati dai Distretti sulla base delle caratteristiche delle singole realtà distrettuali.

Il distretto è il contesto territoriale nel quale i medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia collaborano con il direttore del distretto ed il suo staff al governo clinico degli assistiti residenti, nel rispetto della libera scelta degli assistiti stessi.

Il distretto è altresì la dimensione organizzativa per intercettare il bisogno dei cittadini, effettuare la valutazione dei bisogni stessi ed assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitari e socio-sanitari.

I distretti monitorano, in collaborazione con i dipartimenti, i consumi e l'incrocio domanda – offerta delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, suggerendo in sede di programmazione interventi mirati a correggere, ottimizzare, re-indirizzare la risposta sanitaria ai cittadini.

Il direttore di distretto sovrintende al funzionamento del sistema sanitario, socio- sanitario e, in sistematica collaborazione con i medici e pediatri di famiglia, governa la domanda ai fini della qualità, della tempestività e dell'economicità di servizi e prestazioni.

Egli coordina le attività dei dipartimenti aziendali nel territorio di competenza, secondo le indicazioni e in sintonia con i dipartimenti stessi.

Il direttore di distretto è riferimento diretto dei sindaci e dell'Assemblea distrettuale dei sindaci.

Il direttore di distretto è riferimento dei cittadini ai fini della pubblica tutela e delle relazioni con il pubblico, d'intesa con il responsabile del CIRP.

Il direttore di distretto ha accesso a tutti i punti delle strutture pubbliche e private accreditate o convenzionate presso le quali si erogano servizi e prestazioni, con oneri a carico del SSR, a favore dei cittadini residenti nei Comuni del distretto di competenza.

Il direttore di distretto è supportato da una struttura organizzativa che comprende:

- ✓ personale afferente al polo Amministrativo territoriale
- ✓ personale afferente al Polo DAPSS territoriale
- ✓ personale afferente alla SC Vaccinazioni per la parte igienico sanitaria delle strutture territoriali

Il funzionamento, la definizione dei compiti e delle relazioni interne sono previste da uno specifico regolamento.

Rapporti Funzionali

Le interrelazioni funzionali sono con:

- dipartimento Funzionale di prevenzione, in particolare per le vaccinazioni
- dipartimento funzionale di Cure Primarie, in particolare per MMG / PLS
- dipartimento di salute mentale e dipendenze, in particolare per le dipendenze
- dipartimento area della donna e materno-infantile, in particolare per le attività connesse ai Consultori Familiari

Più in generale, tutti i servizi dell'Azienda sono correlati con il Distretto per la promozione e la produzione di salute per tutti i cittadini in una logica one-health.

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, alle amministrazioni da parte di tutti i cittadini, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

Analisi degli stakeholders

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

Di seguito gli stakeholder individuati:

Pazienti/cittadini

L'ASST Bergamo Est riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'ASST pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, a tal fine, si impegna a garantire il diritto di ogni cittadino che si rivolge alla stessa a:

- accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede, senza discriminazione sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio;
- accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e le modalità di utilizzo degli stessi;
- accedere a tutte le informazioni che gli consentano di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la sua salute;
- scegliere liberamente tra differenti procedure diagnostiche o terapeutiche sulla base di adeguate informazioni;
- rinunciare a sottoporsi ai trattamenti proposti o di interromperli in qualsiasi momento;
- mantenere la riservatezza delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le procedure sanitarie eseguite;
- ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato,

- compatibilmente con le risorse a disposizione dell'Azienda;
- accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base di precisi standard;
 - usufruire di trattamenti sanitari che garantiscano elevati livelli di sicurezza e di essere protetto da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi;
 - evitare per quanto possibile il dolore non necessario, usufruendo dei più efficaci metodi analgesici attualmente disponibili;
 - presentare un reclamo ogni qualvolta ritenga di aver subito una lesione dei propri diritti e di ricevere una risposta;
 - ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico, morale e psicologico causato da un trattamento sanitario.

Inoltre, all'interno dell'ASST è presente l'Ufficio Relazioni con il Pubblico con il compito di promuovere programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente ed individuare idonei strumenti per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini.

Risorse umane

Il tema delle risorse umane, in ambito sanitario, è particolarmente strategico, in quanto il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni e influisce sulla soddisfazione del paziente/utente.

Pertanto, l'ASST Bergamo Est pone le risorse umane al centro del proprio sistema organizzativo attraverso l'implementazione di politiche per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze tecnico/professionali, attraverso la creazione di sistemi incentivanti basati sulle performance organizzative individuali, promuovendo corsi di aggiornamento periodici e mediante l'attuazione dei seguenti principi:

- l'adozione di un apposito regolamento riguardante i sistemi di valutazione e incentivazione del personale dipendente;
- l'adeguata utilizzazione delle risorse umane disponibili in relazione alle loro specifiche competenze e agli obiettivi di risultato prescelti;
- la realizzazione di interventi volti a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro ed il benessere dei lavoratori;
- semplificazione delle procedure di reclutamento;

L'azienda fa propri gli obiettivi di valorizzazione del merito, del talento e della buona professionalità del personale previsti dal d.lgs. n.150/09.

Le organizzazioni sindacali

L'ASST Bergamo Est adotta degli stili relazionali improntati alla chiarezza, pubblicità e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie secondo i criteri e le prassi definite dai Contratti Nazionali di Lavoro, dalle

disposizioni di legge in materia e nel rispetto delle funzioni e delle distinte responsabilità proprie dei Sindacati e dell'Azienda.

Le relazioni sindacali si articolano negli strumenti operativi della corretta gestione dell'informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale, in riferimento alle materie per le quali è prevista l'applicazione di detti strumenti dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale.

I fornitori

Un'altra categoria di stakeholders essenziali è rappresentata dai fornitori che a vario titolo forniscono beni e/o servizi necessari per il corretto espletamento dell'attività sanitaria, nonché per garantire, attraverso incessanti meccanismi di fornitura, continuità assistenziale e l'erogazione delle migliori prestazioni sanitarie possibili.

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'ASST si ispira ai principi determinati dal D.Lgs. 50/2016 "Codice degli appalti".

L'ASST, in congruenza alle disposizioni sopracitate, conforma la propria attività contrattuale ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Inoltre, informa preventivamente gli operatori economici sui criteri e le modalità di individuazione dei contraenti avvalendosi, di volta in volta, di sistemi che privilegiano i profili economici, funzionali e qualitativi dell'offerta utilizzando consoni sistemi di comparazione delle offerte, comprese quelle pervenute per via telematica.

Inoltre, l'Azienda si impegna a utilizzare correttamente e tempestivamente le risorse finanziarie destinate al pagamento di fornitori di beni e servizi al fine di ridurre gli oneri legati ai ritardi ed ai contenziosi.

Regione Lombardia

L'Azienda, nell'ambito del sistema regionale integrato ex LR n. 30/06, svolge la propria attività in relazione alle politiche regionali in materia ed agli obiettivi assegnati dalla Regione, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un clima di comunicazione tra le strutture, di feedback sui risultati e di correttezza dei flussi informativi.

ATS Bergamo

L'Azienda agisce in stretto raccordo con l'ATS di Bergamo, che ha funzioni di governo dell'offerta, di governo della domanda, di promozione e di tutela della salute.

Insieme alle altre Aziende Sociosanitarie della Provincia, l'Azienda partecipa attivamente ai Dipartimenti Interaziendali.

Autonomie Locali

L'Azienda mantiene e sviluppa stretti legami con i Comuni e gli Ambiti territoriali, nel loro ruolo di referenti della collettività per le problematiche sociosanitarie e sociali.

L'ASST svilupperà le nuove modalità di interlocuzione con i Comuni/Ambiti sulla base della DGR in corso di adozione da parte di Regione Lombardia.

Enti pubblici e privati sanitari e sociosanitari

E' consolidato e continuo il rapporto di collaborazione con tali Enti per l'erogazione di prestazioni e servizi rivolti ai cittadini in condizioni temporanee o croniche di bisogno assistenziale sia sanitario che sociosanitario.

Università

Sono attive apposite convenzioni con il mondo universitario per lo svolgimento di tirocini dei laureandi e degli specializzandi, e per attività di ricerca e formazione

Terzo settore – Associazioni di Volontariato

L'Azienda vanta una storica collaborazione con il mondo del volontariato, le cui finalità si ispirano alla partecipazione dello stesso alla qualificazione del servizio sanitario e sociosanitario erogato, attraverso il sostegno dei pazienti e dei loro familiari, il sostegno alle azioni divulgative e di educazione sanitaria.

Nella logica del Community building la co-progettazione diventerà il metodo da utilizzare per l'implementazione dell'offerta ai cittadini.

Associazioni di partecipazione civica

L'ASST Bergamo Est collabora fattivamente con le associazioni e i movimenti di partecipazione civica volti a promuovere e a tutelare i diritti dei cittadini.

Collabora alle Campagne informative per la tutela dei diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari.

La programmazione

La programmazione segue il ciclo della performance, cioè il processo annuale attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse e si valutano e rendicontano i risultati ottenuti, tramite indicatori significativi, misurati a livello organizzativo e individuale.

Il processo si articola nelle seguenti fasi consecutive:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, con collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, verificata in sede di adozione del bilancio di previsione;
- monitoraggio intermedio e finale, misurazione e valutazione della performance con utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi mediante adozione e pubblicazione della "Relazione annuale sulla performance".

Gli obiettivi di performance di livello strategico vengono tradotti in obiettivi di livello operativo, sia individuali che di struttura, con un orizzonte temporale più breve per permettere il monitoraggio e l'eventuale tempestiva attuazione di azioni correttive.

In questo caso i driver di riferimento sono:

- l'efficienza: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- la qualità dei processi e dell'organizzazione: fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinicoorganizzativa dei processi sanitari.

Gli indicatori sono informazioni sintetiche, significative e prioritarie, che permettono di misurare l'andamento aziendale.

La misurazione delle performance delle attività e dei processi aziendali richiede la definizione di un sistema di indicatori che permetta di rappresentare, in un quadro unitario e completo, la capacità dell'impresa di perseguire i propri obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

L'Azienda, coerentemente con quanto premesso, ha identificato le dimensioni di analisi, e, per ognuna di queste, gli indicatori rappresentativi dell'operato aziendale.

2.2 PERFORMANCE

Il PIAO, secondo la legge 80/2021 integra e sostituisce il Piano della Performance (Piano), ossia il documento strategico programmatico, realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b, del D. Lgs. 150/2009, e ss.mm.ii., e ai sensi delle "Linee Guida per il piano della Performance" dell'Ufficio per la Valutazione della Performance, Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, definito su un orizzonte temporale triennale ed aggiornato annualmente.

Per il 2022 è stato adottato in una prima fase un "Piano Ponte" pubblicato sul sito dell'Amministrazione Trasparente nel gennaio 2022 che già prevedeva l'integrazione con il PIAO.

Sempre secondo queste linee guida, il Piano è lo strumento che avvia il ciclo di gestione della performance ed è elaborato in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Gli obiettivi contenuti nel Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione della performance organizzativa, vengono ripresi nel capitolo Performance del PIAO e si articolano su due livelli:

- strategico, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dalla Direzione Strategica aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;
- direzionale e operativo, definito tramite gli strumenti di programmazione (obiettivi e programmi aziendali) e la loro rendicontazione.

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori e i relativi target, ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale. L'emergenza sanitaria

internazionale, dovuta al Covid-19, ha influenzato l'attività dell'ASST nel biennio 2020-2021 e si presume continuerà anche nell'anno 2022.

Per questo motivo, la strategia per il prossimo triennio 2022-2024 avrà, tra i diversi obiettivi, quello di utilizzare l'esperienza maturata dalla pandemia e trasformarla in un'opportunità di cambiamento e di miglioramento per l'Azienda.

I principi su cui l'ASST vuole basare questo cambiamento sono:

- Ottimizzazione della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi;
- Riorganizzazione dei flussi di persone (percorsi dei pazienti), beni e dei dispositivi;
- Gestione delle relazioni esterne e interne;
- Valorizzazione delle competenze dei professionisti;
- Innovazione digitale.

Performance organizzativa e obiettivi

Per l'anno 2022 Regione Lombardia ha definito nel dettaglio gli ambiti di attuazione degli indirizzi programmatori (delibera 5832/2021) e gli specifici obiettivi correlati, nonché i risultati attesi.

A livello aziendale gli ambiti individuati sono oggetto di piani specifici e gli obiettivi saranno condivisi dalla Direzione Strategica con i tutti i livelli organizzativi (Presidio, Dipartimento, Unità Operative), secondo la logica del ciclo della Performance.

Di seguito sono elencati gli obiettivi e i target attesi.

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

Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	<p>Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. Per gli erogatori dotati di sistema di chirurgia robotica rispetto dei target previsti con DGR n. XI/5450 del 3.11.2021.</p> <p>Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.</p>
Liste d'attesa	<p>Rispetto del tempo massimo di attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. ✓ Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. ✓ Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. ✓ Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.
Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente
Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza

Alcune degli obiettivi macro di cui sopra, pur essendo al momento riferiti al 2022, sono declinati in indicatori specifici con i risultati attesi nel triennio 22-24, dato che i risultati sono attesi sul medio –lungo periodo (vedi tabella di MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE).

Nella stessa tabella sono riportati i risultati attesi rispetto alla performance di U.O. e alla performance individuale, che dopo il periodo pandemico ricominciano ad essere gestiti secondo le modalità consuete di gestione del ciclo della performance.

MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE (Piano performance 2022-2024)

PERFORMANCE AZIENDALE

OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Potenziamento rete territoriale	CdC Calcinatè	Avvio intervento	Fine lavori	
Potenziamento rete territoriale	OdC Calcinatè		Avvio e Fine lavori	
Potenziamento rete territoriale	CdC Gazzaniga	Avvio intervento	Proseguimento lavori	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	OdC Gazzaniga			Avvio e Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Sarnico	Avvio intervento	Proseguimento lavori	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Grumello del Monte	Avvio intervento	Proseguimento lavori	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Trescore Balneario		Avvio intervento	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Seriate		Avvio intervento	Fine lavori

Potenziamento rete territoriale	CdC Lovere		Avvio intervento	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Albino		Avvio intervento	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Vilminore di Scalve	Avvio intervento	Fine lavori	
Potenziamento rete territoriale	CdC Clusone		Avvio intervento	Fine lavori
Potenziamento rete territoriale	CdC Alzano			Avvio e Fine lavori
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Erogazione di prestazioni di ricovero	Produzione al 110% del 2019	Rispetto del contratto	Rispetto del contratto
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	Produzione al 110% del 2019	Rispetto del contratto	Rispetto del contratto
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening	Produzione al 110% del 2019	Rispetto del contratto	Rispetto del contratto
Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici in classe A	90%	Mantenimento	Mantenimento
Liste d'attesa	Ricoveri chirurgici non oncologici	Ampliamento dell'offerta	Mantenimento	Mantenimento
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rispetto del target	Rispetto del target	Rispetto del target
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	ITP annuale negativo (pubblicato entro il 31.01.2023)	ITP annuale negativo (pubblicato entro il 31.01.2024)	ITP annuale negativo (pubblicato entro il 31.01.2025)
Trasparenza	Numero pubblicazioni effettive nel piano trasparenza / Numero pubblicazioni richieste	100%	100%	100%

Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	CCE.1 - Cartella Clinica Ambulatoriale	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	CCE.2 - Cartella Clinica Degenza (verticalizzazioni: Ostetricia, Cardiologia, Ortopedia)	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	CCE.3 - Nuovo Order Entry verso dipartimentali (RIS, LIS, Anatomia)		Acquisizione	Messa in produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	CCE.4 - Cartella per Medicina del Lavoro, Qualità, Risk, RSPP	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	CCE.5 - Cartella Clinica di Terapia Intensiva	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	A.1 - Sostituzione CUP aziendale		Acquisizione	Messa in produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	A.2 - Evoluzione del sistema di laboratorio ed integrazioni con la cartella clinica elettronica e PS	Acquisizione e Messa in produzione	In produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	A.3 - Evoluzioni dei sistemi di sale operatorie con ottimizzazione del percorso chirurgico e rilevamento dei tempi.	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	A.4 - Introduzione di un sistema di gestione dei posti letto, con visualizzazione/prenotazione da parte del pronto soccorso, integrato con ADT o Galielo		Acquisizione	Messa in produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	A.5 - Upgrade tecnologico del software di Pronto Soccorso	Acquisizione e messa in produzione	In produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	I.1 - Integrazione degli elettrocardiografi con il sistema informativo aziendale - Aggiornamento Cardioline analogiche	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	I.2 - Integrazione con il PACS e il sistema di gestione di Sala Operatoria delle colonne endoscopiche/ecografi	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione

Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	I.3 - Integrazione degli elettrocardiografi con il sistema informativo aziendale - Upgrade Muse ed integrazioni (Integrazione ris-pacs dei nuovi piccoli elettromedicali, integrazione con cartella clinica e sala operatoria)	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Progetto Logistica del Farmaco	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Adeguamento antincendio	In attesa definizione interventi di concerto con DG Welfare per investimenti sul P.O. di Alzano Lombardo.		
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Adeguamento strutturale ed in materia di prevenzione incendi dell'Ospedale "Pesenti – Fenaroli" di Alzano Lombardo	Conclusione attività collaudo	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Adeguamento alla normativa antincendio del P.O. di Alzano Lombardo: Cucina, cabina di trasformazione MT/BT	Avvio lavori.	Conclusione lavori e collaudo.	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Opere aggiuntive per la mitigazione acustica e microclima nel Servizio di Radiologia dell'Ospedale "Pesenti Fenaroli" di Alzano Lombardo	Intervento concluso	==	==

Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Adeguamento impianti aeraulici e gas medicali	In attesa definizione interventi di concerto con DG Welfare per investimenti sul P.O. di Alzano Lombardo.	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Ampliamento del Pronto soccorso per separazione percorsi	Conclusione progettazione e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	AZIENDA Interventi mirati alla messa in sicurezza ed a norma degli impianti elevatori nelle strutture dell'AO Bolognini di Seriate	Conclusione attività collaudo	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	CALCINATE Miglioramento sismico del presidio a seguito verifica di vulnerabilità	Conclusione progettazione e indizione procedura di gara per esecuzione lavori	Avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo
Investimenti in Edilizia Sanitaria	GAZZANIGA Adeguamento igienico Sanitario e continuità elettrica	Conclusione attività collaudo	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Adeguamento alla normativa antincendio del P.O. di Lovere: Cucina, cabina di trasformazione MT/BT, centrale rilevazione fumi e rifacimento canalizzazioni e coibentazioni	Avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Ampliamento del Pronto soccorso	Conclusione progettazione e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==

Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Efficientamento energetico presidio di Lovere (isolamento termico, sostituzione corpi illuminanti)	Conclusione progettazione e indizione procedura di gara per esecuzione lavori	Avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Ristrutturazione dell'edificio denominato "ex lavanderia" sito in Via Groppino, 5 nel Comune di Piario (BG) per l'istituzione di un Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)	Esecuzione lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Riqualificazione ed ammodernamento degli edifici CRA (SRP1) e CPS di Piario	Conclusione progettazione	Indizione gara per esecuzione lavori e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO trasformazione da degenza (osservazione post chirurgica) a terapia sub intensiva	Ultimata acquisizione attrezzature	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Ampliamento del Pronto soccorso	Conclusione progettazione e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Ristrutturazione Pronto Soccorso Ospedale di Seriate	Collaudo opere e avvio servizio	==	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Ristrutturazione Pronto soccorso ginecologia Ospedale di Seriate	Esecuzione lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Ristrutturazione Monoblocco Medico Ospedale Bolognini di Seriate – Lotto E - Opere Di Completamento	Conclusione lavori e collaudo opera	==	==

Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Potenziamento area intensiva mediante collegamento funzionale del sopralzo PS e completamento area intensiva	Indizione procedura di gara per affidamento lavori e avvio lavori	Esecuzione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Trasformazione di due posti di terapia sub-intensiva in terapia intensiva, riorganizzazione area della terapia intensiva tramite ottimizzazione degli spazi e realizzazione di box singolo.	Conclusione progettazione e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Sopralzo per realizzazione di 8 posti letto di Terapia Intensiva	Conclusione progettazione e avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera	==
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Adeguamento cabina elettrica dell'Ospedale Bolognini di Seriate	Conclusione progettazione e indizione procedura di gara per esecuzione lavori	Esecuzione lavori	Collaudo opera
Investimenti in Edilizia Sanitaria	TRESCORE BALNEARIO Ristrutturazione immobile di via Aldo Moro, 1 a Trescore Balneario sede di C.P.S. e C.D.	Conclusione progettazione	Avvio lavori	Collaudo opera
Innovazione tecnologica	AZIENDA Innovazione tecnologica per implementare sistemi di pagamento Pago-PA e integrazione sistema MYPAY	In corso per il LAB, in corso l'installazione dei POS-PAGOPA. Completato per fatturazione e CUP	Invio e ricezione di tutti i pagamenti con i canali PAGOPA e MyPay	Invio e ricezione di tutti i pagamenti con i canali PAGOPA e MyPay
Investimenti in Attrezzature Sanitarie	LOVERE Acquisizione mammografo digitale Ospedale di Lovere	Installazione		

Investimenti in Attrezzature Sanitarie	SERiate Acquisizione RMN	RMN installata ed operativa		
--	--------------------------	-----------------------------	--	--

PERFORMANCE di U.O.

AREA	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Processo di budget	Percentuale raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati	> 85%	> 85%	> 85%
Processo di budget	N° di strutture con percentuale di raggiungimento inferiore a 80%	<5	<5	<5

PERFORMANCE INDIVIDUALE

AREA	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO ATTESO 2024
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale della Dirigenza	>= 85	>= 85	>= 85
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale del Comparto	>=18	>=18	>=18

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'ASST Bergamo Est si impegna a garantire che le proprie attività siano svolte con correttezza, lealtà, trasparenza, integrità ed onestà, nel rispetto dell'ordinamento vigente.

La legge 6.11.2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nelle pubbliche amministrazioni" ha introdotto l'obbligo per tutte le pubbliche amministrazioni di redigere, approvare e aggiornare nel tempo una pianificazione triennale che definisca la strategia dell'ente in materia, secondo i Piani Nazionali approvati dalla Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC.

Considerato che il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 1 del 12/01/2022, ha differito il termine per la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza al 30 aprile 2022, l'ASST Bergamo Est ha adottato il PTPCT 2022/2024 con deliberazione n. 460 del 29/04/2022.

Pertanto si rimanda all'allegato PTPCT 2022/2024 quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Rapporto sulla situazione del personale dipendente dell'ASST Bergamo Est

Alla data del 31 dicembre 2021, la percentuale di uomini e donne in servizio era: genere femminile 83% e genere maschile 17%.

Il dato è da intendersi riferito al personale in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato e può essere schematicamente così riassunto:

	% UOMINI	% DONNE
DIRIGENZA	42%	58%
COMPARTO	20%	80%

INCARICHI	% uomini	% donne
Struttura Complessa	74%	26%
Struttura Semplice Dipartimentale	100%	0
Struttura Semplice	57%	43%
Incarico Altissima Professionalità	50%	50%
Alta Specializzazione	50%	50%
Incarico Studio e Ricerca	36%	64%
Incarico di Base	30%	70%
COMPARTO	28%	72%

Come si evince dalla tabella successiva, tra il personale che beneficia di contratto a tempo parziale (part-time) il 98% sono donne:

	Uomini	%	Donne	%	Totale
Part-time comparto	7	2%	383	98%	390
Part-time dirigenza	2	25%	6	75%	8

Se consideriamo tutto il personale dipendente la percentuale di persone che utilizza il part-time è del 16 %.

Piano triennale delle azioni positive

All'interno dell'ASST è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, che si propone di ottimizzare la produttività, migliorare l'efficienza del lavoro pubblico, stimolare il senso di appartenenza collegato alla garanzia di un ambiente di lavoro rispettoso dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza dei lavoratori.

Il CUG, al fine di diffondere la cultura del benessere organizzativo, la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, elabora il "Piano delle azioni positive" volto a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, a prevenire e rimuovere situazioni di discriminazione, violenze morali e fisiche, psicologiche, mobbing e disagio organizzativo. La strategia delle azioni positive è volta a rimuovere gli ostacoli in cui ci si imbatte, in ragione delle proprie caratteristiche individuali, etniche, linguistiche, di genere, di età, ideologiche, culturali, fisiche, psichiche, sociali e familiari, rispetto ai diritti universali di cittadinanza.

La situazione pandemica, non ha consentito di perseguire compiutamente le azioni positive contemplate nel Piano adottato lo scorso anno che, pertanto, si ripropongono di seguito per il triennio oggetto di analisi.

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

Azione: Migliorare l'efficacia del CUG tramite il confronto e lo scambio di esperienze con altri CUG, altre Aziende e altri soggetti presenti sul territorio.

Obiettivi: Favorire lo scambio di buone prassi tra CUG del territorio provinciale e regionale, con la Consigliera di Parità, e tra aziende. Arricchire le competenze/conoscenze del CUG sui temi di pertinenza

Descrizione:

- Partecipazione alla rete regionale CUG Sanità Lombardia. per contribuire attivamente allo sviluppo di un coerente sistema regionale per la promozione della cultura di genere e della medicina di genere, della valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni all'interno dei luoghi di lavoro e sul territorio
- Progettazione di interventi congiunti anche formativi e implementazione di progetti di cooperazione su specifiche tematiche.

Attori coinvolti: Direzione Aziendale CUG U.O.S. Formazione e Aggiornamento Consigliera di parità provinciale e regionale, rete regionale CUG Sanità Lombardia ATS

AREA BENESSERE ORGANIZZATIVO, DISCRIMINAZIONI, MOLESTIE E MOBBING

Azione Proseguire la promozione e diffusione di iniziative finalizzate al benessere organizzativo e della salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale (D.Lgs. 81/08) in linea con il programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute - WHP Lombardia", alla luce anche degli accadimenti di portata storica che stiamo vivendo che pongono con forza il tema del wellbeing al primo posto dell'agenda dei governi, delle aziende e delle persone.

Obiettivi Diffondere e migliorare buone pratiche mediante specifiche iniziative che impattino sul benessere mentale e fisico, sulla corretta alimentazione, sulla policy interna di "Azienda libera dal fumo", sull'attività fisica. Definire e realizzare concretamente strategie di wellbeing all'interno del contesto aziendale finalizzate, per quanto possibile, a produrre significativi impatti benefici

Descrizione

- organizzazione di specifiche iniziative anche formative;
- predisposizione e distribuzione di materiale informativo/formativo ad ogni dipendente;
- focus groups, circle time groups o interventi di mediazione interne per favorire la collaborazione e la positiva gestione dei conflitti;
- sportello di ascolto sulle tematiche del benessere organizzativo ed individuale;
- individuazione di specifici spazi/strutture per svolgere attività fisica all'interno dell'azienda;

Attori coinvolti Direzione Aziendale, UU.OO. Amministrative e Sanitarie DPSS e Dirigenza Medica, Gruppo aziendale di gestione Stress Lavoro Correlato Referenti WHP CUG

AREA PROMOZIONE POLITICHE DI CONCILIAZIONE VITA E LAVORO

Azione Proseguire nell'attuazione delle pratiche lavorative che permettano la conciliazione dei tempi di lavoro con la vita privata quali il telelavoro e lo smartworking, tramite un'analisi delle sperimentazioni e degli utilizzi effettuati durante la pandemia, sulla base delle quali valutare l'introduzione di elementi migliorativi rispetto alla conciliazione dei tempi

Obiettivi Promozione dell'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro Promozione di azioni per sostenere i dipendenti nel lavoro di cura familiare (anziani, minori...)

Descrizione

- Proseguire, in coerenza con quanto previsto dalla normativa e dal Regolamento aziendale (Del. 1139/19), la sperimentazione dello smartworking come modalità di lavoro flessibile;
- Ricognizione/individuazione/analisi di fattibilità/individuazione di possibili servizi per lavoratrici/lavoratori (es.: maggiordomo aziendale, servizio market, lavanderia, baby sitting, scuola estiva/invernale...)
- Prime valutazioni degli strumenti più adeguati per favorire la conciliazione tra lavoro e vita familiare dei dipendenti, sempre più numerosi, che si occupano attivamente della cura di familiari anziani non autosufficienti;
- Attivare controlli mirati agli accessi al parcheggio riservato al personale dipendente nonché al rilascio/ritiro delle autorizzazioni di accessi temporanei

Attori coinvolti Direzione Aziendale U.O. Gestione Risorse Umane Referenti WHP CUG Enti e Reti territoriali (ASST, ATS, Comuni, Provincia ecc)

AREA ANALISI E GESTIONE RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

Azione 1

Valutazione del rischio Stress Lavoro correlato

Obiettivi Lo scopo della valutazione del rischio è di identificare e misurare i livelli di rischio presenti, evidenziare le criticità per intraprendere il programma delle misure di prevenzione e protezione

Descrizione Nel dicembre 2010 viene redatta la valutazione di rischio sulla base dell'analisi oggettiva proposta dall'INAIL, redigendo una scheda unica di indicatori aziendali per ogni singolo Dipartimento. Compresa la natura dei fattori oggettivi analizzati con la CHECK LIST ed attuate le misure di miglioramento identificate, in caso di rischio ALTO è necessario procedere alla valutazione soggettiva dello stress lavoro-correlato. La valutazione soggettiva coordinata dall'SSD Psicologia dell'ASST, consiste nella somministrazione di due questionari (HSE – Information about health and safety at work e MOC – indagine sulla salute organizzativa). Oltre alla valutazione del rischio Stress Lavoro correlato, che tiene conto delle periodiche indagini di Clima organizzativo, vengono condotte valutazioni di rischio specifiche per il rischio aggressioni, per il rischio rapina

Attori coinvolti La valutazione dei rischi è condotta dal servizio prevenzione e protezione, mentre il programma degli interventi viene definito dal gruppo di coordinamento per la valutazione e gestione del rischio da stress lavoro correlato costituito con delibera n°428 del 11 giugno 2010 aggiornata da ultimo con delibera n.793 del 17/09/20.

AREA ANALISI E GESTIONE RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

Azione 2 Sportello stress, stress unit e ambulatorio di psico-traumatologia per la gestione di sindromi post traumatiche

Obiettivi Proseguire l'attività dell'ambulatorio di supporto psicologico specialistico dedicato ai dipendenti che stanno vivendo un momento di difficoltà o malessere in ambito lavorativo, anche conseguente ad incidenti lavorativi, aggressioni da parte di pazienti, errori con conseguenze traumatiche, o altre situazioni di emergenza (sindromi post traumatiche) con la finalità di aiutare il dipendente ad integrare le proprie necessità con le risposte offerte dagli istituti contrattuali aziendali Rilevare criticità ed esigenze del personale relativamente a disagi o condizioni di lavoro stressogene Fornire al dipendente percorsi strutturati per la gestione dei casi di disagio lavorativo e per prevenire il rischio Stress lavoro correlato oltre ad elementi di coping per riprendere le attività lavorative o evidenziare la necessità di trasferimento del lavoratore in ambiti più consoni a ridurre l'elemento di stress-lavoro.

Descrizione L'esperienza fin'ora sviluppata allo Sportello Stress ha messo in evidenza l'accesso di quattro categorie diagnostiche: 1. sindromi post traumatiche da stress; 2. reazioni ansioso depressive; 3. disturbi da attacchi di panico; 4. disturbi della relazione e comunicazione individuale e di gruppo. Il primo colloquio si svolge su appuntamento nella sede di Seriate, dove è stato assegnato un apposito ambulatorio allo Psicologo. L'accesso allo Sportello avviene in modalità volontaria, generalmente fuori dall'orario di servizio e in modalità di permesso. Al singolo paziente, su richiesta, sarà rilasciata attestazione di presenza alle visite /colloqui. Le visite/colloquio sono effettuate accogliendo il richiedente in uno spirito "non giudicante" e indirizzandolo all'analisi del problema e alla comprensione del suo vissuto. Se è necessario, per la comprensione del caso possono essere utilizzati tutti gli strumenti della psicologia clinica disponibili per realizzare una indagine psicodiagnostica che aiuti a fornire un quadro psicodiagnostico definito, comprese le indicazioni psicoterapeutiche. Successivamente si concorda con il richiedente un piano terapeutico di intervento con scelta del metodo psicoterapeutico più adatto. Per ciò che riguarda le Sindromi Post Traumatiche, il trattamento di elezione è l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). L'attivazione dell'intervento deve avvenire il prima possibile per stabilizzare il paziente ed il contesto e permettere una ripresa rapida della attività

lavorativa. Viene inoltre definito un piano di “riadattamento” lavorativo, che dev'essere concordato (previa autorizzazione del lavoratore/i) con i componenti della Stress Unit attivati di volta in volta dal responsabile dello “Sportello Stress” o da uno dei componenti stessi, inviando e-mail di richiesta di riunione ai componenti della Stress Unit o al Gruppo di Lavoro per la valutazione del rischio Stress Lavoro correlato. I dirigenti, i preposti, il medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza possono indirizzare allo sportello i lavoratori per i quali siano evidenti problematiche connesse allo Stress Lavoro Correlato. Sulla rete intranet aziendale è stato reso disponibile dal C.U.G. un documento da cui emergono le competenze specifiche ed i percorsi più appropriati; Per problematiche e casi individuali l'UOS Servizio Medicina del Lavoro implementa un percorso diagnostico terapeutico a persona.

Attori coinvolti Il responsabile dello sportello Stress è il dirigente della SSD Psicologia dell'ASST Lavoratori La Stress Unit (delibera di costituzione della Stress Unit n° 1089/17): Medico Competente Direttore UOC Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali Direttore UOC Gestione Risorse Umane

AREA ANALISI E GESTIONE RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

Azione 3 Percorsi Formativi ANTI STRESS rivolti ai lavoratori

Obiettivi Proseguire la formazione continua con lo scopo di fornire ai dipendente elementi per riconoscere e fronteggiare le diverse tipologie di fonti stressogene in ambito lavorativo e relative forme e patologie (es. mobbing, burn out...) ad esse connesse e fornire anche gli elementi di contrasto

Descrizione Il piano formativo per la crescita professionale dei lavoratori prevede di prassi i seguenti percorsi formativi: “Il ruolo di preposti e dirigenti nell'organizzazione del lavoro e del rischio stress lavoro correlato” rivolto ai preposti e dirigenti aziendali così come individuati dal D.Lvo 81/08 “Applicazione nella pratica clinica delle linee guida per la prevenzione ed il trattamento dei pazienti con rischio autolesivo-eterolesivo e con anomalie comportamentali” rivolto al personale maggiormente esposto al rischio da aggressione (Pronto Soccorso e SPDC) “Riconoscere, prevenire e gestire i pazienti a rischio di agiti violenti (retraining)” rivolto al personale maggiormente esposto al rischio da aggressione (Pronto Soccorso e SPDC) “Tecniche di gestione dello stress da incidente critico” (CISM-Critical Incident Stress Management): intervento psicologico/clinico strutturato e di gruppo, rivolto al personale del Pronto Soccorso (CISD-Debriefing), finalizzato ad alleviare i sintomi da stress che spesso affliggono gli operatori dei servizi di pronto soccorso, migliorare le modalità di coping e favorire il senso di appartenenza al gruppo/équipe. “gestione del burn-out” rivolti al personale dell'oncologia al fine di contenere la sofferenza emotiva che gli operatori sperimentano a causa della tipologia di utenza. .

Ed altri corsi correlati ai fattori di stress riferiti a specifici contesti lavorativi e rivolti trasversalmente a più specifici gruppi omogenei, quali:

- Comunicazione efficace
- Strumenti per migliorare le relazioni
- La gestione e gli strumenti del rischio clinico
- Etica della comunicazione e comunicazione etica: la comunicazione nel rapporto con i colleghi, con i malati e con i superiori
- Imparare dall'errore
- La relazione di aiuto nelle professioni di cura

Attori coinvolti UOS Formazione e Aggiornamento Servizio Prevenzione e Protezione

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO

In coerenza 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", l'Azienda con deliberazione nr 1139 del 23/12/2019 ha adottato il Regolamento per la sperimentazione dello Smart Working come modalità di lavoro flessibile, finalizzata alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale dipendente.

L'adozione del regolamento è stato l'atto conclusivo di un percorso volto ad analizzare il contesto aziendale attraverso un gruppo di lavoro preposto allo studio del progetto, all'individuazione, in collaborazione con i responsabili di UU.OO, delle attività compatibili con il lavoro agile, delle strutture e delle figure professionali da ricomprendere nell'ambito della sperimentazione. L'analisi è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc.

Il risultato della mappatura delle attività e dei processi è quello di seguito riportato:

Unità Operativa	Settori
DPSS (per personale sanitario)	Servizio Igiene ospedaliera
Gestione Risorse Umane	Giuridico, Economico-Previdenza, Presenze-Assenze, Flussi Ministeriali e Regionali
Gestione Amm.va Integrata	Segreteria Aziendale CUP
Formazione - Aggiornamento	Attività di gestione evento - accreditamento, Portfolio Formativo
Gestione Acquisti e Logistica	Ufficio Gare - Adesioni ARIA - Osservatorio Acquisti
Economico Finanziaria	Entrate, Fornitori, Bilancio, Convenzioni, Segreteria

La fase preliminare ha visto anche la produzione dei documenti sulla sicurezza e sulla privacy.

Dalla fase della sperimentazione è stata esclusa la dirigenza sia medica che non medica.

Nel mese di gennaio 2020 si è quindi proceduto alla pubblicazione dell'avviso rivolto al personale dipendente per la manifestazione di interesse al lavoro agile la cui scadenza era fissata per il 10/02/2020.

L'UOC Gestione Risorse Umane, decorsa la scadenza dell'avviso, nel corso del mese di febbraio era in procinto di organizzare gli incontri con la commissione preposta ai colloqui per esaminare le domande pervenute e valutare la compatibilità dello Smart Working in relazione alle attività svolte, all'autonomia dei compiti e alla misurabilità delle prestazioni.

I dipendenti idonei avrebbero quindi sottoscritto un apposito contratto individuale integrativo di adesione contenente le modalità della prestazione in SW, le tutele del lavoratore e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza del lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

EMERGENZA COVID 19 - LAVORO AGILE (SMART-WORKING)

A seguito del diffondersi dell'epidemia Covid-19, a partire da fine febbraio 2020, sono stati emanati una serie di provvedimenti per semplificare l'accesso allo Smart Working e diffonderne al massimo l'utilizzo nella PA:

- Decreto legge nr 6 del 23 febbraio 2020, recante “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Decreto-legge nr 9 del 2 marzo 2020, recante “*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*”;
- Direttiva n.1/2020 della Funzione pubblica – Emergenza epidemiologica COVID-2019;
- Circolare n.1/2020 del Ministro della PA;
- Direttiva 2/2020 del Ministro Dadone in relazione all'emergenza Covid-19 che sostituisce la Direttiva n.1/2020;
- Decreto legge “Cura Italia”, nr 18 del 17 marzo 2020 (convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27);
- Circolare n. 2/2020 della Funzione Pubblica;
- Decreto Rilancio (Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 come convertito con la legge 17 luglio 2020, n. 77).

Il quadro normativo sopra riepilogato deve essere inquadrato nel contesto di un'Azienda sanitaria quale la ASST BG EST particolarmente coinvolta nella gestione dell'emergenza Covid-19.

Nel variegato mondo delle PA la Sanità ha la sua specificità e la normativa sullo SW deve trovare il suo riferimento non tanto nei reparti sanitari (adibiti alla cura) quanto nelle UU.OO. di supporto all'attività sanitaria.

La Direzione Strategica dell'Azienda già dai primi giorni di marzo 2020 invitava i responsabili delle articolazioni amm.ve centrali e territoriali a ridurre allo stretto necessario la presenza fisica degli operatori negli uffici, attivando quanto più possibile lo smart working in forma semplificata e le altre misure (congedi ecc.) previste per fronteggiare l'emergenza Covid 19.

In questo contesto si inserisce l'ordinanza del Presidente di Regione Lombardia nr 515 del 22/03/2020 che al punto 6 dispone “Per quanto concerne la funzione sanità, ai fini della presente Ordinanza, si considerano servizi

essenziali e di pubblica utilità tutte le attività di erogazione del servizio sociale, socio-sanitario e sanitario regionale nonché quelle di supporto tecnico, professionale e amministrativo, salvo quelle eventualmente individuate dalle Direzioni delle aziende, agenzie e enti del servizio per le quali non sia necessaria l'attività di supporto in presenza".

Con deliberazione nr 250 del 25/03/2020 ad oggetto "Definizione dei criteri organizzativi per la gestione dell'emergenza Covid 19, in attuazione delle ordinanze del Presidente della Giunta di Regione Lombardia" l'Azienda dà attuazione alle disposizioni di cui all'Ordinanza.

Tenuto conto di quanto sottolineato dall'ordinanza di Regione Lombardia nr 515 del 22/03/2020 tutte le attività svolte nell'ambito della funzione sanità sono da considerarsi servizi essenziali, pertanto nessun UO/Servizio è stato chiuso pur avendo fortemente limitato l'attività in presenza.

Sin dall'avvio dell'epidemia da Covid 19 e per tutta la durata dell'emergenza ai Dirigenti delle articolazioni amm.ve centrali e territoriali è stata fornita l'indicazione di impiegare ove possibile lo SW in forma semplificata e secondo la loro valutazione.

I Responsabili delle articolazione organizzative sono stati inviati a:

- inviare formale comunicazione all'UOC Gestione Risorse Umane dei dipendenti da impiegare in SW evidenziando la decorrenza, i giorni individuati per lo SW e le attività previste.
- attivarsi con l'UOS Servizio Informatico Aziendale per l'installazione su PC individuato per lavorare da remoto dell'applicazione VPN, laddove necessario.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha sempre sottolineato che anche nella fase emergenziale il dipendente in SW:

- svolge "in remoto" l'intera giornata lavorativa per i giorni/settimana concordati;
- non produce lavoro straordinario;
- dovrà essere rintracciabile, dal funzionario di riferimento o dal dirigente, garantendo una reperibilità telefonicamente, via e-mail o attraverso altri strumenti informatici.

Il prospetto sotto riportato esplicita in modo evidente il ricorso allo SW nel periodo marzo - giugno 2020:

SMART WORKING - LAVORO AGILE - PERIODO EMERGENZA COVID-19				
	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
NR DIPENDENTI ASST BG EST nel periodo	DIPENDENTI IN SMART WORKING			
2443	114	142	128	95

L'Azienda ha tenuto comunque conto delle prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale

e adeguato la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei protocolli di sicurezza e nei documenti di valutazione dei rischi.

Terminata la fase emergenziale sono state riportate all'attenzione le domande di accesso allo SW inoltrate a seguito dell'avviso di gennaio 2020 pervenendo alla formalizzazione di nr 10 contratti di SW in accordo con i rispettivi responsabili e previa individuazione delle giornate, delle attività e degli obiettivi.

Residuano comunque situazioni che risentono delle modalità operative adottate durante la fase emergenziale che necessitano di una rivalutazione ai fini della corretta gestione.

Il prospetto sotto riportato esplicita il ricorso allo SW nel periodo luglio - novembre 2020:

SMART WORKING - LAVORO AGILE -					
	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE
NR DIPENDENTI ASST nel periodo	DIPENDENTI IN SMART WORKING				
2464	72	51	58	64	28

ANNO 2021	nr dipendenti in SW	Giorni	ORE
Comparto	74	3295	21489
Dirigenza medica	4	47	345,92
Dirigenza non medica	18	794	5787,84
Dirigenza PTA	1	18	132,48
Totale complessivo	97	4154	27755,24

MODALITA' ATTUATIVE

Il **Regolamento sul lavoro agile**, che l'Azienda ha adottato con deliberazione nr 1139 del 23/12/2019 a conclusione dei lavori preparatori ed in condivisione con le OO.SS., il CUG e l'Organismo Paritetico per l'Innovazione, tiene conto della disciplina contenuta nei contratti collettivi nazionali di lavoro, ai contratti collettivi nazionali integrativi e ai contratti decentrati integrativi per la regolamentazione dei diritti e gli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro. Il Regolamento rinvia all'accordo individuale tra datore di lavoro e lavoratrice/lavoratore per la definizione di tempi, contenuti e modalità di esercizio della prestazione lavorativa nel rispetto delle fonti di disciplina sopra richiamate.

**Regolamento sul lavoro agile dell'ASST BG EST approvato con delibera 1139 del 23/12/2019
in allegato al presente documento**

Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile e individuazione potenziali SW

Unità Operativa	Settori individuati	Potenziali SW (dipendenti assegnati all'UO/articolazione interna)	SW FORMALIZZATI CON ACCORDO INDIVIDUALE	% SW attivi
Servizio Igiene ospedaliera	Specifiche attività individuate di competenza infermieristica	6	1	16
Gestione Risorse Umane	Giuridico, Economico-Previdenza, Presenze-Assenze, Flussi Ministeriali e Regionali	25	5	20
Gestione Amm.va Integrata	Segreteria Aziendale CUP	12	0	0
Formazione - Aggiornamento	Attività di gestione evento - accreditamento, Portfolio Formativo	4	0	0
Gestione Acquisti e Logistica	Ufficio Gare - Adesioni ARIA - Osservatorio Acquisti	14	0	0
Economico Finanziaria	Entrate, Fornitori, Bilancio, Convenzioni, Segreteria	10	4	40

Essendo l'ASST BG EST un'azienda sanitaria nell'ambito della quale il numero prevalente di personale opera all'intero di reparti sanitari preposti alla cura dell'ammalato e pertanto difficilmente compatibili con lo SW, la mappatura delle attività è stata rivolta alle attività amm.ve- tecniche compatibili con il lavoro agile.

Mappatura di aree di "co-working"

Ricognizione degli spazi da dedicare al "co-working" per dare la possibilità di svolgere lo SW anche in sedi dell'Azienda diverse dalla sede di assegnazione del dipendente. Di seguito la ricognizione:

RICOGNIZIONE SPAZI SW	EDIFICIO	PIANO	STANZA
SERiate - OSPEDALE	EDIFICIO 7	PIANO 2	C.2.10A
ALZANO L.DO - OSPEDALE	BLOCCO E	PIANO 1	E.2.255
GAZZANIGA - OSPEDALE	EDIFICIO D	PIANO 1	D.1.12
CALCINATE - POT	AREA CAMERA MORTUARIA	PIANO TERRA	B.T.33
LOVERE - OSPEDALE		PIANO 1	B.1.02
PIARIO - OSPEDALE	VILLA MEDICI	PIANO 1	A. 2.06

Documento informativo in materia di salute e sicurezza del lavoro per le attività svolte in regime di Smart Working

Il “Documento informativo in materia di salute e sicurezza del lavoro per le attività svolte in regime di Smart Working” parte integrante del Regolamento aziendale di SW

Documento “Codice norme trattamento dati”

Il “Codice norme trattamento dati” parte integrante del Regolamento aziendale di SW

Guida tecnica informatica

La “Guida tecnica informatica” parte integrante del Regolamento Aziendale SW

Attività di formazione

Sono in fase di valutazione percorsi formativi per

- i dirigenti/responsabili di UO con l’obiettivo di 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;
- per i dipendenti con l’obiettivo di fornire/rafforzare le competenze digitali necessarie per l’auto-organizzazione del lavoro e per la cooperazione a distanza tra colleghi.

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

1) **Gruppo di lavoro interno**, senza oneri aggiuntivi, composto da membri dell'azienda che supportino lo studio del progetto così composto:

- Direttore UOC Gestione Risorse Umane
- Responsabile Servizio Informatico/Responsabili della Transizione al Digitale (RTD)
- Responsabile Sicurezza, Prevenzione e Protezione
- Responsabile Affari Generali e Legali;
- Direttore UOC Risorse Tecniche
- Presidente del CUG

L'attività del gruppo di lavoro si focalizza in particolare alla verifica/monitoraggio degli spazi e della dotazione tecnologica e all'adeguamento delle misure in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e in materia di trattamento dei dati.

2) L'**UOC Gestione Risorse Umane**, che funge da cabina di regia dell'intero processo, in particolare si dedica:

- **all'analisi dell'azienda**, in termini di caratteristiche di macrostruttura organizzativa (Dipartimenti, Settori, Uffici ecc.) e mappatura delle attività e dei processi, riferiti alle strutture presso le quali si intende avviare la sperimentazione;

- **all'analisi e mappatura del personale e all'analisi quantitativa del personale**, integrata di aspetti qualitativi, finalizzati alla possibilità di privilegiare l'accesso in ragione della tipologia del rapporto di lavoro (indeterminato, determinato, part-time) con indicazione di alcune categorie da privilegiare o sulle quali porre particolare attenzione.

L'**UOC Gestione Risorse Umane** ha redatto il Regolamento adottato con deliberazione nr 1139 del 23/12/2019

Il Regolamento prima della sua adozione è stato condiviso con il **NVP**, il Comitato Unico di Garanzia (**CUG**) e le **Organizzazioni Sindacali - Comitato paritetico per l'innovazione**.

3) **Dirigenti/Responsabili** di UO/Sevizio:

- coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile;
- tenuti a operare un monitoraggio mirato e costante in itinere ed ex post con attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amm.va.

PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Alla luce del Decreto del 19/10/2020 del Ministro della PA il Direttore del Dipartimento Amm.vo dell' Azienda ha convocato, in data 02/11/2020, una riunione di dipartimento per condividerne i contenuti e sottolineare che:

- lo SW è una delle possibilità previste per la gestione della prestazione lavorativa;
- è auspicabile prevedere una flessibilità organizzativa che può comportare una revisione dell'attuale settimana lavorativa nonché degli orari giornalieri o settimanali di lavoro;
- è necessario continuare a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro al personale che opera in presenza invitando tutti ad effettuare, qualora non ancora fatto, le opportune verifiche con il Servizio Prevenzione e Protezione;
- alla luce dell'esperienza maturata durante il periodo dell'emergenza e dalla rivalutazione dello SW da parte di alcuni Responsabili è opportuno attivare una nuova mappatura delle attività.

Di seguito dettaglio Programma di Sviluppo anche alla luce delle previsioni contenute nel CCNL 2019-2021 Comparto Sanità di prossima sottoscrizione:

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI		FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	
SALUTE ORGANIZZATIVA							
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	NUOVA MAPPATURA DELLE ATTIVITA'	Realizzazione di una nuova mappatura delle attività anche alla luce dell'esperienza maturata durante il periodo dell'emergenza COVID e dalla rivalutazione dello SW da parte di alcuni Responsabili - a cura UOC Gestione Risorse Umane		Nuova mappatura	Individuazione nuove attività e potenziali SW	Formalizzazione SW con accordo individuale	
	NUOVA RICOGNIZIONE DEGLI SPAZI DA DEDICARE AL "CO-WORKING"	Verifica e nuova ricognizione degli spazi da dedicare al co-working - a cura UOC Risorse Tecniche		Nuova mappatura	Individuazione nuove postazioni e SW che ne usufruiscono	SW che ne usufruiscono	
	ANALISI DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO - focus Lavoro Agile	Individuazione di item dedicati all'analisi del lavoro agile per comprendere l'impatto che può avere sulle dinamiche relazionali, sia verticali che orizzontali tra i membri dell'Azienda - Presidente del CUG		Individuazione nuovi item	Applicazione	Misurazione	
	MONITORAGGIO LAVORO AGILE	Effettuazione Monitoraggio annuale con relazione da inviare a NVP, CUG e OO.SS. - a cura UOC Gestione Risorse Umane		Relazione annuale	Relazione annuale	Relazione annuale	
	HELP DESK INFORMATICO - DEDICATO ALLO SW	Individuazione a cura dell'UOS Servizio Informatico		Informazione al personale individuazione Help Desk dedicato			

SALUTE PROFESSIONALE						
ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI	Attenzione a nuovi bisogni formativi emergenti legati al lavoro agile (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e uso delle tecnologie digitali) - a cura UOS Formazione e Aggiornamento		Rilevazione bisogni formativi legati al lavoro agile			
PERCORSI FORMATIVI PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE DIGITALI	Predisposizione percorsi formativi per i dipendenti in SW e per i dirigenti/responsabili con l'obiettivo di inserirli nel Piano Formativo Aziendale			Predisposizione percorsi formativi da inserire nel Piano Formativo	Attuazione percorsi formativi previsti nel Piano Formativo	
SALUTE DIGITALE						
NUOVA RICOGNIZIONE DEI REQUISITI TECNOLOGICI	Verifica e nuova ricognizione dei requisiti tecnologici - a cura UOS Servizio Informatico		Nuova mappatura	Implementazione strumenti a disposizione per il lavoro agile	Implementazione strumenti a disposizione per il lavoro agile	
COMPATIBILTA' DEI SISTEMI IN USO IN AZIENDA CON GLI OBIETTIVI DI ATTUAZIONE DELL'AGENDA DIGITALE	Verifica a cura dell'RDT		Relazione a cura dell'RDT	Relazione a cura dell'RDT	Relazione a cura dell'RDT	
SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA						
COSTI PER LAVORO STRAORDINARIO	Rispetto ai soggetti in SW rilevazione lavoro straordinario e confronto con anno precedente		rilevazione e confronto con anno precedente	rilevazione e confronto con anno precedente	rilevazione e confronto con anno precedente	

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI		FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'						
	INCREMENTO DELL'1% DEI SW	% LAVORATORI AGILI/LAVORATORI POTENZIALI		1%	2%	3% o mantenimento 2023	
	QUALITA'						
	SODDISFAZIONE	% DIRIGENTI/RESPONSABILI SODDISFATTI		80%	90%	100%	
		% DIPENDENTI IN SW SODDISFATTI		80%	90%	100%	
NOTE							

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI		FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	ECONOMICITA'						
	RIFLESSO ECONOMICO	Riduzione lavoro straordinario del personale in SW		10%	20%	30%	
	EFFICIENZA						
	PRODUTTIVITA'	Diminuzione gg assenza su gg lavorabili in un anno del personale in SW		10%	20%	30%	
	EFFICACIA						
QUALITATIVA	% raggiungimento degli obiettivi assegnati al personale in SW		80% (media)	90% (media)	100% (media)		
NOTE							

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI		FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	
IMPATTI	IMPATTO SOCIALE						
	WORK LIFE BALANCE	conciliazione tempi vita e lavoro		80% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	90% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	100% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	
	IMPATTO AMBIENTALE						
	EMISSIONE CO2	riduzione emissione CO2 stimato su dichiarazione dei dipendenti rispetto a Km casa/lavoro (KM risparmiati x commuting *gr CO2/KM)		80% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	90% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	100% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	
	IMPATTO ECONOMICO						
	RIDUZIONE COSTI PER IL DIPENDENTE	€ risparmiati per riduzione km casa/lavoro		80% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	90% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	100% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	
	IMPATTI INTERNI						
	MIGLIORAMENTO SALUTE ORGANIZZATIVA E DI CLIMA	tramite l'indice di soddisfazione dei dipendenti coinvolti.		80% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	90% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	100% GIUDIZIO POSITIVO coerentemente con % di SW	

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'amministrazione 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 proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

Come da DLGS 165/2001, il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) 2021-2022-2023 dell'ASST Bergamo Est è stato adottato con delibera n. 360 del 07/04/2022

Il PTFP viene allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale.

Considerato che nell'anno 2022 è previsto l'avvio della Riforma del SSR di cui alla Legge 22/2021 e che le Aziende del SSR sono state chiamate a rivedere gli assetti alla luce dell'organizzazione e dei principi della Legge regionale sopra citata, il PTFP approvato sarà oggetto di revisione nel corso dell'anno 2022.

Consistenza di personale al 31 dicembre 2021

FTE		2021
DIRIGENZA MEDICA	S	355,2
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	47,4
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,9
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,4
DIRIGENZA TECNICA	T	1,0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	6,8
TOTALE DIRIGENZA		416,7
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.082,4
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	122,0
PERSONALE VIGILISPEZIONE	S	4,4
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	84,8
ASSISTENTI SOCIALI	T	19,9
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	154,0
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	217,9
AUSILIARI	T	53,1
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	251,9
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-
TOTALE COMPARTO		1.990,4
TOTALE COMPLESSIVO		2.407,1

La programmazione strategica delle risorse umane è finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. 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 proprio 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 aziendali previste dal POAS che può essere aggiornata in considerazione di nuove attività e servizi nonché di esigenze legate a momenti emergenziali non preventivabili.

L'ASST Bergamo Est attua la copertura del fabbisogno del personale autorizzato ricorrendo alle seguenti procedure:

- procedure concorsuali;
- procedure di mobilità;
- contratti di lavoro flessibile quale forma residuale

Piano formativo aziendale

Le linee guida del PIAO prevedono che venga integrato nel documento al il Piano Formativo Aziendale (PFA) redatto dalla scrivente ASST e allegato al presente documento.

Il PFA viene deliberato annualmente dall'ASST a seguito della raccolta dei bisogni formativi effettuata presso le Unità Operative ed i Servizi dell'ASST e racchiude dettagliatamente le iniziative riferite ad ogni singola area aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi nell'ambito del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina), nonché ove previsto, per gli assistenti sociali.

Le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali sono organizzate per livello organizzativo, vengono distinti i seguenti obiettivi formativi:

- obiettivi formativi di processo: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;
- obiettivi formativi tecnico-professionali: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina;
- obiettivo formativo di sistema: finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure.

Vengono trattati i seguenti ambiti formativi:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP);
- Linee guida - protocolli – procedure;
- Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi,
- profili di assistenza - profili di cura;
- Appropriately delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Principi procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
- Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
- Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
- Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti;
- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra- specialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
- Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socioassistenziali;
- Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate;
- Radioprotezione;
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici: Health Technology Assessment;
- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica: normativa in materia sanitaria, principi etici e civili del S.S.N. e normative su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.

Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, sono rilevabili nel lungo periodo.

4. MONITORAGGIO

Sezione	Responsabilità	Modalità di monitoraggio
Valore pubblico	Controllo di Gestione	Come previsto da DLGS 150/2009
Performance	Qualità	Come previsto da DLGS 150/2009
Rischi corruttivi e trasparenza	RPTCPT	Come previsto dalla normativa di riferimento
Piano Azioni Positive	CUG	Relazione del CUG
Lavoro Agile	Risorse umane e Sistemi Informativi	Questionario customer satisfaction
Piano dei fabbisogni	Risorse umane	Come previsto dalla normativa di riferimento
Piano formativo	Risorse umane - Formazione	Come previsto dalla normativa di riferimento

PUBBLICITÀ

Il presente documento viene adottato e pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione trasparente”.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Est

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA
TRASPARENZA

2022 – 2024

L. 190 del 6 novembre 2012
D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e smi

(Adottato con deliberazione n. 460 del 29/04/2022)

Premessa.....	pag. 5
TITOLO I- PARTE GENERALE.....	pag. 6
1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione.....	pag. 6
2. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.....	pag. 6
3. Referenti anticorruzione.....	pag. 9
4. Coordinamento tra PTPCT, ciclo della Performance, Internal Auditing e PAC.....	pag. 9
5. Il processo di elaborazione del PTPC.....	pag. 11
6. La metodologia di analisi del rischio.....	pag. 12
TITOLO II- ANALISI DEL CONTESTO	pag. 14
7. Analisi del contesto	pag. 14
7a. Contesto esterno	pag. 14
7b. Contesto interno	pag. 18
8. Mappatura dei processi	pag. 23
TITOLO III- VALUTAZIONE DEL RISCHIO	pag. 24
9. Identificazione del rischio	pag. 24
10. Analisi del rischio	pag. 25
11. Ponderazione	pag. 27
TITOTO IV- TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	pag. 28
12. Trattamento del rischio	pag. 28
TITOLO V- SINTESI DELLE MISURE E ATTIVITA' A CARATTERE GENERALE	pag.30
13. Codice di comportamento	pag. 30
14. UPD - Codici disciplinari	pag. 32
15. Misure a tutela del whistleblower	pag. 32
16. Incarichi extraistituzionali	pag. 34
17. Astensione in caso di conflitto di interesse	pag. 35
18. (segue) Dichiarazione di interessi	pag. 38

19. 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).....	pag.39
20. Verifica insussistenza cause di incompatibilità e inconferibilità di incarichi dirigenziali	pag. 39
21. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA.....	pag. 42
22. Modalità per verificare il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito cessazione del rapporto (pantouflage)	pag. 44
23. Rotazione “ordinaria” del personale	pag. 46
24. Rotazione “straordinaria” del personale	pag. 47
25. Formazione in tema di anticorruzione	pag. 48
TITOLO VI – ATTIVITA’ E MISURE SPECIFICHE	pag. 50
26. Programmazione attività in raccordo al percorso di certificabilità (PAC) del bilancio.....	pag. 50
27. Procedure acquisti	pag. 51
28. Patto di integrità e patto anticorruzione negli affidamenti (Art. 1, comma 17, della legge 190/2012)	pag. 55
29. Gestione del contenzioso	pag. 56
30. Collaborazioni professionali esterne	pag. 57
31. Conferimento di incarichi a consulenti	pag. 58
32. Albo docenti/relatori/tutor	pag. 58
33. Decessi in ambito ospedaliero: cointeressenza dei dipendenti all’indirizzo verso determinati fornitori di servizi	pag. 59
34. Liste d’attesa	pag. 60
35. Attività libero professionale	pag. 61
36. Informatori scientifici	pag. 63
37. Procedure concorsuali	pag. 64
38. Sponsorizzazioni per eventi formativi	pag. 65
39. Sponsorizzazioni – Donazioni	pag. 65
40. Sperimentazioni	pag. 67
41. Rifiuti sanitari	pag. 67
42. “Gestore” delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo	pag. 68

TITOLO VII – EMERGENZA COVID-19: I SETTORI E I RISCHI DI CORRUZIONE EMERGENTI DURANTE L’EMERGENZA pag. 69

TITOLO VIII – TRASPARENZApag. 72

43. Obiettivi Strategici in materia di trasparenza pag. 72

44. Amministrazione trasparentepag. 73

45. Attività svolte e soggetti coinvoltipag. 75

46. Trasparenza durante l’emergenzapag. 77

47. Pubblicazione dati patrimoniali e reddituali del personale dirigenziale (art. 14, comma 1, lett f) d.lgs. 33/2013 smipag. 78

48. Accesso civicopag. 80

49. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile – stakeholder pag. 81

TITOLO IX – MONITORAGGIO E RIESAME pag. 82

50. Monitoraggio.....pag. 82

51. Considerazioni conclusivepag. 84

Allegati:

- 1) Scheda valutazione del rischio PNA 2013
- 2) Scheda valutazione del rischio PNA 2019
- 3) Elenco referenti anticorruzione
- 4) Mappatura del trattamento dei rischi
- 5) Allegato A – Elenco degli obblighi di pubblicazione

PREMESSA

Il presente documento riguarda il PTPC 2022/2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Bergamo Est, senza soluzione di continuità con i precedenti piani, 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.

Scopo del Piano è quello di coordinare strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione intesa come “maladministration” e precisamente come l'insieme dei comportamenti, assunzione di decisioni, che deviano dal perseguimento dell'interesse generale, a causa del condizionamento di interessi particolari. A tal proposito, il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare numero 1 del 25 gennaio 2013, ha precisato che il concetto di corruzione della legge 190/2012 comprende tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Pertanto, anche se i comportamenti non si sostanziano in specifici reati, ma risultano essere contrari all'interesse pubblico, vengono meno i principi costituzionali dell'imparzialità e della buona amministrazione.

Il presente Piano persegue le seguenti finalità: ridurre l'eventualità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Rinviando ai piani precedenti quanto al dettaglio dei ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo ed alla strategia di gestione del rischio, nello sforzo di osservare al meglio la normativa nazionale in materia di anticorruzione ¹ e trasparenza ², le direttive ANAC ³, le direttive di ARAC (ora ORAC – Organismo Regionale Anti Corruzione) e regionali, con il presente piano si propone di illustrare cosa si intende fare, attraverso una valutazione del livello di esposizione delle strutture aziendali al rischio corruttivo e l'individuazione delle misure utili a prevenire il rischio stesso (analisi e trattamento del rischio), avvalendosi in particolare della mappatura dei processi, e anche di quanto emerso ed evidenziato nella Relazione sull'attuazione dello scorso PTPCT.

Si sottolinea l'impatto che la pandemia ha avuto negli ultimi anni e che richiede tuttora l'attuazione di misure di contrasto e di contenimento per affrontare l'emergenza epidemiologica, adeguando i modelli organizzativi ed operativi. La gestione della crisi ha modificato anche il modo di lavorare (ad esempio con ricorso allo smart working).

Sia in fase emergenziale che in quella post Covid-19 i temi dell'integrità, dell'equità e della trasparenza assumono ancora più rilievo per il corretto dispiego delle risorse e per l'esercizio di un adeguato controllo da parte dei cittadini.

A mente dell'art. 6 del D.L. 9- giugno 2021, n. 80/2021, convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113, il presente piano potrà subire adeguamenti in sede di adozione del PIAO (Piano Integrato di

¹ L. 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.

² D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

³ In particolare la delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”, con attenzione alle indicazioni contenute nella alla sezione VII della parte speciale riferita alla Sanità, e la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”.

Attività e Organizzazione), in cui confluirà in maniera consistente in un'apposita sezione, nell'ottica della massima semplificazione, maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance.

Titolo I° - PARTE GENERALE

1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione

L'Organo di indirizzo deve assumere un ruolo proattivo, anche attraverso la creazione sia di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole, sia di supporto al RPCT, sia di condizioni che ne favoriscano l'effettiva autonomia.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Considerata l'emergenza sanitaria degli ultimi anni, nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi, l'Azienda stabilisce per il triennio 2022/2024 di:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra il PTPCT ed il Piano delle Performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata, quale strumento fondamentale per diffondere la cultura della legalità e della buona amministrazione;
- incrementare il grado di automazione e digitalizzazione dei processi: misura di prevenzione volta a garantire tracciabilità, verificabilità e imparzialità dell'operato dell'Azienda, oltre che a semplificare e rendere più accessibili e trasparenti le attività svolte.

2. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

- Direzione Strategica della ASST

L'Organo di indirizzo assume un ruolo proattivo, anche attraverso la creazione sia di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole, sia di supporto al RPCT, sia di condizioni che ne favoriscano l'effettiva autonomia, oltre a garantire la piena collaborazione e attiva partecipazione per attuare una strategia di prevenzione della corruzione.

- Il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Il Direttore Generale, con atto deliberativo n. 55 del 28.01.2016, 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 Vitali, Responsabile della SSD Affari Generali e Legali, confermata con delibera n. 604 del 12.07.2019.

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, coinvolgendo tutti gli altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.

- **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**

Il NVP quale organismo di controllo partecipa al percorso di gestione e trattamento del rischio svolgendo i compiti attribuiti ex L. 190/2012 con condivisione della mappatura dei processi a rischio corruttivo e conseguente valutazione dei rischi, verificando e controllando gli adempimenti in tema di obblighi di pubblicazione ex D.Lgs 33/2013, esprimendo parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.

Con il NVP era stato condiviso il percorso per addivenire ad una completa mappatura dei processi a rischio corruttivo con conseguente valutazione dei rischi.

- **Stakeholders**

Il Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta agli stakeholders interni ed esterni mediante un apposito avviso nel sito web aziendale, in modo che tutti i soggetti interessati possano formulare proposte di integrazione e contributi di aggiornamento (vedere paragrafo 49)

- **Internal Auditing**

L'Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni e piani di miglioramento in relazione alle attività esaminate, quale controllo di terzo livello per le aree di analisi del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Dal PTPCT potranno scaturire ulteriori ambiti oggetto d'interesse a cura della funzione di Internal Auditing aziendale da prevedere nei prossimi Piani di Audit.

Infatti nei Piani di Audit possono essere presi in considerazione processi a rischio corruttivo contenuti nei PTPCT, rafforzando ulteriormente l'attività di assurance e di controllo propria dell'Internal Auditing, attraverso un'attività congiunta e coordinata con l'intera Direzione Strategica.

Emerge che gli esiti degli audit hanno dato seguito ad azioni finalizzate al miglioramento del sistema stesso portando ad aggiornamenti delle procedure.

- **UOC Qualità Risk Management e Processi di Integrazione**

L'UOC Qualità Risk Management e Processi di Integrazione, 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.

- **UOS Formazione e Aggiornamento**

Sulla piattaforma e-learning aziendale è stato attuato il percorso obbligatorio "Formazione generale in materia di anticorruzione", accreditato ECM.

L'UOS Formazione e aggiornamento 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).

(Vedere paragrafo 25 e Piano Formazione aziendale)

- **Dirigenti**

I Dirigenti, in particolare quelli delle aree a maggior rischio corruttivo, sono coinvolti nella mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi.

Svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di prevenzione.

Il RPCT ha collaborato attivamente con i Responsabili e Referenti delle diverse UU.OO, sia alla predisposizione della mappatura che all'individuazione di quelle misure che potessero consentire un adeguato controllo dei vari contesti aziendali. Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali ed osservano le misure contenute nel PTPCT.

- **RASA**

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

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 dell'UOC Acquisti e Logistica.

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

Con deliberazione n. 599 del 04/07/2019 il RPCT è stato nominato "Gestore" delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio, con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio. Il Gestore 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: - UOC Gestione Acquisti e Logistica; - UOC Gestione Tecnico-Patrimoniale; - UOC Economico – Finanziaria; - S.S. Sistemi Informativi Aziendali; - UOC Farmacia.

- **Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.)**

Svolge i procedimenti disciplinari e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

- **Data Protection Officer (D.P.O.)**

Osserva, valuta e organizza la gestione del trattamento di dati personali (e dunque la loro protezione) all'interno dell'Azienda, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali. Figura introdotta dal Regolamento Generale sulla Protezione dei dati 2016/679 (GDPR).

- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**

Fornisce informazioni di carattere generale sui servizi dell'Azienda, accoglie suggerimenti e reclami per migliorare l'organizzazione dei servizi, ascolta e orienta il cittadino aiutandolo a risolvere le proprie richieste e, in attuazione del principio di trasparenza e di attivazione delle azioni di miglioramento, cura la rilevazione e l'elaborazione della qualità percepita dagli utenti attraverso la *customer satisfaction*.

- **Dipendenti**

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPCT., collaborano con i propri Responsabili, osservano le misure contenute nel Piano, 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.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano e del Codice di Comportamento.

- **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 del Codice di Comportamento ed a segnalare le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di whistleblowing.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione viene ulteriormente realizzata attraverso:

- i controlli operati dal **Collegio Sindacale** quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza;
- l'insieme dei regolamenti, protocolli e procedure aziendali, che disciplinano gli ambiti di attività dell'Azienda.

SOGGETTI DESTINATARI DEL PIANO

Tra i soggetti destinatari del Piano, sono ricompresi tutti i dipendenti dell'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.

3. Referenti anticorruzione

La corruzione non può essere affrontata attraverso azioni unilaterali ma richiede, piuttosto, interventi molteplici e contestuali e per questo è doveroso sottolineare come il ruolo del RPCT può essere efficacemente svolto solo con la piena e fattiva collaborazione di tutta la dirigenza e del personale, adeguatamente formato e sensibilizzato.

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

Sono stati individuati dai Dirigenti di Struttura i "referenti" per la corruzione e la trasparenza nell'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.

Svolgono attività di costante monitoraggio sull'adempimento delle misure previste dal PTPCT trasmettendo periodicamente al RPCT i report di monitoraggio delle aree di competenza per la prevenzione della corruzione e trasparenza. Svolgono inoltre attività di monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza della propria struttura, secondo le scadenze previste dal Piano.

Per i nominativi dei referenti anticorruzione si rimanda all'Allegato n. 3 del presente Piano.

4. Coordinamento tra PTPCT, ciclo della Performance, Internal Auditing e PAC

Ai fini della trasversale prevenzione della corruzione, il PTPCT deve sinergicamente correlarsi con gli altri percorsi interni che, sotto profili e prospettive diverse, concorrono al perseguimento della buona azione amministrativa, anche nell'ottica di evitare duplicazioni o sovrapposizioni di attività, tra cui: **Ciclo della Performance, Internal Auditing, Percorso attuativo di certificabilità dei bilanci (PAC)**.

Ad ogni buon conto l’Azienda si avvarrà dello strumento del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) introdotto con D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, allorquando verranno emanate le Linee guida del DFP. Il Piano anticorruzione verrà integrato con gli altri sistemi presenti in Azienda nell’ambito della gestione del personale, della performance e della digitalizzazione.

Ciclo delle Performance

Il Piano della Performance è un documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi per la gestione dell’Azienda.

Con deliberazione n. 84 del 31.01.2022 è stato adottato il Piano Performance “Ponte” 2022, nelle more dell’adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Si riporta quanto prevedeva il Piano della Performance aziendale 2021/2023: *“persistendo tuttavia per il 2021 il contesto emergenziale causato dalla pandemia Covid-19, la peculiarità “programmatoria” di tale documento risulta difficilmente perseguibile, almeno ad oggi, dato che le strategie di gestione sono improntate alla più ampia flessibilità in relazione all’andamento dei contagi da SARS COV 2”* e che *“l’ASST si riserva di procedere ad una revisione del presente documento non appena saranno disponibili ulteriori elementi programmatici”*.

Sul punto ANAC ha sottolineato la necessità di integrare il ciclo delle performance con gli strumenti e i processi relativi a prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.

Certificazione di Qualità ISO 9001-2015.

Ai fini di uno snellimento dei percorsi di supporto, l’Azienda ha riesaminato i processi tecnico/amministrativi e ridefinito attività e responsabilità, identificando i relativi indicatori di monitoraggio, anche in considerazione del nuovo assetto organizzativo aziendale conseguente all’applicazione della legge di evoluzione del sistema sanitario regionale n. 23/2015.

In tale contesto le strutture del Dipartimento Amministrativo e quelle in staff alla Direzione Strategica hanno ottenuto nel 2017 la Certificazione di Qualità ISO (ISO 9001 e passaggio 2015).

L’UOC Qualità Risk Management e Processi di Integrazione, nell’ambito del mantenimento della Certificazione di Qualità ISO 9001-2015, ha svolto una mappatura dei macro-processi valutando i rischi sui seguenti aspetti: trasparenza, immagine aziendale, sicurezza operatore, privacy e corruzione.

Pertanto si sono coordinati gli incontri svolti presso le diverse UU.OO. interessate al fine di lavorare in maniera integrata.

Sono stati consolidati nella prassi i processi così come sono stati definiti.

Internal Auditing

Supporto è fornito dall’**Internal Auditing** (IA), che svolge una funzione autonoma e indipendente con la *mission* di assistere l’organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli.

L’Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate, svolgendo un ruolo di indirizzo finalizzato ad indicare l’iter cui attenersi per raggiungere gli obiettivi e le modalità per gestire e superare i rischi.

Gli interventi di audit effettuati nel corso dell'anno 2021 erano stati selezionati in base ai criteri individuati nel Piano Audit 2021 (approvato con deliberazione n. 163 del 25/02/2021) tra cui l'individuazione di aree soggette a controlli per il settore sociosanitario.

Pertanto, attraverso un'attività congiunta e coordinata tra Direzione Strategica, RPCT, UOC Qualità Risk Management e Processi di integrazione e Internal Auditing, erano stati individuati per il 2021 i seguenti audit:

- 1) Gestione della Nutrizione Artificiale all'interno dell'ASST Bergamo Est (ospedale - territorio);
- 2) Follow up Servizi di Trasporto Sanitari Semplici di soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico;
- 3) Transitional Care Scompenso Cardiaco Cronico– presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico

Il Piano delle Attività di Audit anno 2022, approvato con deliberazione n. 212 del 28/02/2022, prevede l'attività dei seguenti due follow up:

- 1) Follow Up Audit svolto nel 2021 in merito “Gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare all'interno dell'ASST Bergamo Est”
- 2) Follow Up Audit svolto nel 2021 in merito “Transitional Care per lo Scompenso Cardiaco Cronico”.

Percorso attuativo di certificabilità dei bilanci (PAC)

Nell'ottica di creare sinergie interne, il PTPCT si raccorda al **percorso attuativo di certificabilità dei bilanci (PAC)**, secondo le aree e la schedulazione di realizzazione recepite e aggiornate con deliberazione aziendale 784 del 25/08/17.

L'Azienda ha adottato la delibera n. 898 del 21/10/2019 ad oggetto "*Piano attuativo della certificabilità (PAC) del bilancio dell'ASST di Bergamo Est: adozione delle procedure relative all'area f) crediti e ricavi e g) disponibilità liquide*".

L'Azienda ha concluso nel 2019 il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci sulla base delle indicazioni e delle scadenze regionali. Nel 1° trimestre 2020 è stata adottata la delibera n. 310 del 10/04/2020 – "*Presa 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*".

Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione Lombardia, sono previsti momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate.

L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni. Primo incontro il 4/11/2021 relativamente alla procedura PAC Immonilizzazioni e Patrimonio netto.

I Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci assumono rilevanza nell'ambito dell'attività di contrasto alla corruzione e sono considerati da ANAC fondamentale strumento di controllo della gestione contabile degli enti del SSN e di riduzione del rischio di frodi e, quindi, sostanzialmente una misura preventiva (paragrafo 26).

5. Il processo di elaborazione del PTPC

La gestione del rischio va intesa come un processo di miglioramento continuo attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure

Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione del rischio, analisi del rischio, ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione delle misure e programmazione delle misure), a cui si affiancano due

ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema). Poiché si sviluppa in maniera “ciclica” affinché sia migliorativo, occorre tenere conto delle risultanze del ciclo precedente, adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

6. La metodologia di analisi del rischio

Tutte le Strutture potrebbero essere esposte a rischio di corruzione, pertanto è necessario individuare una metodologia condivisa per affrontarlo e mitigarlo.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 - allegato 1 “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi” rappresenta il documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo.

Fornisce nuove indicazioni metodologiche implicanti un’importante revisione del precedente sistema, integrando e aggiornando quanto già era stato indicato nel PNA 2013 e nell’Aggiornamento 2015 al PNA, alla luce dei principali standard internazionali di risk management, ritenendo l’allegato 5 del PNA 2013 superato.

Considerata la diversa articolazione di tale metodologia, la sopravvenuta emergenza Covid-19, la complessità dell’organizzazione dell’Azienda Sanitaria, caratterizzata da una profonda eterogeneità e numerosità delle attività e dei relativi processi, che coinvolge personale medico, tecnico e amministrativo, il recepimento della metodologia indicata nell’All. 1 del PNA 2019, dovrà essere necessariamente graduale, come suggerisce Anac.

Il cambio di metodologia prospettato, intende focalizzare progressivamente l’attenzione sull’utilizzo di una valutazione ‘qualitativa’, come prevista dall’All. 1 al PNA 2019, dove operativamente gli indicatori di rischio (key risk indicators) si fondano su valori di giudizio soggettivo (individuazione dei c.d. ‘fattori abilitanti’), sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio, e sono ispirati agli strumenti tipici del risk assessment, (riferimento alla norma UNI ISO 31000:2010).

A supporto è stata utilizzata anche la metodologia di cui al Documento ANCI reperibile al link: <https://anci.lombardia.it/dettaglio-news/201911291123-manuali-anci-pna2019-le-linee-di-indirizzo-per-la-nuova-metodologia-nel-xx-quaderno-operativo-dell%E2%80%99anci/anci.lombardia.it>

Pertanto l’attuale mappatura dei rischi sarà oggetto di revisione. Verrà utilizzata una nuova metodologia sperimentale di tipo qualitativo per valutare il livello di rischio, in cui il RPCT, con la partecipazione attiva di tutti i Dirigenti e referenti anticorruzione, dovrà tener conto sia di dati oggettivi che soggettivi, secondo la valutazione riportata nell’**Allegato n. 2 che costituisce parte integrante del presente Piano** e a cui si rimanda.

Insieme alla nuova valutazione del rischio, nella mappatura verranno identificati, per ciascun processo/fase i **fattori abilitanti**, ossia quei fattori di contesto che favoriscono o possono favorire, in caso di rischio potenziale, il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione (vedere paragrafo 10 – analisi del rischio).

Attualmente al PTPCT è allegata la mappatura dei processi, predisposta in collaborazione con i Dirigenti delle articolazioni aziendali, necessaria e funzionale a individuare, valutare e trattare i processi/attività/fasi/ a rischio corruttivo.

Il PNA 2013 e l'Aggiornamento 2015 al PNA avevano fornito una serie di indicazioni ai sensi della legge 190/2012, sulla base delle quali era stata predisposta la mappatura dei processi con **analisi dei rischi** secondo la metodologia prevista nella tabella all. 5 PNA 2013 - Probabilità x Impatto: Probabilità (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità, valore economico, frazionabilità, controlli) Impatto: (organizzativo, economico, reputazionale, organizzativo economico immagine). Metodologia utilizzata dall'Azienda perché prevista dal PNA 2013 e in una logica secondo cui utilizzarne una uguale per tutte le Pubbliche Amministrazioni fosse utile per poter disporre di dati e rilevazioni di carattere omogeneo.

Al fine di effettuare un'analisi che corrispondesse in concreto alla realtà aziendale, si era proceduto con un'analisi di dettaglio per l'individuazione del contesto entro cui doveva essere sviluppata la valutazione del rischio.

Il RPCT aveva proposto, coordinato e sostenuto l'intera procedura fornendo supporto informativo e metodologico nella compilazione della mappatura, nell'individuazione dei rischi corruttivi e delle misure di trattamento, attraverso incontri ad hoc e collaborazione attiva con i Dirigenti e/o Referenti anticorruzione.

L'allegato metodologico n. 1 del nuovo PNA 2019 ha integrato e aggiornato i PNA precedenti, disponendo che, qualora le amministrazioni abbiano già predisposto il PTPCT utilizzando l'allegato 5 al PNA 2013, il nuovo approccio valutativo (di tipo qualitativo) illustrato nell'allegato al PNA 2019 potrà essere applicato in modo graduale.

Pertanto l'Azienda ha:

- Mappato i processi delle UU.OO. (processi/attività e fasi);
- Individuato e valutato le aree a rischio corruttivo (alto – medio - basso);
- Descritto per ogni processo le misure di contrasto applicate (controlli);
- Dato evidenza del livello di controllo (alto – medio - basso);
- Sviluppato, qualora necessario, ulteriori piani d'azione che consentano di alzare il livello di controllo in essere;
- Previsto indicatori e tempistica nel monitoraggio;
- Individuato le responsabilità;
- Ponderato i rischi – rilevando le priorità di trattamento.

Si tratta di una mappatura di dettaglio a cui si è voluto dare risalto:

- alle misure di controllo già in essere per capire come sono presidiati i processi e i suoi rischi – controllo di 1^ livello a cura dei Responsabili di Struttura

- alle azioni di miglioramento riportate nel piano d'azione per rendere il rischio accettabile.

Attraverso la mappatura del trattamento dei rischi, allegata al presente Piano (Allegato 4), l'Azienda si è posta l'obiettivo di monitorare il rischio legato al processo, attuando i piani d'azione in esso previsti. Tale mappatura è quindi soggetta agli opportuni aggiornamenti/modifiche che saranno ritenuti necessari in corso d'anno dal RPCT.

L'Azienda ha stabilito delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall'analisi della ponderazione (livello del rischio/livello di controllo attuato – vedi allegato 1).

Pertanto ciascun Responsabile di Struttura attuerà i piani d'azione previsti nella mappatura dei rischi secondo la tempistica in esso indicata seguendo l'ordine di priorità: Alta - media/alta - media – media/bassa.

In ogni caso vanno presidiati i processi che prevedono un rischio alto – medio.

Lo scopo è quello di accompagnare verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo, che renda la predisposizione del PTPCT un processo sostanziale e non meramente formale.

In linea con gli indirizzi del PNA 2019 si prevedono:

Tre fasi centrali:

- **Analisi del contesto:** mappatura completa e approfondita dei processi.
- **Valutazione del rischio:** effettuare un'analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi.
- **Trattamento del rischio:** individuare misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e programmare tempi e modalità della loro attuazione.

Due fasi trasversali:

- Consultazione e comunicazione
- Monitoraggio e riesame del sistema

Nel corso del triennio si prevede un progressivo e graduale adeguamento della mappatura dei rischi rispetto a quanto prevede Anac (allegato 1 PNA 2019) in particolare in ordine alla valutazione del rischio e alle nuove esigenze emerse a seguito dell'emergenza sanitaria.

Titolo II° - ANALISI DEL CONTESTO

7. Analisi del contesto

La prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto esterno ed interno, attraverso la quale è possibile ottenere le informazioni per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda a causa della specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali.

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

7.a) Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di *“evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. 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”* (ANAC 2015, 16).

La rappresentazione del contesto esterno permette di comprendere l'ambiente in cui l'ASST opera.

Rilevante la Relazione finale GEN18005- novembre 2019 prodotta da Polis Lombardia *“Prevenire la corruzione nella PA regionale: una proposta progettuale per la misurazione dei fenomeni corruttivi”*.

“Sulla base delle indicazioni di ANAC, di un'analisi effettuata su una selezione di PTPC, della letteratura e dei suggerimenti dei Responsabili della prevenzione della corruzione sono state

identificate cinque aree di rischio connesse al contesto esterno. Le prime quattro aree (Criminalità, Economia e mercato del lavoro, Efficienza delle PA, Demografia e società) sono strettamente connesse al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, mentre l'ultima area (Relazioni con enti esterni) considera i possibili rischi legati al rapporto con enti controllati e portatori di interesse” (Polis-Lombardia – <http://www.polis.lombardia.it>).

Contesto territoriale e demografico

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 circa 380.660 abitanti sui circa 1.103.556 della Provincia Bergamasca. 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. Dato demografico di rilievo è l'invecchiamento della popolazione bergamasca: 21,44% è l'indice di invecchiamento della popolazione che ha più di 65 anni. Sia l'indice di vecchiaia che quello di invecchiamento hanno subito un trend in aumento negli ultimi anni. (Fonte ISTAT).

Il Servizio Epidemiologico Aziendale dell'ATS Bergamo mette a disposizione i dati ufficiali più recenti sulla popolazione residente in provincia, negli ambiti e nei comuni bergamaschi, derivanti dalle indagini effettuate dall'ISTAT, come indicato nel sito di ATS Bergamo (link: <https://www.ats-bg.it/en/dati-demografici-della-provincia-di-bergamo>).

Monitoraggio e supporto è svolto da AGENAS svolge attraverso il Piano Nazionale Esiti (PNE) (link: <https://pne.agenas.it/>)

Rapporto con i cittadini

Sostegno e fiducia nei confronti dell'ASST è dimostrato dalle erogazioni liberali elargite all'Azienda nel contesto emergenziale.

In riferimento all'anno 2021:

le donazioni di beni mobili elargite all'Azienda ammontano a

Totale valore donazioni emergenza COVID € 12.449,95 - N.6 soggetti
--

Totale valore altre donazioni € 548.999,07 - N.10 soggetti
--

le donazioni in denaro elargite all'Azienda ammontano a

Totale donazioni emergenza COVID € 8.925,00

Totale altre donazioni € 38.136,00

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

L'Azienda, oltre al sito web istituzionale., ha attivato una pagina Facebook dell'ASST Bergamo Est (<https://www.facebook.com/AsstBergamoEst>) 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.

Inoltre è stata creata una pagina Intranet - Covid-19 a disposizione dei dipendenti dell'Asst Bergamo Est.

Stakeholder

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).

Sul sito web ► Amministrazione Trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza, è stato pubblicato un modulo da inoltrare al RPCT per trasmettere osservazioni, indicazioni e suggerimenti di potenziamento delle misure anticorruptive (paragrafo 49)

Rapporto con gli operatori economici

Nel corso del mandato iniziato in data 1.1.2016 l'Azienda ha da un lato irrigidito le procedure interne (in particolare introducendo l'obbligo di acquisire più offerte e di gestire l'affidamento tramite la piattaforma Sintel) a garanzia della massima trasparenza e apertura al mercato e dall'altro ha stimolato una riduzione significativa di tale modalità di acquisizione di lavori, servizi e forniture, attraverso una programmazione più accurata e il ricorso sistematico, ove possibile, alle procedure gestite dai soggetti aggregatori di primo livello (Consip spa e Arca spa) ovvero alle procedure ad evidenza pubblica gestite sia dalle aggregazioni di secondo livello (ovvero l'Unione ATS Bergamo – ATS Brescia e ATS Valpadana che raggruppa le Aziende Sanitarie ubicate nell'Est di Regione Lombardia) che in via diretta dall'Azienda;

Il valore complessivo degli acquisti in affidamento diretto e l'incidenza percentuale sul totale degli affidamenti realizzati dall'Azienda si sono significativamente ridotti, con questa dinamica (desumibile analiticamente dal report di monitoraggio acquisti beni e servizi prospetto riportato al punto 27).

Non si può non tenere conto che la pandemia, tuttora in corso, ha avuto ed ha un impatto notevole con effetti devastanti sul piano sia della salute delle persone, sia della tenuta del sistema economico.

La pandemia e le strategie delle organizzazioni criminali

Le Relazioni del Ministero dell'Interno – Direzione Investigativa Antimafia riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia.

La DIA, nella relazione 1° semestre del 2020, evidenziava come l'emergenza Covid-19 può sfruttare a suo vantaggio la crisi economica e sanitaria.

“La pandemia da COVID-19 ha colpito la Lombardia con estrema virulenza determinando drammatiche conseguenze sul piano sanitario, sociale ed economico, che influiranno inevitabilmente sui processi evolutivi della criminalità, organizzata e comune, sempre pronta ad adattarsi ai cambiamenti per trarne vantaggio. Nel periodo di questa fase emergenziale le infiltrazioni dei sodalizi nell'economia legale privilegeranno verosimilmente settori come l'edilizia, i servizi funerari e cimiteriali, ma anche le attività connesse con le pulizie, la sanificazione e la produzione dei dispositivi di protezione individuale, nonché il comparto dello smaltimento dei rifiuti speciali, specie quelli ospedalieri”.

Concetto ribadito nella relazione 1° semestre 2021 *“sul punto non possono che ribadirsi le indicazioni già fornite all'inizio della pandemia nella primavera 2020 con riferimento al rischio di infiltrazione da parte delle organizzazioni criminali mediante il tentativo di accaparramento delle commesse pubbliche ovvero con la gestione diretta o indiretta di imprese operanti in settori economici più attrattivi o maggiormente esposti al rischio di default a causa della pandemia. In sostanza ci si riferisce al comparto dei presidi medico-sanitari al quale si*

aggiungono i settori ecologico, immobiliare, edile, dei servizi di pulizia, tessile, turistico, della ristorazione e della vendita di prodotti alimentari, dei servizi funerari e dei trasporti verso i quali occorre concentrare l'attenzione investigativa”

<https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>

Vigilanza collaborativa Anac – Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19

Si segnala che Anac e il Commissario straordinario per l'emergenza sanitaria hanno siglato un protocollo di vigilanza collaborativa finalizzata a verificare la conformità degli atti di gara alla normativa di settore e prevenire le infiltrazioni criminali, con lo scopo di assicurare la tempestiva attivazione delle procedure per l'acquisizione e la distribuzione di farmaci, apparecchiature e dispositivi medici e di protezione individuale utili a fronteggiare l'emergenza sanitaria (protocollo firmato il 16 dicembre 2020 con validità di un anno)

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Le misure previste si articolano in tre assi strategici condivisi a livello europeo: - Digitalizzazione e innovazione;

Transizione ecologica;

Inclusione sociale.

La missione salute del PNRR si articola in due componenti: - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. La Casa di Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici, e sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e nella quale opererà un team multidisciplinare. L'Ospedale di Comunità è una struttura di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. La Centrale Operativa è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Con D.G.R. n. XI/5373 del 11.10.2021 avente oggetto “Attuazione del Piano di Ripresa e Resilienza – Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico e approvazione della Fase N. 1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del servizio socio sanitario regionale” sono stati approvati i primi interventi su strutture di proprietà e definita una graduale e progressiva attivazione dei servizi di due Case della Comunità.

Con D.G.R. n. XI/5723 del 15.12.2021 avente oggetto “Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali” sono stati approvati gli interventi di realizzazione di 10 Case della Comunità, 2 Ospedali della Comunità e 5 Centrali Operative Territoriali nel territorio di competenza dell'ASST Bergamo Est.

Riforma Sanitaria Lombardia 2021

La Legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22 - Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) prevede politiche di prevenzione, un Piano pandemico regionale e l'istituzione del centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.

In ordine alle ASST prevede che il settore aziendale polo ospedaliero delle ASST, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS ed in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP).

Al settore aziendale polo territoriale è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono gli ospedali di comunità, le case di comunità, le centrali operative territoriali, previsti dal PNRR.

7.b) Contesto interno

L'analisi del contesto interno ha l'obiettivo di *“evidenziare gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa dell'azienda che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione o ente. [...] L'obiettivo ultimo è che tutta l'attività svolta venga analizzata, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi”* (ANAC 2015, 17).

La Mission dell'Azienda rimane quella di contribuire alla prevenzione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento, garantendo la presa in carico globale ad ogni singolo utente, secondo i principi di universalità e centralità della persona e secondo i criteri di efficienza, efficacia ed appropriatezza dei percorsi di educazione sanitaria/prevenzione, clinico assistenziali e sociosanitari.

Assetto Aziendale

L'ASST Bergamo Est è stata costituita con DGR n. X/4489 del 10.12.2015 e persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute del cittadino e della collettività.

Va dato atto che il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2016 – 2018, è stato superiormente approvato con DGR n. X/6575 del 12.5.2017 e la sua formale presa d'atto è intervenuta con la deliberazione aziendale n. 468 del 16/05/2017.

Con il POAS l'ASST Bergamo Est ha pienamente recepito le scelte operate dal legislatore in tema di separazione tra attività di indirizzo-programmazione-controllo ed attività gestionale, muovendo dalla convinzione che l'aziendalizzazione del sistema, per tradursi in concrete opportunità operative coerenti con le motivazioni e gli obiettivi preordinati a recuperi di efficienza/produttività/economicità/qualità, non debba ritenersi circoscritta all'interno di processi meramente definitivi, ma debba misurarsi con la revisione oltre che degli aspetti organizzativi anche dei modelli di funzionamento, consentendo di stabilizzare la gestione trasversale del rischio tra il settore del Polo Ospedaliero e il settore della Rete Territoriale, sia in ambito sanitario che amministrativo.

Organi di Indirizzo:

Direttore Generale (rappresentante legale dell'Azienda)

supportato dai suoi collaboratori che costituiscono la Direzione Strategica:

Direttore Amministrativo

Direttore Sanitario

Direttore Sociosanitario

L'Azienda ha la seguente configurazione:

L'ASST Bergamo Est è strutturalmente caratterizzata dalla distribuzione delle sue molteplici strutture, sia ospedaliere che territoriali, su un'ampia area geografica, che risponde ad una logica di prossimità e che alimenta altresì un senso di appartenenza particolarmente accentuato, condiviso tra cittadini e operatori.

L'Azienda è costituita da:

- un Polo Ospedaliero composto di 7 Ospedali, di cui 4 per pazienti acuti, a gestione diretta (Seriata, Alzano Lombardo, Piario e Lovere), 1 ad attività riabilitativa a gestione diretta (Gazzaniga) e 2 a gestione privata (Trescore e Sarnico); si aggiungono 5 strutture poliambulatoriali.
- una Rete Territoriale formata da due Presidi Territoriali (Bergamo Est e Valle Seriana - Valle di Scalve) che includono i Consultori Familiari, dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze che comprende la Psichiatria, la Neuropsichiatria e i SERD di Gazzaniga e di Lovere.
- il POT di Calcinato per la cura, l'assistenza e la gestione del paziente cronico.

Relativamente agli Ospedali gestiti, tenuto conto della loro distribuzione territoriale, l'ASST mantiene l'organizzazione per Presidi intesi come raggruppamenti di più Ospedali, sotto un'unica Direzione:

PRESIDIO 1: OSPEDALI di SERIATE, TRESORE BALNEARIO e SARNICO (quest'ultimi esternalizzati);

PRESIDIO 2: OSPEDALI di ALZANO LOMBARDO e GAZZANIGA;

PRESIDIO 3: OSPEDALI di PIARIO e LOVERE

Il territorio dispone delle prime due Case di Comunità dell'ASST Bergamo Est a Gazzaniga e Calcinato. Sono uno dei primi tasselli del potenziamento territoriale previsto nella legge regionale n.22/2021. Costituiscono il punto di riferimento continuativo per il cittadino che vi può trovare un Punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento. In queste strutture si trovano: area prelievi e vaccinazioni, cure primarie e continuità assistenziale, area ambulatori specialistici, area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute, attività consultoriali, area servizi sociali del Comune. Inoltre sono previste diverse figure professionali (come medici di famiglia, pediatri, infermieri di famiglia, medici specialisti e assistenti sociali) che lavoreranno in équipe per garantire assistenza ai pazienti, anche grazie allo strumento della telemedicina

È la prima tappa di un percorso che prevede, nel territorio di riferimento della Asst Bergamo Est costituito da 103 comuni, l'implementazione progressiva di altre case di comunità e ospedali di comunità, in piena aderenza a quanto previsto dal PNRR.

Da ultimo Regione Lombardia ha approvato la D.G.R. n. XI/6026 del 01/03/2022 e la D.G.R. n. XI/6278 del 11/04/2022 recanti "*Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)*";

Investimenti

L'ASST Bergamo Est risulta beneficiaria di stanziamenti volti:

-all'adeguamento strutturale degli edifici di proprietà, che include anche gli interventi di cui al Decreto Legge n.34/2020;

- alla realizzazione delle strutture (case di comunità e ospedali di comunità) previste dal PNRR e dalla L.R. n.22/2021;

- all'ammodernamento delle apparecchiature e delle tecnologie impiegate a livello ospedaliero. Si tratta, ad ogni evidenza, di una mole di interventi ed attività senza precedenti per il rilievo quantitativo che assumono e rappresentano un'opportunità storica per l'ammodernamento e l'evoluzione dell'azienda.

Per i dettagli relativi agli investimenti si rimanda al Piano della Performance 2022 "Atto programmatico Ponte"

http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/data/files/Trasparenza/Performance/Piano%20Performance%20Ponte%202022.pdf

Personale

Il Piano triennale del fabbisogno di personale è stato adottato con deliberazione nr 1365 del 28/12/2021 e con successiva deliberazione nr. 360 del 07/04/2022 "Presa d'atto DGR nr XI/6062 del 07/03/2022 relativa al Piano Triennale del Fabbisogno di personale triennio 2021 – 2022- 2023 dell'Asst Bergamo Est – provvedimenti conseguenti".

Alla data del 31/12/2021, il numero totale complessivo di dipendenti si attesta a 2.545 dipendenti di cui:

RUOLO	UNITA'
Dirigenza Medica	362
Dirigenza non Medica	49
PROFESSIONALE Dirigenza	5
TECNICO Dirigenza	1
AMMINISTRATIVO Dirigenza	7
SANITARIO Comparto	1395
TECNICO Comparto	464
AMMINISTRATIVO Comparto	262
Totale complessivo	2545

I dipendenti che hanno svolto attività in Smart Working nell'anno 2021 sono stati nr. 97.

L'istituto dello Smart Working è stato gestito dal punto di vista giuridico e sono stati attivati tutti gli strumenti informatici a supporto.

Contesto economico

Di seguito si riportano nel dettaglio il valore della produzione 2021 e i costi 2021.

Ricavi totali: 229.010.553
da prestazioni sanitarie: 128.782.896
entrate diverse: € 64.783.770
Costi totali: 229.010.553
personale: 134.521.877
beni e servizi 78.607.097
altri costi 14.970.745

anno 2021 - 4° Cet. Il 2021 non è ancora formalmente chiuso.

Comitato unico di garanzia (C.U.G)

L'Azienda, con deliberazione n. 985 del 27/11/2017, ha rinnovato il proprio Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), e con successiva deliberazione n. 83 del 29/01/2021 ha aggiornato il Piano delle Azioni Positive.

Le politiche aziendali in tema di dignità, libertà, uguaglianza, cittadinanza, giustizia portano ad una crescita culturale che favorisce anche il contrasto alla corruzione.

Risk Management – Adozione Piano 2022

L'Azienda con deliberazione n. 411 del 14/04/2022 ha adottato il Piano annuale 2022.

Il Piano si pone in continuità con il 2021 per quanto attiene alcuni progetti e attività da completare, ed è stato redatto in conformità alle Linee Operative Regionali per l'attività di Risk Management per l'anno 2022. Include due aree di attività, una specificamente inerente la gestione dell'emergenza SARS CoV-2, l'altra la gestione delle attività ordinarie di risk management, attinenti all'area prevenzione delle infezioni e sepsi, all'area travaglio parto e alla sicurezza del paziente in sala operatoria. I progetti sono stati condivisi dal Comitato di Gestione del rischio.

http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/pratiche/dett_registri.php?id=16839&codEstr=DEL&CSRF=e6edda7e2c5697d2a6cf4d5234d49134

L'Azienda è impegnata nell'attuazione della L.R. 22/2021, che impone di integrare attività cliniche, tipiche per una azienda ospedaliera, con nuove attività di natura sociosanitarie. Di seguito il link di Regione Lombardia relativo alle Linee guida regionali in materia di Sistemi Informativi Socio Sanitari (SISS):

<https://www.siss.regione.lombardia.it/wps/portal/site/siss/servizi-per-il-territorio/linee-guida-regionali>

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia Covid-19⁴

Nel corso del 2020 la pandemia da SARS COV 2 ha richiesto la completa revisione dell'organizzazione, con un impatto trasversale sulla tipologia e sui volumi delle attività erogate, sui processi di erogazione e sulle risorse necessarie, sia in termini di sicurezza che di appropriatezza.

Il modello organizzativo aziendale è stato rivisto, per garantire una risposta adeguata e flessibile per la cura dei pazienti Covid e NO Covid, sia per quanto attiene l'attività ospedaliera che per quella territoriale, con riferimento all'intera attività di ricovero, ambulatoriale, preventiva, consultoriale e amministrativa.

Dopo una prima fase di sospensione delle attività programmate, a partire dal mese di maggio 2020 l'Azienda si è dotata di Piani di riapertura e di riorganizzazione degli Ospedali e del Territorio, in una logica di estrema flessibilità, secondo l'andamento della pandemia.

Negli Ospedali di Seriate, Alzano, Piario e Lovere sono state individuate aree per pazienti Covid, aree per pazienti sospetti e aree per pazienti NO Covid, con percorsi specifici dedicati.

Tali aree sono state oggetto di continua rimodulazione in termini di posti letto, a seconda delle varie fasi della pandemia.

Nel corso della seconda ondata presso l'Ospedale di Gazzaniga è stato attivato un reparto subacuti per pazienti Covid con quadro clinico meno grave.

⁴ Fonte: Piano della Performance aziendale 2021/2023
Piano della Performance 2022 – atto programmatico “Ponte”

Presso il POT di Calcinate è stato avviato l'allestimento di una sezione di "Degenze di Comunità" a bassa intensità per pazienti Covid con bisogni prevalentemente assistenziali. L'offerta ambulatoriale è stata ridotta per garantire accessi controllati, separazione dei percorsi, tempi di sanificazione dei locali e delle attrezzature.

Inoltre è stato avviato il recupero delle prestazioni sospese nella prima fase della pandemia, compatibilmente con i requisiti di sicurezza degli ambulatori.

L'attività del territorio è stata riorganizzata anche ricorrendo allo smart working.

Per quanto riguarda i Presidi Territoriali l'attività consultoriale è stata mantenuta, utilizzando sia la modalità in presenza sia quella da remoto secondo la necessità degli utenti.

L'attività vaccinale ordinaria, sospesa nel primo picco pandemico, è stata riorganizzata per poter essere effettuata nel rispetto delle norme di controllo del contagio.

Per quanto il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze le attività sono state riorganizzate e declinate nell'ambito del Piano di Riapertura.

Le attività sono state garantite all'utenza nei limiti di quanto consentito dall'emergenza pandemica.

E' stato supportato il bisogno dei pazienti e delle loro famiglie sia attraverso attività in presenza sia attraverso attività da remoto.

In questo contesto sono state attivate nuove linee di attività per la sorveglianza epidemiologica, rivolta sia agli operatori sanitari che a target specifici di assistiti (studenti, viaggiatori, contatti di caso, casi sospetti ...).

Sotto il profilo dell'attività diagnostica, l'Azienda ha integrato le linee analitiche del Laboratorio di Seriate al fine di processare i tamponi per la diagnosi di Covid-19 ed ha aperto un nuovo Laboratorio presso il POT di Calcinate, dotato di un sistema robotico in grado di garantire un'elevata produttività.

Dopo che è stata completata la fase di start up e sono stati dimensionati correttamente sia le risorse umane necessarie che la filiera degli approvvigionamenti, nel 2021 tale laboratorio è stato in grado di assicurare la completa autosufficienza dell'Azienda nella processazione di tamponi (e di garantire la risposta ad un'eventuale domanda in tal senso proveniente dal territorio).

Nella parte finale dell'anno l'Azienda ha attivato il Piano Vaccinale in raccordo con Regione Lombardia.

Nel 2021 l'erogazione del vaccino covid agli operatori impiegati a vario titolo nei presidi dell'Azienda e a operatori e ospiti delle RSA (cosiddetta "fase 1") e, a seguire, alla popolazione (secondo le indicazioni operative emanate dalle autorità competenti), ha rappresentato un'attività strategica per l'Azienda.

Per sostenere i nuovi percorsi differenziati e l'avvio delle nuove attività connesse alla pandemia sono stati reclutate nuove figure professionali, sia sanitarie che tecnico amministrative. Nell'ambito del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza si è attivata l'introduzione della figura dell'infermiere di Famiglia e di Comunità, con il reclutamento delle risorse e la loro formazione.

Per adeguare i percorsi dal punto di vista strutturale/logistico si sono resi necessari anche interventi strutturali e tecnologici, come l'adeguamento dell'impianto dell'Ossigeno per gli Ospedali dotati di Pronto Soccorso, e il noleggio di una seconda TAC per Seriate.

Le attività sopra citate sono state sostenute economicamente grazie a finanziamenti ad hoc, sia statali che regionali, e con il rilevante contributo delle donazioni.

Il contesto pandemico e lo stato di emergenza decretato fino al 31 marzo 2022 hanno condizionato fortemente la politica programmatica dell'ASST, che è stata impegnata nella continua rimodulazione dell'assetto organizzativo al fine di garantire l'erogazione tempestiva dei livelli essenziali di assistenza, sostenendo le varie fasi di ripresa della pandemia per

assicurare nel contempo l'offerta sanitaria e sociosanitaria ai pazienti Covid e non Covid, oltre all'attività di vaccinazione nei centri massivi e all'attività di sorveglianza sanitaria e epidemiologica (tamponi).

Istituzione dell'Unità di Crisi

L'Azienda ha istituito l'Unità di Crisi per l'emergenza epidemiologica da Covid-19 in linea con le disposizioni e le comunicazioni della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia in materia di gestione dell'attuale emergenza epidemiologia da Covid-19, in particolare la nota del 30/04/2020 Protocollo G1.2020.0018792 avente per oggetto: "*Linee operative risk management in sanità 2020- aggiornamento aprile 2020. Il Piano Annuale di Risk Management ed i Progetti Operativi*", oltre al Documento di Valutazione dei Rischi – D.Lgs. 81/08, scheda SAL 01-B REV 0 maggio 2020: "Classificazione rischio COVID-19 per funzione".

Il rafforzamento della catena di comando aziendale, mediante la costituzione di un'apposita Unità di Crisi è risultata fondamentale per l'assunzione di decisioni, immediatamente esecutive e cogenti, sulla gestione straordinaria dell'emergenza e per un continuo monitoraggio della corretta attuazione in Azienda delle direttive nazionali e regionali in materia.

8. Mappatura dei processi

a) Processo e mappatura

Processo: un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Non si tratta di procedimenti in senso giuridico.

Mappatura dei processi: individuazione del processo/attività, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase.

Nella mappatura dei processi aziendali sono presenti sia attività comuni ad altre P.A., sia attività istituzionali proprie dell'area Sanità pubblica.

b) Aree mappate:

La mappatura contiene:

- tutte le aree che Anac raccomanda di ricomprendere:

Generali in sanità (contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese, del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni, affari legali e contenzioso).

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:

si sono prese in esame le aree a rischio emerse a seguito della mappatura completa di tutti i processi (individuati in collaborazione con i rispettivi Dirigenti di struttura).

c) Strutture organizzative:

L'Azienda ha mappato e valutato sotto il profilo del rischio corruttivo oltre che i processi/attività delle Strutture amministrative presenti in sede, anche le attività territoriali subentrate per effetto della Riforma del SSR che sotto il profilo del rischio anticorruzione sono riferite alla Direzione Sociosanitaria – (Est Provincia e Valle Seriana e Val di Scalve) e al Serd – Area Dipendenze (nell'ambito del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze).

Anche il POT di Calcinante ha proceduto ad una attività di monitoraggio del rischio corruttivo a partire dal secondo semestre 2019.

Successivamente alla superiore approvazione del POAS 2016-2018 era stata predisposta, in collaborazione con i Dirigenti delle articolazioni aziendali, la **Mappatura dei procedimenti e dei processi** necessaria e funzionale a molteplici scopi:

- completare la mappatura/revisione di tutti i processi e grado di rischio
- ottemperare all'obbligo previsto dall'art. 35 del D.Lgs. n. 33/2013, che impone alle P. A. di pubblicare i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza, indicando per ciascuna tipologia di procedimento le informazioni di dettaglio ivi previste;
- poter definire gli ambiti soggettivi e oggettivi delle attività delegate dal Direttore Generale;
- ottemperare agli adempimenti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (*Regolamento generale sulla protezione dei dati*), in vigore dal 24 maggio 2016 e applicabile a partire dal 25 maggio 2018, tra cui l'obbligo di redigere il registro dei trattamenti, indispensabile per l'analisi del rischio, da esibire su richiesta al Garante.

Nell'ottica della ricerca di sinergie, la rilevazione dei procedimenti amministrativi già svolta ha rappresentato un punto di partenza per l'identificazione dei processi organizzativi, così come confermato nel PNA 2019.

Pertanto il punto di partenza era stata la mappatura dei procedimenti allegata al "*Regolamento di attuazione della L.241/90 e s.m.i. in ordine ai procedimenti amministrativi di competenza dell'ASST Bergamo Est*" approvato con deliberazione n. 98 del 31.1.2018 che comprende le informazioni di dettaglio in ossequio anche all'esigenza di pubblicità e trasparenza normata dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33e smi.

La mappatura dei processi elaborata in collaborazione con i Dirigenti delle articolazioni aziendali, è risultata necessaria e funzionale a individuare, valutare e trattare i processi/attività/fasi/ a rischio corruttivo.

Si è proceduto analizzando attività per attività, costitutiva dell'intero processo, che ha portato sia ad una diversa valutazione dei processi già mappati, che ad una efficace analisi dei processi analizzati per la prima volta, formulando, per le attività da mantenere sotto controllo, piani d'azione identificati e descritti, da realizzare nel corso del triennio.

Titolo III° --VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Come previsto dal PNA 2019, la valutazione del rischio avviene in tre fasi:

- Identificazione
- Analisi
- Ponderazione

9. Identificazione del rischio

Il rischio è un evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'Azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management. Il rischio può essere economico, organizzativo, reputazionale.

Per ciascun processo o fase del processo si individuano i possibili rischi di corruzione attraverso:

- indicazioni fornite dal PNA (aree di rischio obbligatorie e specifiche per l'area sanità);
- 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 attività di monitoraggio;
- segnalazione ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. URP, stakeholder ecc.);
- linee guida Anac;
- criteri tra cui: significatività economica (strategicità-obiettivo) e la frequenza del rischio (come era stato suggerito dal NVP).

Gli eventi rischiosi individuati sono opportunamente formalizzati nella mappatura dei rischi.

I rischi inseriti nella mappatura include gli eventi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno dell'ASST Bergamo Est.

10. Analisi del rischio

L'attività di analisi del rischio, oltre a rappresentare uno degli adempimenti previsti nel PTPCT costituisce la base per la mappatura e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

Come detto precedentemente, in questa fase, considerata la priorità dell'emergenza sanitaria che non ha consentito di strutturare una nuova e diversa analisi del rischio, si è mantenuta quella predisposta nel PTPCT precedente, in cui è valutata la probabilità che il rischio si realizzi e le conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

Il livello di rischio è rappresentato da un **valore numerico** ricavato secondo la metodologia prevista nella tabella all. 5 PNA 2013:

Rischio = Probabilità x Impatto

Probabilità: Discrezionalità, rilevanza esterna, complessità, valore economico, frazionabilità, controlli.

Rappresenta la verosimiglianza, la possibilità che accada e la frequenza del manifestarsi del rischio o del possibile accadimento dell'evento negativo identificato.

Impatto: Organizzativo, economico, reputazionale, organizzativo economico immagine.

Rappresenta il livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi (strategicità); danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno) provocato dal manifestarsi dell'evento negativo.

Per completezza di contenuto si precisa che la domanda relativa all'impatto reputazionale è stata interpretata con riferimento a tutte le Pubbliche Amministrazioni al fine di evitare una sottostima del rischio.

Il livello di rischio è TRASCURABILE (verde chiaro) nel caso in cui sia altamente improbabile che si verifichi e presenti un impatto marginale.

Se l'IMPATTO (magnitudo) è significativo o grave il rischio si considera alto o medio anche se la possibilità che si verifichi è bassa.

La matrice secondo la seconda metodologia attualmente utilizzata è descritta nell'allegato 1 all. 5 PNA 2013 (Vedere allegato 1 al presente Piano)

Si ribadisce che, nell'arco del triennio di riferimento, si provvederà ad adeguare, gradualmente, l'analisi del rischio alle nuove indicazioni metodologiche introdotte da Anac con il PNA 2019, (precisando che per tutti i processi sono già state individuate misure di prevenzione della corruzione volte a favorire la correttezza e la trasparenza del processo), conformandosi inoltre alle nuove esigenze emerse a seguito dell'emergenza sanitaria.

Si precisa che, assieme alla nuova valutazione del rischio (**vedere allegato 2 al presente Piano**), nella mappatura verranno identificati, per ciascun processo/fase i fattori abilitanti, ossia quei fattori di contesto che favoriscono o possono favorire, in caso di rischio potenziale, il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione.

Di seguito esempi di **fattori abilitanti** che verranno considerati in fase di aggiornamento dell'analisi del rischio e che potranno essere oggetto di revisione nelle future edizioni del Piano:

- 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.

I Responsabili di Struttura, ciascuno per i propri processi, avranno il seguente obiettivo:

Obiettivo:

1) Rivedere la mappatura del trattamento dei rischi secondo la nuova metodologia prevista dal PNA 2019 con valutazione del rischio di tipo qualitativo (vedere allegato 2 del presente Piano)

2) Riesaminare i processi secondo detta metodologia, in un'ottica di gradualità come suggerito da Anac (vista la numerosità dei processi mappati e allegati al PTPCT).

3) Rivedere e completare la mappatura del trattamento dei rischi in ordine ai nuovi processi a rischio previsti nel presente Piano e collegati all'emergenza pandemica.

Tempistica: entro 30/11/2022 revisione del 20% dei propri processi

completamento entro 30/11/2023

Responsabile: RPCT E I RESPONSABILI DI STRUTTURA/REFERENTI

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

11. Ponderazione

La ponderazione del rischio è il processo di comprensione della natura del rischio e di determinazione del suo livello di rischiosità.

Consente di individuare le azioni da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio (residuo) dei processi/fasi prese in esame e di identificare le priorità di trattamento.

Nella valutazione del rischio è necessario tener conto delle misure già implementate per poi valutare l'opportunità di introdurre ulteriori misure volte ad abbattere il rischio residuo, ossia quella quota di rischio che rimane una volta attuate le misure generali e specifiche.

Si rimanda all'allegato 2 del presente Piano in cui viene descritta la nuova analisi del rischio che verrà svolta nel corso del triennio e riportati i livelli di rischio secondo la combinazione della PROBABILITA' X IMPATTO (vedere paragrafo 6).

Nell'attuale mappatura dei rischi, dopo aver valutato i controlli interni che riducono il rischio, su ciascun processo/fase è stata determinata la priorità che è data dall'entità del rischio (benché non "lordo") a seguito dell'impatto della misura di controllo sull'evento rischioso individuato.

Un sistema dei controlli non riduce mai il rischio a 0, ma è stata utilizzata la scala riportata nell'allegato 1 (metodologia tab 5 PNA 2013) per consentire di attribuire una priorità al trattamento del rischio

L'Azienda ha stabilito delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall'analisi della ponderazione (livello del rischio/livello di controllo attuato).

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: Alta - media/alta - media – media/bassa.

Valutazione utile al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

Tuttavia si ribadisce che una nuova valutazione del livello di rischio/livello di controllo/priorità è prevista nel corso del triennio conseguentemente ad una diversa valutazione (qualitativa) richiesta da Anac nell'allegato 1 del PNA 2019.

I Responsabili di Struttura, ciascuno per i propri processi, avranno il seguente obiettivo:

Obiettivo: Presidiare i processi previsti nella mappatura del trattamento dei rischi (allegata al presente Piano)

1) ATTUAZIONE PIANI D'AZIONE PREVISTI NELLA MAPPATURA DEL RISCHIO
2) MONITORAGGIO DELLE MISURE GIA' IN ESSERE PER I PROCESSI A RISCHIO ALTO E MEDIO

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- 30.11.2022 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

In ogni caso vanno presidiati i processi che prevedono un rischio alto – medio.

Questo percorso consente di portare il rischio ad un livello di tollerabilità e anche di conoscere l'Azienda, in tutti i suoi aspetti, in modo tale da poter utilizzare al meglio le risorse minimizzando i rischi al minor costo possibile e poi valutare il trattamento di ulteriori misure specifiche.

Come già spiegato 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 che gradualmente l'intera attività svolta dall'Azienda venga esaminata.

Ad oggi le Strutture coinvolte si sono concentrate ad assolvere quanto richiesto nei piani d'azione, con il fine di alzare il livello di controllo aziendale.

Le mappature del trattamento dei rischi allegata al PTPCT dovranno essere modificate e/o integrate a seguito dell'attuazione, da parte delle diverse Strutture aziendali, delle azioni di miglioramento previste nei piani d'azione del PTPCT precedente o a seguito di interventi/ricieste di modifica da parte dei Responsabili di struttura.

Nel presente Piano si chiede ai Responsabili delle Strutture di concludere gli adempimenti avviati e di mettere a sistema i controlli già esistenti secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisca il continuo miglioramento.

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

Saranno recepite le indicazioni dei Responsabili di struttura, in quanto la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni Dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad 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.

Titolo IV° - TRATTAMENTO DEL RISCHIO

12. Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare correttivi e modalità più idonee a prevenire i rischi. Occorre individuare apposite misure di prevenzione della corruzione efficaci nel neutralizzare i fattori abilitanti del rischio, sostenibili da un punto di vista economico e organizzativo e calibrate sulle caratteristiche dell'Azienda. Devono essere misure concrete e realizzabili.

L'attuale mappatura dei rischi, basata su una dettagliata mappatura dei processi, prevede:

- Misure in essere, comprensiva sia delle misure di carattere generale che speciale già adottate per contenere il rischio relativo a ciascun processo/fase.

Sono state individuate, con l'ausilio dei Dirigenti interessati/referenti, le misure avviate in Azienda dai Responsabili di struttura e mirate a contenere/abbassare il rischio di corruzione sui processi individuati.

Tra le principali misure indicate da Anac (delibera n. 831/2016): Misure di controllo, Misure di trasparenza, Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, Misure di regolamentazione, Misure di semplificazione dell'organizzazione, Misure di semplificazione di processi/procedimenti, Misure di formazione, Misure di sensibilizzazione e partecipazione, Misure di rotazione, Misure di segnalazione e protezione, Misure di disciplina del conflitto di interessi.

- Valutazione del processo di controllo: Il sistema dei controlli interni (SCI) è finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi e di conseguenza ha lo scopo di mitigare i rischi.

I Dirigenti responsabili di struttura rientrano nel sistema dei controlli di 1° livello, che si riferisce sia ai controlli svolti da chi mette in atto una determinata attività, sia da chi ha la responsabilità di supervisionare.

Il SCI è inteso come l'insieme dei controlli necessari affinché ogni responsabile possa avere il legittimo affidamento che i propri processi/attività funzionino in modo efficace.

Il RPCT ha ricordato ai Responsabili/referenti che i controlli, per essere considerati tali, devono essere evidenti.

L'attuale processo di controllo riportato nella mappatura dei rischi è stato valutato per ciascun processo/fase dal Dirigente responsabile in ordine alle misure attuate, da cui si sono ricavati tre possibili **livelli di controllo** vedere allegato 1 (tab 5 PNA 2013)

- Piano d'azione, ossia misure ulteriori qualora la valutazione delle misure in essere e quella dei controlli sul processo/fase in oggetto le richiedano.

Dopo aver valutato le misure già in essere e i controlli interni che riducono il rischio, si è deciso di attuare un'ulteriore attenuazione del rischio tramite il Piano d'Azione.

Su tutti i processi per i quali è stata data una valutazione del livello di controllo medio o bassa viene individuato un piano d'azione ulteriore rispetto al mantenimento della procedura.

Questa scelta è legata al fatto di implementare le misure di controllo sui rischi nel caso in cui il processo non sia presidiato da alcun controllo o i controlli non siano in grado di ridurre la probabilità dell'evento (basso) e quando sono stati definiti dei controlli, ma sono poco efficaci o riducono la probabilità dell'evento solo in minima parte (medio).

La nuova metodologia di valutazione del rischio prevederà la seguente articolazione:

- Misure generali: 1. codice di comportamento, 2. rotazione del personale, 3. inconfiribilità/incompatibilità/incarichi extraistituzionali, 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 (esistenti) e Tipologia di 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).;

- Piani d'azione, ossia misure ulteriori di trattamento rispetto a quelle già in essere. In particolare quando il rischio è medio o rilevante:

Indicatori di verifica

Per quanto possibile, in ordine alla tipologia di processo/fase trattato, con i Dirigenti e referenti, si sono individuati gli indicatori di verifica (attuabili, sostenibili economicamente, efficaci e preferibilmente numerici) per determinare in quale misura gli obiettivi prefissati operativi e strategici vengono raggiunti.

Monitoraggio e Responsabilità (vedere paragrafo 50)

Sempre in condivisione con i Dirigenti/referenti, nella mappatura si sono indicati i tempi di attuazione per gli eventuali piani d'azione previsti e/o lo stato di attuazione per le misure di prevenzione già in essere.

Per ogni fase del processo è stato individuato il Responsabile, che prevalentemente coincide con il Dirigente di struttura, se non altro per il potere di vigilanza che gli compete.

Titolo V° – SINTESI DELLE ATTIVITA' E MISURE DI CARATTERE GENERALE

13. Codice di comportamento

Il Codice di comportamento costituisce una misura per prevenire eventi corruttivi e altri illeciti. Prima di procedere alla sua approvazione, la bozza del nuovo Codice di Comportamento è stata inviata a tutte le Organizzazioni Sindacali per opportuna informazione e, nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholder) è stata pubblicata sul sito istituzionale unitamente ad un apposito modulo per facilitare la presentazione di osservazioni o proposte.

Quindi, acquisito il parere obbligatorio dell'OIV (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.), con deliberazione n. 626 del 30/06/2017 è stato adottato il Codice di Comportamento dell'ASST Bergamo EST, dove, nel recepire le Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN emanate dall'Autorità nazionale Anticorruzione (ANAC), dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), sono stati definiti i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta cui devono uniformarsi i dipendenti pubblici e tutti i soggetti che, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo vengano a trovarsi in un rapporto di collaborazione con l'Azienda, compresi gli operatori economici.

Le previsioni del Codice integrano le disposizioni a carattere generale del Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici emanato con D.P.R. n. 62 del 16/04/2013.

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

La violazione delle regole del Codice di comportamento aziendale costituisce infrazione rilevante sul piano disciplinare.

I Dirigenti responsabili di struttura e l'UPD sono tenuti alla vigilanza sull'applicazione del Codice di comportamento.

Il Codice 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).

Ne è stata data diffusione capillare.

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, quest'ultima deve predisporre o modificare gli schemi di incarico, contratto, bando, inserendo 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.

L'entrata in vigore del Codice di comportamento aziendale, da ultimo approvato con delibera n. 626 del 30.6.2017, è stata supportata da azioni di sensibilizzazione/informazione e formazione in più occasioni.

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: UOC 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: UOC Risorse Umane – UOC Acquisti e Logistica – UOC Tecnico – Patrimoniale - SSD Affari Generali e Legali – SIA

Tempistica: costante

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

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

Con delibera numero 177 del 19/02/2020 ANAC ha approvato le nuove “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”.

L'Autorità ha fornito indirizzi interpretativi e operativi volti a orientare e sostenere le amministrazioni nella predisposizione di nuovi codici di comportamento con contenuti più coerenti a quanto previsto dal legislatore.

Il RPCT, in collaborazione con il SSD Affari Generali e Legali, ha avviato l'aggiornamento del codice di comportamento.

L'aggiornamento del Codice di comportamento sarà perfezionato entro fine anno 2022.

Il nuovo Codice di comportamento, secondo le raccomandazioni di ORAC (Deliberazione n.13 seduta del 07 Dicembre 2020 allegato n. 2), dovrà tener conto del mutato contesto a seguito della pandemia. Pertanto dovrà rafforzare il sistema considerando i nuovi rischi emergenti e valutare i comportamenti scorretti e opportunistici connessi alla gestione dell'emergenza (ad esempio: diffusione di informazioni, violazione delle norme di sicurezza sul lavoro, abuso dello smart-working).

Il PNRR prevede l'aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (Dpr 62/2013) introducendo, in particolare, una sezione dedicata all'utilizzo dei social network per tutelare l'immagine della pubblica amministrazione. Si stabilisce, inoltre, lo svolgimento di un ciclo di formazione sui temi dell'etica pubblica e del comportamento etico per i neoassunti, la cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità.

Anac con Delibera n. 158 del 30 marzo 2022 fa presente che “i codici di comportamento delle singole amministrazioni possono integrare e specificare le regole del Codice, ma non attenuarle” inoltre ricorda che i codici etici hanno una dimensione valoriale e non disciplinare, e sono adottati dalle amministrazioni al fine di fissare doveri spesso ulteriori e diversi rispetto a quelli definiti nei codici di comportamento. Questi, invece, “fissano doveri di comportamento che hanno una rilevanza giuridica, che prescinde dalla persona adesione di tipo morale, cioè dalla personale convinzione sulla bontà del dovere. Essi vanno rispettati in quanto posti dall'ordinamento giuridico, con conseguente applicazione degli effetti e delle responsabilità, non solo disciplinari, conseguenti alla violazione delle regole comportamentali”.

Obiettivo: Aggiornamento Codice di comportamento aziendale in conformità alle nuove Linee Guida di ANAC e in conformità ai rischi connessi all'emergenza sanitaria.

Responsabile: RPCT in collaborazione con SSD Affari Generali e Legali

Tempistica: 31/12/2022

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: adozione atto deliberativo predisposizione Codice di comportamento al 31.12.2022

14. UPD - Codici disciplinari

In data 22 giugno 2017 è entrato in vigore il D.Lgs. n. 75 del 25.05.2017 avente ad oggetto *“Modifiche e integrazioni al D.Lgs. 165/2001, ai sensi degli art. 16 commi 1 lettera a) e 2 lettere a), c), e), f), g), h), l), m), n), o), q), r), s), e z) della legge 124/2015 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* che ha introdotto alcune sostanziali modifiche in materia di procedimenti disciplinari.

Al fine di garantire la massima imparzialità e trasparenza con delibera n. 627 del 30.6.17 è stato costituito il nuovo UPD in forma collegiale, composto da tre membri, dandone tempestiva pubblicità sia in intranet che sul sito web istituzionale oltre a immediata informazione ai Dirigenti di struttura.

Collegio successivamente ricostituito con le successive delibere n. 228 del 08/03/2019 e n. 801 del 17/09/2020 per sostituzione dei componenti.

Sono stati quindi adottati i rispettivi Codici Disciplinari dell'Area del Comparto, dell'Area della Dirigenza Medica, Sanitaria, Amministrativa, Professionale e Tecnica e dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASST Bergamo EST (deliberazione n. 652 del 10/07/2017, successivamente modificata per refusi con delibera n. 669 del 19/07/2017), in linea con la novella normativa e i CC.NN.LL..

E' stato da ultimo aggiornato, con delibera n. 612 del 11.07.2018, il Codice disciplinare del comparto alla luce delle modifiche apportate dal CCNL 2016-2018 sottoscritto in data 21 maggio 2018.

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.

Nel 2021 risultano nr. 15 segnalazioni relative a violazioni di norme comportamentali e nr. 9 segnalazioni accertate.

Obiettivo: Aggiornamento dei codici disciplinari

Responsabile: SSD Affari Generali e Legali

Tempistica: 31/12/2022

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: adozione atto deliberativo entro il 31/12/2022

15. Misure a tutela del whistleblower

Il whistleblowing è uno strumento legale a disposizione dei dipendenti collaboratori e fornitori per segnalare eventuali condotte illecite che riscontrano nell'ambito della propria attività lavorativa.

L'ASST Bergamo Est ha adottato il regolamento per la segnalazione delle condotte illecite e relative forme di tutela del dipendente dell'ASST Bergamo Est, con delibera n. 344 del 29.4.2016, pubblicato sul sito web ► Amministrazione Trasparente ► Altri contenuti

► Anticorruzione e Trasparenza, in conformità alla Determinazione n. 6 del 28.04.2015 dell'ANAC nonché alla DGR n. X/4878 del 07/03/2016, ad oggetto “*Piano straordinario anticorruzione – Disciplina per l’attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblower) per gli enti di cui all’all. A1 della L.R. 30/2006*”.

L’articolo 54bis del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 e poi modificato dalla Legge n.179/2017, introduce le “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, il cosiddetto whistleblowing. In particolare, il comma 5 dispone che, in base alle nuove linee guida di ANAC, le procedure per il whistleblowing debbano avere caratteristiche precise. In particolare “prevedono l’utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell’identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione”.

Pertanto l’ASST Bergamo Est ha attivato un nuovo canale informatico di whistleblowing nell’ambito del progetto WhistleblowingPA (<http://www.whistleblowing.it>) promosso da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti umani e Digitali per l’acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti.

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante;
- nel momento dell’invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta dell’RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall’interno dell’ente che dal suo esterno. La tutela dell’anonimato è garantita in ogni circostanza.

Pertanto le segnalazioni possono essere inviate tramite:

a) la piattaforma disponibile all’indirizzo: <https://asstbergamoest.whistleblowing.it>

b) direttamente al RPCT all’indirizzo: whistleblower@asst-bergamoest.it utilizzando l’apposito modulo in modo da facilitare al dipendente la corretta indicazione dei fatti illeciti di cui sia venuto a conoscenza pubblicato in amministrazione trasparente e nell’intranet aziendale.

Ne è stata data diffusione sia sul sito web istituzionale www.asst-bergamoest.it (sezione Amministrazione Trasparente→Altri contenuti→Piano triennale prevenzione corruzione), sia nel portale intranet (nelle news e all’interno della sezione Piano triennale di prevenzione della corruzione).

L’Azienda garantisce al whistleblower:

- la tutela dell’anonimato;
- il divieto di discriminazione nei suoi confronti;

- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione dell'ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis D.Lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante ⁵.

Il soggetto preordinato alla raccolta delle segnalazioni da parte di whistleblowers è il RPCT.

E'attivata una reportistica periodica verso Regione Lombardia, che annualmente monitora gli esiti dell'applicazione della procedura aziendale in materia di whistleblower tramite il Direttore Sistema dei Controlli, Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy Officer.

Si deve dare atto che dall'adozione del regolamento non sono pervenute segnalazioni.

Il RPCT ha partecipato al Webinar Anac sul whistleblowing in data 31/01/2022.

Anac è direttamente investita dalla L. 179/2017 del compito di adottare apposite linee guida che specificano le procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni.

Con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 l'Autorità ha adottato le Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing) (modificate con il Comunicato del Presidente dell'Autorità del 21 luglio 2021 Errata corrige).

Si procederà pertanto ad aggiornare il Regolamento aziendale.

Obiettivo: Aggiornamento Regolamento in linea alle Linee Guida da parte di ANAC

Responsabile: RPCT

Tempistica: 30/06/2023

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: adozione atto deliberativo

16. 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, è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di attività ed incarichi extraistituzionali.

Il regolamento è finalizzato a:

- indicare le fonti normative in materia di incarichi extraistituzionali definendone l'ambito di applicazione;
- definire i casi in cui lo svolgimento di attività extraistituzionali è incompatibile ovvero comporta conflitto di interessi;
- definire i casi in cui lo svolgimento di dette attività è soggetto alla previa autorizzazione da parte dell'Azienda;
- definire i casi di compatibilità non soggetti ad autorizzazione, ma per i quali sussiste comunque l'obbligo di comunicazione preventiva;
- stabilire le procedure per la richiesta e per la concessione delle autorizzazioni;
- stabilire le procedure per la comunicazione preventiva;
- definire gli obblighi di tutti i soggetti interessati;

⁵ Le modifiche apportate dalla legge n. 179/2017 all'art. 54 bis del d.lgs.165/2001 non hanno reso necessaria una revisione del regolamento aziendale per la segnalazione delle condotte illecite e relative forme di tutela del dipendente.

- applicare lo specifico sistema sanzionatorio previsto in caso di violazione delle norme sulle incompatibilità, cumulo di impieghi, incarichi extraistituzionali.

L'Azienda ha divulgato l'adozione del regolamento tramite newsletter (febbraio 2018), ha curato la pubblicazione nel sito trasparenza e la pubblicazione della modulistica nell'intranet aziendale.

In tale contesto è stato specificamente declinato il concetto di **conflitto di interesse**.

Nel Regolamento è stata in particolare disciplinata 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'Amministrazione al fine di verificare la sussistenza di un potenziale conflitto d'interesse con la società o persona fisica che conferisce l'incarico.

In particolare 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.

Assume particolare importanza l'attività informativa e preventiva che l'Ufficio preposto offre ai dipendenti e che a sua volta consente di ricevere richieste appropriate e corrette.

Le verifiche sull'insussistenza delle incompatibilità e/o conflitto di interesse dovranno essere monitorate attraverso gli indicatori sotto riportati.

Inoltre si rileva che 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: UOC Gestione 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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Follow up (anno 2020) in merito alle indicazioni dettate in corso di audit.

17. Astensione in caso di conflitto di interesse

L'Azienda raccomanda una particolare attenzione da parte dei responsabili del procedimento sulle situazioni di conflitto di interesse, che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova disposizione, di valenza prevalentemente deontologico disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

L'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella l. n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che "*Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.*".

La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici

competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;

- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati.

La norma va letta in maniera coordinata con i disposti di cui agli artt. 6 e 7 del D.P.R. n. 62/2013, riportati agli artt. 6 del Codice di comportamento aziendale (approvato con deliberazione n. 626 del 30.6.2017).

Ai sensi del citato art. 6 *“Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.”*

A tal fine il dipendente è tenuto a rendere la dichiarazione *“di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.”*

Il citato art. 7, rubricato *“Obbligo di astensione”*, prevede che *“Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.”*

Tale ultima disposizione contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse. Essa contiene anche una clausola di carattere generale in riferimento a tutte le ipotesi in cui si manifestino *“gravi ragioni di convenienza”*.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente responsabile, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il Dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal Dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi il Dirigente, la valutazione delle iniziative da assumere spetterà al Direttore Amministrativo/Sanitario/Sociosanitario secondo competenza.

In particolare 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. 80, comma 5, lett. d) del 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. 42, comma 2, codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

Rileva la delibera ANAC n. 494 del 5 giugno 2019 recante "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", ai sensi del citato art. 42 (rubricato "Conflitto di interessi") del D. Lgs. 50/2016.

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: emersione casi di conflitto di interesse

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Direzioni Sociosanitarie, Serd

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

Modalità di verifica dell'attuazione: attestazione al RPCT entro 30.11 di ogni anno

Attestazioni rilasciate dai Dirigenti di struttura.

Con la delibera n. 158 del 30 marzo 2022, l'Autorità Anticorruzione ha dato precise indicazioni in merito alla gestione del possibile conflitto d'interessi all'interno delle Amministrazioni pubbliche, con particolare riguardo all'ambito sanitario.

Anac richiama le amministrazioni alla vigilanza e al rispetto dei codici di comportamento. Spetta alle amministrazioni di appartenenza vigilare, verificando l'adempimento degli obblighi di comunicazione da parte dell'interessato, soggetto a potenziale conflitto d'interesse. Una responsabilità che, in caso di inadempienza, comporta per i soggetti preposti conseguenze di tipo disciplinare, amministrativo-contabile, quando non anche sanzioni a livello penale. Inoltre richiama ciascuna amministrazione all'obbligo per legge di dotarsi di un proprio codice di comportamento per prevenire e contrastare situazioni di conflitto d'interessi.

Secondo Anac, particolare riguardo, va dato all'ambito sanitario, assai "delicato", "dove anche la sola percezione di situazioni di conflitto può avere rilevanti ripercussioni dal punto di vista economico e sociale". Anac invita a dotarsi in via definitiva di un Regolamento "per prevenire, individuare e risolvere eventuali conflitti d'interesse, aggiuntivo rispetto a quanto previsto dal Codice di comportamento e dal Codice di etica vigenti". Inoltre Anac sollecita a "indicare, a monte, direttive precise sugli eventi e sulle occasioni in cui è necessario che il personale presenti le dichiarazioni inerenti il conflitto d'interessi, attività propedeutica alla successiva verifica delle stesse, al fine di evitare che situazioni similari vengano trattate in modo dissimile". Sollecita ad "addivenire quanto prima all'adozione definitiva del regolamento in materia di conflitto

d'interessi" ed a "individuare più efficaci misure di trasparenza in merito alla dichiarazione e pubblicazione degli incarichi pregressi ricoperti dai partecipanti ai tavoli di lavoro in materia sanitaria con particolare riferimento alla tematica dei vaccini", e raccomanda di "valutare l'opportunità di un ampliamento degli obblighi dichiarativi ai quali sono tenuti i soggetti operanti nell'istituto medesimo".

Obiettivo: regolamento in materia di conflitto di interessi

Tempistica: 31/12/2023

Responsabile: RPCT

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: delibera di adozione

18. (segue) 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 amministrativa, 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.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi, in questo contesto, rappresentano ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate; si tratta, infatti, di strumenti per rafforzare la trasparenza nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei soggetti destinatari, l'Agenas ha reso disponibile sul proprio sito istituzionale una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica.

A cura del RPCT è stato approntato un modulo di dichiarazione d'interessi in forma semplificata, da conservare nel fascicolo personale.

I Responsabili di Struttura sono tenuti a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

Obiettivo:

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

Tempistica: Contestualmente al momento del conferimento dell'incarico

Trasmissione avviso e completamento trasmissione dichiarazione e entro 30.11.2022

Responsabile: UOC Gestione Risorse Umane

Indicatore: 100% acquisizione dichiarazione e 100% comunicazione

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

A cura dell'UOC Gestione Risorse Umane è stato istituito un registro per il monitoraggio delle dichiarazioni rese.

19. 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)

Si rinvia al precedente paragrafo 17 in tema di conflitto di interesse e conseguenti obblighi di astensione.

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: Direzioni Sociosanitarie (escluso POT di Calcinate), Serd, Ordinatori di Spesa, UOC Gestione Risorse Umane, Affari Generali e Legali, Formazione.

Indicatore: numero di segnalazioni di conflitto di interesse sul numero delle richieste

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Attestazioni rilasciate dai Dirigenti di struttura.

20. Verifica insussistenza cause di incompatibilità e inconfiribilità di incarichi dirigenziali

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

- delle particolari ipotesi di inconfiribilità 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 inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

La legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

Le ipotesi di inconfiribilità degli incarichi sono regolate in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, c. 2, lett. g) D.Lgs n. 39/2013).

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.

La situazione di inconfiribilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconfiribilità, 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 "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico" (art. 1, c. 2, lett. h) D.Lgs n. 39/2013).

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013. A differenza che nel caso di inconfiribilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

L'ANAC, al fine di evitare dubbi interpretativi e applicativi, ha ritenuto di adottare la delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, interamente sostitutiva della precedente delibera n. 58/2013, con la quale ha chiarito che le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della L. n. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013.

L'art. 4 D.Lgs. n. 171/2016 ha stabilito che, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità, si applicano all'incarico di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, le disposizioni vigenti.

Anac ha inoltre approvato con delibera n. 833 del 3 agosto 2016 le Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'Azienda, in ragione delle funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale attribuita dall'art. 7 della l.r. n. 23/2015 al Direttore Sociosanitario, ritiene che la disciplina dettata dal D.Lgs. n. 39/2013 si applichi con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario.

Al riguardo, per le figure sopra indicate, 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 inconfiribilità previste dagli artt. 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.

Obiettivo: verifica insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità

Tempistica: 15 gennaio di ogni anno

Responsabile: Direzione amministrativa

Indicatore: pubblicazione;

Modalità di verifica dell'attuazione: verifica del RPCT

Tuttavia in conformità a quanto previsto dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 ove per la specificità e caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, sono previsti ulteriori approfondimenti circa l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza contenute nei Piani e in considerazione che tra le misure di trasparenza si fa riferimento anche all'attribuzione degli incarichi, che deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità, si ritiene di estendere anche ai Dirigenti di Struttura Complessa e Semplice, l'obbligo di produrre all'atto di conferimento dell'incarico, all'organo che lo conferisce, la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità da rinnovare al momento dell'insorgenza di una causa di inconferibilità ed incompatibilità.

ANAC, con deliberazione n. 1146 del 25 settembre 2019, ha stabilito che gli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni e esterni" di cui all'art. 3, co.1, lett. c) del d.lgs. n. 39/2013. Inoltre, con deliberazione n. 1201 del 18 dicembre 2019 recante "*Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/200*", al punto 9 ha precisato che, nelle aziende ospedaliere, per i dirigenti non sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria, valgano le ordinarie regole previste dal d.lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

Il PNA 2019, prevede che le dichiarazioni circa l'insussistenza di cause di incompatibilità e/o inconferibilità dell'incarico debbano essere acquisite prima del conferimento dell'incarico ed i procedimenti di accertamento delle situazioni di inconferibilità e sanzionatori debbano svolgersi nel rispetto del principio del contraddittorio, affinché sia garantita la partecipazione degli interessati.

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.

Anac 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 inconferibilità e incompatibilità.

Pertanto si prevede l'adozione di un regolamento in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi amministrativi di vertice e degli incarichi dirigenziali, ai sensi del d. lgs. 39/2013 in linea con le recenti indicazioni fornite da Anac. A causa della sopravvenuta emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, tale realizzazione non si è potuta completare; pertanto sarà perfezionata e implementata nel corso del biennio.

<p>Obiettivo: Regolamento in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi amministrativi di vertice e degli incarichi dirigenziali, ai sensi del D. Lgs. 39/2013</p> <p>Tempistica: 30.11.2023</p> <p>Responsabile: RPCT</p> <p>Indicatore: Fatto/non fatto;</p> <p>Modalità di verifica dell'attuazione: pubblicazione regolamento</p>

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.

21. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la PA

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.Lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”

Inoltre, il D.Lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3).

In conformità alla richiamata normativa 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 di concorso;
- all'atto della formazione di commissioni per la concessione o l'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.

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 inconferibilità 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.

Secondo quanto previsto nel PNA 2019 è necessario prevedere le verifiche della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni di concorso, anche al fine di evitare le conseguenze della illegittimità dei provvedimenti di nomina e degli atti eventualmente adottati (cfr. Tar Lazio, Sez.I, n. 7598/2019);
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35-bis del d. lgs. 165/2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi specificati all'art. 3 del d. lgs. 39/2013.

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

Per quanto non espressamente previsto nel presente paragrafo si dovrà fare riferimento alle linee guida Anac n.15/2019, approvate con delibera n. 494 del 05 giugno 2019, recanti "*Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*" e Delibera Anac n.1201 del 18 dicembre 2019 "*Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti*

privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001”.

Obiettivo: adozione di iniziative, e/o affinamento di quelle già in essere, finalizzate all’effettuazione dei controlli sui precedenti penali ai fini della formazione di commissioni ed assegnazione ad uffici.

Tempistica: costante

Responsabile: UOC Risorse Umane - UOC Gestione Acquisti e Logistica – UOC Gestione Tecnico Patrimoniale

Indicatore: acquisizione autocertificazione e verifica a campione (almeno 30%) mediante conferma da parte dell’amministrazione di appartenenza / acquisizione certificato casellario giudiziale.

Modalità di verifica dell’attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e l’esito dei controlli effettuati.

Riguardo all’inconferibilità nelle commissioni di gara vedasi anche paragrafo 39.

22. Modalità per verificare il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito cessazione del rapporto (pantouflage)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito 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 preconstituirsì 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.

La disposizione stabilisce che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

L’ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell’amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I “dipendenti” interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell’amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell’atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, RUP).

Al fine di identificare i destinatari di detta previsione si riporta l’Orientamento n. 24 del 21 ottobre 2015 dell’A.N.AC.:

“Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell’art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente.”

Il divieto si applica non solo ai dipendenti con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato e indeterminato, ma anche ai soggetti legati all’Azienda da un rapporto di lavoro autonomo (ad esempio, i “liberi professionisti” che sono da trattare come i “collaboratori e consulenti”), e ai soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel D.Lgs. n. 39/2013 giacché l’art. 21 del medesimo D.Lgs, ai fini del divieto di pantouflage, considera dipendenti della P.A. anche i soggetti esterni coi quali l’Azienda stabilisce un rapporto di lavoro subordinato o autonomo.

Il divieto è da intendersi riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi coi soggetti privati destinatari dei poteri autoritativi o negoziali e, quindi, sia l’assunzione a tempo determinato o indeterminato, sia l’affidamento di incarico o consulenza.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull’atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull’atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell’ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l’obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell’affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell’affidamento stesso per il caso di violazione.

L’Azienda si riserva, comunque, di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione di detto divieto.

Tutto il personale dipendente è stato informato circa l’esistenza del divieto previsto dall’art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. 165/2001 dandone informazione capillare attraverso *newsletter*.

L’UOC Gestione Risorse Umane ha inoltre aggiornato la modulistica (pubblicata sulla rete intranet) relativa ai dimissionari, sia dell’area della dirigenza che del comparto, introducendo la seguente dichiarazione:

“... che, nel caso in cui abbia esercitato negli ultimi tre anni di servizio poteri autoritativi o negoziali per conto dell’ASST Bergamo Est, non svolgerà nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale autonoma o subordinata presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’ASST Bergamo Est”* seguita dalla sottoscrizione del dimissionario (obbligatoria per l’area del comparto solo per i dipendenti di categoria C o superiore).

Con il medesimo criterio dovranno sottoscrivere analoga dichiarazione anche i dipendenti collocati a riposo per raggiunti limiti d’età.

Introdotta nell’ambito della modulistica "recesso dal contratto di lavoro" in cui vi è l’esplicita dichiarazione a firma del dipendente con riferimento all’art. 53, c. 16 ter, d. lgs. 165/2001.

Obiettivo: Assicurare il rispetto delle disposizioni in ordine all'art. 53, comma 16 ter D.Lgs.165/2001

Tempistica: al momento della cessazione dei contratti di lavoro

Responsabile: UOC Gestione Risorse Umane

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

Il PNA 2019 per prevenire il fenomeno raccomanda anche

- L'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage
- La previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi –tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d. lgs. 50/2016.

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 o revolving door), 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.

Obiettivo: Assicurare il rispetto delle disposizioni in ordine all'art. 53, comma 16 ter D.Lgs.165/2001

Tempistica: costante

Responsabile: UOC Gestione Acquisti e Logistica – UOC Tecnico Patrimoniale - SIA

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

23 Rotazione “ordinaria” del personale

L'Azienda ha individuato nelle UOC Gestione Risorse Umane, UOC Gestione Tecnico Patrimoniale, UOC Economico Finanziaria, UOC Acquisti e Logistica, UOC 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.

Considerato tuttavia:

- il numero particolarmente limitato di dirigenti amministrativi (uno per settore);
- la normativa concorsuale che presuppone l'individuazione del settore specifico di inserimento del dirigente in modo da garantire la competenza nel settore di inserimento;

– le esigenze dell’Azienda di garantire l’efficienza e l’efficacia dell’Azione amministrativa; non risulta del tutto attuabile la rotazione degli incarichi all’interno dell’Azienda.

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.

Tra i condizionamenti all’applicazione della rotazione vi è quello della cosiddetta infungibilità derivante dall’appartenenza a categorie o professionalità specifiche e rimane sempre rilevante la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo, oltre agli investimenti fatti per la formazione specifica e il tempo necessario per acquisirne una diversa.

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.

Anac sul punto ha chiarito, in più occasioni, che la misura della rotazione, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in coerenza con la specificità della Pubblica Amministrazione e nel rispetto del CCNL di riferimento, dovrà essere attuata nel limite del possibile. Resta inteso che in caso di mancata attuazione, la stessa dovrà essere giustificata e chiarita nel PTPCT.

In generale 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 dell’ufficio attraverso la condivisione informatica delle cartelle di lavoro (trasparenza interna).

Nel corso dell’ultimo triennio, a seguito dell’inserimento di risorse umane nuove, sono state riorganizzate le aree dell’UOC Economico Finanziaria, delle Risorse Umane, dell’UOC Acquisti e logistica e dell’UOC Gestione Tecnico patrimoniale con redistribuzione delle attività.

Nelle aree più esposte a rischio corruzione, i Dirigenti responsabili devono porre in essere azioni finalizzate alla rotazione dei procedimenti assegnati, compatibilmente con l’organizzazione del Servizio e le competenze specifiche e/o professionali, evitando di concentrare il processo su un unico operatore e ripartendo le attività tra più soggetti, condividendo i documenti mediante l’utilizzo di cartelle rese disponibili a tutti gli operatori dell’ufficio su rete informatica, in modo tale da garantire maggior controllo e massima trasparenza. Condividere le fasi procedurali, ferma restando l’unitarietà della responsabilità del procedimento nei confronti dei terzi, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che più soggetti condividano le valutazioni per la decisione finale dell’istruttoria. Accrescere la formazione multidisciplinare del personale per favorire la fungibilità delle competenze in modo da rendere possibile nel tempo il processo di rotazione.

Obiettivo: rotazione del personale

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Direzioni Sociosanitarie, Serd

Indicatore: almeno due operatori preposti al medesimo processo

Modalità di verifica dell’attuazione: attestazione al RPCT circa l’effettuazione e/o il mantenimento dei criteri indicati entro il 30.11 di ogni anno

24. Rotazione “straordinaria”

“Fermo restando che la rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, è necessario che nei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC) delle

Amministrazioni si prevedano adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione. L'ANAC vigila sulla introduzione di tali indicazioni e sull'attuazione della rotazione straordinaria ...» Delibera Anac 215/2019

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».

In occasione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento è necessario prevedere l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio così come indicato nel PNA 2019 con deliberazione ANAC n. 1064 del 13.11.2019 (l'obbligo è comunque previsto nel codice disciplinare aziendale della dirigenza).

ANAC ritiene, rivedendo la posizione precedentemente assunta (PNA 2016 e Aggiornamento 2018 al PNA), che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015 (Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio) per "fatti di corruzione", possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001.

Per i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la p.a. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfirmità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235 del 2012).

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

Responsabile: UPD

Tempistica: entro 30.11.2022

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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

25. 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 tutto il personale dipendente: con deliberazione n. 275 del 18/03/2022 è stato approvato il Piano formativo aziendale anno 2022 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 3 in modalità e-learning.

La legge, al riguardo, stabilisce che i percorsi di formazione debbano essere strutturati a due livelli:

- a livello generale, devono essere organizzate iniziative destinate a tutto il personale sui principi dell'etica e della legalità.
- a livello specifico, devono essere realizzate iniziative rivolte alle figure più direttamente coinvolte nella prevenzione della corruzione: il responsabile della prevenzione, i referenti, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Amministrazione.

Nel 2021 si è svolta la seguente 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".

Gli obiettivi definiti in fase di progettazione sono stati raggiunti:

- il personale è stato formato in maniera organica in materia di anticorruzione e trasparenza, descrivendo le normative e i meccanismi previsti dalla L.190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013;
- il rafforzamento dell'educazione etica e civica sarà da valutare a medio/lungo termine;
- la partecipazione prossima al 60% (332 formati su 554 iscritti) può ritenersi soddisfacente, considerando il quarto anno di erogazione consecutiva, pertanto sono stati coinvolti nuovi assunti e operatori che non hanno concluso il percorso nelle precedenti edizioni;
- il questionario di apprendimento è stato superato da tutti i discenti, nonostante la considerevole soglia di apprendimento (80%) e la doppia randomizzazione.

- Specifica: si è proseguita la formazione in tema di antiriciclaggio in sanità nell'ambito del progetto "Rafforzamento Competenze per Contrastare Riciclaggio e Corruzione nella P.A" di ANCI/Lombardia in partenariato con Regione Lombardia, rivolto ai componenti dell'Organismo Tecnico Collegiale nominato con del. 599 del 04.07.2019. L'obiettivo del progetto è il rafforzamento delle competenze in materia di contrasto al riciclaggio finanziario e in materia di prevenzione della corruzione, attraverso percorsi integrati di formazione e scambio di buone pratiche.

Partecipazione:

- al Gruppo Interaziendale dei RPCT delle ASST-ATS (RPCT e collaboratore).
- al corso di formazione "Anticorruzione, trasparenza ed integrità" della durata di 40 ore. Corso finanziato da INPS tramite il progetto Valore PA (collaboratore del RPCT)
- ai corsi formativi organizzati da Anac (RPCT e collaboratore)

Anche per l'anno 2022 si prevedono 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 Formazione

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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

- **Specifica:** Svolgimento delle attività di divulgazione del codice di comportamento

Obiettivo: attività di divulgazione del codice di comportamento

Tempistica: entro il **triennio**

Responsabile: Dirigente SS Formazione

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Monitoraggio: L'adeguatezza dei corsi svolti all'interno dell'Azienda è monitorata dall'UOS Formazione attraverso questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare ulteriori priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi avviati.

Titolo VI° - ATTIVITÀ E MISURE SPECIFICHE

26. Programmazione attività in raccordo al percorso attuativo di certificabilità (PAC) del bilancio

L'Azienda ha concluso nel 2019 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. La nostra ASST ha approvato le procedure aziendali minime previste dal PAC e trasmesso le medesime alla Regione entro le scadenze definite da Regione, di seguito il dettaglio:

D) Area Immobilizzazioni 2018

Obiettivo: procedura acquisto beni durevoli (dall'analisi del fabbisogno all'intero ciclo degli approvvigionamenti)

Deliberazioni n. 94 del 31.01.2018 e n. 516 del 06/06/2018

H) Area Patrimonio Netto 2018

Obiettivo: procedura gestione patrimonio netto aziendale

Deliberazione n. 515 del 06/06/2018.

E) Area Rimanenze 2019

Obiettivo: procedura gestione magazzini

Deliberazione n. 513 del 29/05/2019.

F) Area Crediti e Ricavi 2019

Obiettivo: procedura Entrate UOC Ragioneria e fatturazione attiva

Deliberazione n. 898 del 21/10/2019

G) Area Disponibilità Liquide 2019

Obiettivo: procedura gestione disponibilità liquide

Deliberazione n. 898 del 21/10/2019

I) Area Debiti e Costi 2019

Obiettivo: procedura CUP, Cassa Economale ed Acquisti di spesa corrente

La Procedura Gestione CUP (PG 7.5 011 Rev. 7) è stata aggiornata nel mese di dicembre 2018.

Con deliberazione n. 565 del 13.06.2017 è stato approvato il regolamento aziendale comprendente la sezione IV Spese economali.

Con deliberazione n. 1152 del 24/12/2019, ad oggetto “Piano attuativo della certificabilità (PAC) del Bilancio dell'ASST di Bergamo Est”, sono state adottate le procedure relative all'area I) debiti e costi.

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.

Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione Lombardia, sono previsti, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate.

L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.

Primo incontro il 4/11/2021 relativamente alla procedura PAC Immonilizzazioni e Patrimonio netto.

Sono previsti automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL

Presenza di procedure e direttive che disciplinano:

- 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi
- 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio
- 3) Redazione del bilancio (fonte Regione Lombardia)

Prevista mensilmente la verifica cassa da parte del Collegio Sindacale.

27. Procedure acquisti

A) Acquisizione di beni e servizi in affidamento diretto

L'Azienda ha recepito quanto disposto dal Decreto Legge n. 32 del 18 aprile 2019, convertito e modificato dalla Legge n. 55 del 14 giugno 2019, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici (cosiddetto “Sblocca Cantieri”);

Pertanto si è dotata di un nuovo Regolamento Aziendale revisionato 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 delibera n. 1154 del 24/12/2019).

Si ricorda che già nel 2018 le procedure relative agli acquisti sono state oggetto da parte dell'Internal Auditing di Follow up acquisizione di beni e servizi in **affidamento diretto** ossia gli acquisti di beni e servizi inferiori a € 40.000 (iva esclusa), per i quali la normativa consente di ricorrere a procedure semplificate rispetto alle procedure ordinarie.

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.

La politica adottata privilegia l'utilizzo delle piattaforme telematiche, l'adesione alle centrali di committenza (Consip e Aria) e alle gare aggregate in ambito consortile.

Inoltre come riportato nella tabella sottostante si rileva la tendenza alla riduzione degli acquisti autonomi.

ANNO 2016 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARCA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
59.590	2.998	13.243	14.494	2.342	26.513
	5%	22 %	24%	4%	44%

ANNO 2017 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARCA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
55.893	3.326	14.517	13.515	2.708	21.827
	6%	26%	24%	5%	39%

ANNO 2018 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARCA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
54.603	4.819	15.262	14.633	2.603	17.286
	9%	28%	27%	5%	32%

ANNO 2019 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARIA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
56.131	5.304	17.127	14.526	2.638	16.536
	9%	31%	26%	5%	29%

ANNO 2020 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARIA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
52.121.719	5.071.817	22.240.935	8.582.467	2.431.090	13.795.410
	10%	43%	16%	5%	26%

ANNO 2021 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARIA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
64.445.215	5.425.516	28.399.039	13.879.178	2.409.300	14.332.182
	8%	44%	22%	4%	22%

Si richiede il mantenimento del trend in diminuzione degli acquisti autonomi e ricorso a Sintel.

L'Azienda ha da un lato irrigidito le procedure interne (in particolare introducendo l'obbligo di acquisire più offerte e di gestire l'affidamento tramite la piattaforma Sintel) a garanzia della massima trasparenza e apertura al mercato e dall'altro ha stimolato una riduzione significativa di tale modalità di acquisizione di lavori, servizi e forniture, attraverso una programmazione più accurata e il ricorso sistematico, ove possibile, alle procedure gestite dai soggetti aggregatori di primo livello (Consip spa e Aria spa) ovvero alle procedure ad evidenza pubblica gestite sia dalle aggregazioni di secondo livello (ovvero l'Unione ATS Bergamo – ATS Brescia e ATS

Valpadana che raggruppa le Aziende Sanitarie ubicate nell'Est di Regione Lombardia) che in via diretta dall'Azienda.

In ordine a questa tipologia di acquisti si richiama la delibera n. 1015 del 22.11.2018 "Ricognizione del valore degli affidamenti diretti di lavori, beni e servizi di cui all'art. 36 D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. effettuati dagli ordinatori di spesa nell'arco temporale 01.01.2016/30.09.2018".

Tecnicamente l'universo di indagine è generalmente⁶ rappresentato dagli acquisti agganciati nel sistema gestionale-contabile ad:

- un "contratto⁷ generale", convenzionalmente creato all'inizio di ciascun anno dalla Ragioneria per ciascun ordinatore di spesa con "autorizzazione preventiva";
- a specifici "contratti" riconducibili a singole determine.

Dando evidenza al:

volume degli acquisti rispetto al totale degli acquisti ed al **trend** aziendale negli ultimi anni

AZIENDA Ordini agganciati a:	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 al 29/11	Plafond 2016 (delib. 870/15)	Plafond 2017 delib. 1127/16	Plafond 2018 delib. 1136/17	Plafond 2019 delib. 1172/18	Plafond 2020 delib. 1104/19	Plafond 2021 delib. 1184/20
A 1) CONTRATTO GENERALE	10.314	5.262	3.134	2.708	2.455	2.533	1.735	8.806	4.728	3.423	3.698	3.469	3.197
A 2) DETERMINA	849	1.902	2.603	3.703	4.588	2.782	2.817						
B) DELIBERE	30.376	36.236	38.874	37.780	38.500	36.513	40.262						
TOTALE	41.539	43.400	44.812	44.508	45.906	42.349	45.493						
I1 % A1 SU TOT	25%	12%	7%	6%	5%	6%	4%						
I2 % A1 e 2 SU TOT	27%	17%	13%	14%	15%	13%	10%						

*Fonte: Universo Ordini; esclusi Conti Patrimoniali

Estrazione del 29-11-21 (dati aggiornati al 29-11-2021) *Provvisorio*

Riestratti anni 2018-19-20

(La statistica risente di eventuali ritardi nell'emissione degli ordini e per la Farmacia comprende gli ordini **non** "agganciati" al contratto generale o a determine/delibere, inseriti alla voce B)

Con questa dinamica il valore complessivo degli acquisti in affidamento diretto e l'incidenza percentuale sul totale degli affidamenti realizzati dall'Azienda si sono significativamente ridotti rispetto all'anno 2015 con un sostanziale mantenimento del trend.

Il regolamento aziendale, aggiornato con delibera n. 1154 del 24.12.2019, ha previsto che gli Ordinatori di Spesa, in collaborazione con l'SSD aziendale Controllo di Gestione, dovranno monitorare semestralmente l'andamento di tutti gli affidamenti diretti per gli acquisti di beni e servizi inferiori ad Euro 40.000,00= IVA esclusa, nonché l'incidenza in percentuale del valore degli acquisti "in economia" rispetto al valore totale degli acquisti di beni e servizi.

⁶ L'universo preso in esame fa riferimento ai Beni e Servizi gestiti con ordini.

⁷ In questo contesto il termine contratto fa riferimento al blocco di controllo previsto nel sistema di magazzino-ordini.

Obiettivo: Monitoraggio andamento degli affidamenti diretti
Tempistica: semestrale
Responsabile: SSD 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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

Monitoraggio: Report a cura SSD Controllo di Gestione

B) 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 (nella parte riferita a Direttive in ordine alle procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai sensi dell'art. 62 del d. lgs. 50/2016), 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 nuovo regolamento delinea una compiuta metodologia operativa, con gli adempimenti di natura giuridica e gestionale che gli utilizzatori richiedenti e i responsabili tecnici devono obbligatoriamente osservare.

Nel 2019 l'Internal Auditing ha svolto un follow up per verificare la corretta e completa implementazione dei piani d'azione/raccomandazioni definiti nell'ambito di audit.

.Il SIA ha predisposto un campo ad hoc (flag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civilia) e attivato nella sezione "Statistiche -> Report" la nuova voce "Registri Atti", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli.

Il Regolamento prevede una rendicontazione semestrale sintetica in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ad euro 40.000.00, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta.

Copia della rendicontazione viene trasmessa anche al RPCT.

Obiettivo: Monitoraggio con rendicontazione
Tempistica: monitoraggio semestrale
Responsabile: UOC 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 30.11 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi

Monitoraggio: Report a cura UOC Acquisti e Logistica

C) Gestione dei beni inventariali

L'Internal Auditing ha svolto un Audit su **processo di gestione dei beni inventariali** con particolare riferimento alle fasi di autorizzazione, di inventariazione e di registrazione contabile.

Si rileva che le Procedure sono di recente approvazione in quanto inserite nel Percorso Attuativo di Certificabilità del Bilancio (PAC):

- Delibera 94 del 31/01/2018: Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) del bilancio dell'Asst Bergamo Est: adozione delle procedure relative all'area D) Immobilizzazioni.
- Delibera 516 del 06/06/2018: Integrazione deliberazione n. 94/2018.

Nel 2019 a seguito di audit è stato svolto un follow up da parte dell'Internal Auditing per verificare la corretta e completa implementazione dei piani d'azione/raccomandazioni definiti nell'ambito dell'audit svolto.

Con delibera n. 513 del 29/05/2019 “Piano attuativo della certificabilità (PAC) del bilancio dell'ASST di Bergamo Est” sono state adottate le procedure relative all'area E) rimanenze.

Con delibera n. 1140 del 23/12/2019 è stata indetta la gara d'appalto da esperire, mediante procedura negoziata sotto soglia, per l'affidamento del servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e di riconciliazione dei valori contabili dell'ASST Bergamo Est.

La procedura di gara è in itinere.

Nella intranet aziendale è pubblicata la modulistica relativa alla richiesta eliminazione/trasferimento beni mobili.

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

Obiettivo:

Attività di sensibilizzazione alla tracciabilità fisica dei beni mobili rivolta ai Responsabili di struttura.

Tempistica: 30.11.2022

Responsabile: UOC Acquisti e Logistica

Indicatore: report attività di sensibilizzazione - n. controlli a campione

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2022 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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

Il patto di integrità e il patto anticorruzione rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Azienda come presupposto necessario condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che l'Azienda richiede ai partecipanti alle gare: permette un controllo reciproco e prevede sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

La misura è consolidata.

Già da tempo negli avvisi e nei bandi di gara è stata inserita la clausola di salvaguardia in caso di mancato rispetto del patto di integrità.

E' stata data massima diffusione al provvedimento della Giunta Regionale che, con delibera X/1751 del 17.06.2019 “Patto d'integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all'all. A1 alla L.R. 27.12.2006 n. 30”, conferma la volontà di Regione Lombardia di assicurare la massima trasparenza nei procedimenti relativi alle gare d'appalto di competenza. Questo patto dovrà essere sottoscritto

da tutti i fornitori di beni, servizi e lavori che intendano partecipare alle gare d'appalto, pena l'esclusione.

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 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico.

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 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 UOC Acquisti e Logistica e UOC 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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

E' stato inserito negli avvisi e nei bandi di gara la clausola di salvaguardia in caso di mancato rispetto del patto di integrità.

Inoltre le Linee Guida adottate da Anac con delibera n. 494/2019 "*Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici*" suggeriscono 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: 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 UOC Acquisti e Logistica e UOC 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 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

29. 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 stati adottati con delibere n. 1117 del 23.12.2016 e n. 1147 del 28.1.2016, aggiornati semestralmente e consultabili sul sito internet 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).

E’ stato altresì adottato il “Regolamento sull’istituto del patrocinio legale a favore dei dipendenti dell’Asst Bergamo Est” (delibera n. 616 del 11/07/2018 in sostituzione della procedura UFL PS 7.5 004).

Inoltre sono state aggiornate le seguenti procedure:

Gestione Polizza RCT/O-Gestione Sinistri-CVS UFL PS 7.5 005 -Rev.1 (luglio 2018)

Procedura Gestione Polizze Assicurative Aziendali UFL PS 7.5 001 -Rev. 8 (luglio 2018)

Procedura Rivalsa datore di lavoro UFL PS 7.5 002 – Rev. 2 (luglio 2018).

Obiettivo: verifica dichiarazioni insussistenza conflitto di interesse

Tempistica: costante

Responsabile: Dirigente SSD Affari Generali e Legali

Indicatore: numero di dichiarazioni sul numero degli incarichi

Modalità di verifica dell’attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

30. 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, approvato con deliberazione n. 722 del 27/08/2018.

Ai sensi del D.lgs 33/2013 il professionista è tenuto a dichiarare di non versare in condizioni o situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi con l’ASST di Bergamo Est (modulistica allegata al regolamento).

Sono esclusi dall’ambito di applicazione del regolamento:

- gli incarichi conferiti ai componenti degli organismi di controllo interno e del nucleo di valutazione e dei nuclei di cui alla L. 144/1999 ai sensi dell’art. 3 c. 77 della L. 244/2007;
- gli affidamenti di attività di progettazione e pianificazione, di direzione lavori e collaudi disciplinati dal D.Lgs. n. 56/2016 e s.m.i.;
- le nomine a componenti di commissioni previsti da atti normativi e regolamentari;
- gli incarichi conferiti a legali e medico-legali, per la disciplina dei quali si rinvia al precedente paragrafo 26.

31. 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.

Si rende necessario proseguire con la misura già attuata.

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 e con trasmissione semestrale 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: SSD Affari Generali e Legali - UOC Risorse Umane – UOC Acquisti e Logistica - UOS Formazione e Aggiornamento

Indicatore: Pubblicazione 100% dichiarazioni

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

32. Albo per docenti/relatori/tutor

Con Procedura FAG PS 6.2 001 Rev 0 (ottobre 2019), 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.

Tra i requisiti che gli interessati devono possedere, la procedura prevede:

- Godimento dei diritti civili e politici;
- Non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- Non aver subito condanne penali definitive che comportano l'interdizione dai pubblici uffici;
- Non avere procedimenti penali pendenti;

- Non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e in altre cause di incompatibilità, secondo la normativa vigente.

I requisiti devono essere posseduti alla data dell'inserimento nell'Albo.

I candidati dovranno comunicare con tempestività l'eventuale insorgenza di cause che determinano il venir meno dei requisiti sopra elencati.

L'Azienda procederà all'effettuazione di idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli iscritti all'Albo.

L'individuazione delle professionalità avviene altresì nel rispetto dei principi di rotazione, oltre che di trasparenza ed equità, al fine di assicurare l'effettiva possibilità di conferimento dell'incarico a coloro che sono iscritti all'albo.

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 iscritti all'Albo docenti/relatori/tutor

2) Verifica sul rispetto del criterio della rotazione

Tempistica: Costante

Responsabile: Dirigente UOS Formazione e aggiornamento

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

33. Decessi in ambito ospedaliero: cointeressenza dei dipendenti all'indirizzo verso determinati fornitori di servizi

E' prevista nel codice comportamentale una norma specifica destinata alla disciplina particolare di tale rischio.

E' stato adottato il "Protocollo decessi" PT_DIRMC_003_Rev 0 in data 28/02/2022 e adottata per ciascun Ospedale la "Procedura Modalità di gestione delle proprietà del paziente".

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.

Si ritiene opportuno proseguire con questa misura di prevenzione.

La Direzione di Presidio 1 ha comunicato l'invio nei reparti ed alla camera mortuaria, ai fini della sensibilizzazione del personale delle degenze, di nuovi elenchi "Onoranze e pompe funebri" della provincia di Bergamo da mettere a disposizione dei parenti e pazienti ricoverati per la ricerca di recapiti di imprese di onoranze funebri, come previsto dai protocolli e procedure aziendali.

Inoltre, ha comunicato che, a seguito della prima ondata pandemica e a causa di un riscontro difficoltoso degli oggetti in capo al deceduto e alla loro tracciabilità, è stata predisposta una check list di tracciamento dei beni fino alla camera mortuaria. Tale check list viene poi consegnata insieme ai beni o alla ditta di onoranze funebri o ai parenti che accompagneranno il defunto.

A seguito dell'emergenza Covid 19, si prevede la sensibilizzazione sui comportamenti da tenere:

- 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.

Obiettivo: Sensibilizzazione al personale delle degenze - Check list di tracciamento dei beni fino alla camera mortuaria

Tempistica: costante

Responsabile: Direzioni Mediche

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

34. Liste di attesa

Nell'anno 2017, considerato che il rischio di scorretta gestione delle liste di attesa si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (nazionali e regionali) e ai regolamenti/procedure interne, si è concordato con l'Internal Auditing un audit di compliance (II° semestre 2017).

L'audit si è soffermato sulle liste di attesa dei ricoveri sui tre ospedali di Alzano, Piario e Seriate, rilevando un importante numero di pazienti in lista al 18/10/2017 nonché criticità nelle fasi di creazione e gestione delle liste.

Ciò comporta che la Direzione sanitaria, attraverso le rispettive Direzioni mediche, si faccia parte attiva nel validare le azioni correttive indicate in esito all'audit.

Nel 2018 è stata verificata l'applicazione delle azioni di miglioramento attraverso un follow-up (II° semestre)

La Direzione sanitaria / Direzioni mediche devono verificarne l'efficacia.

A seguito di audit è stata aggiornata la procedura PG 7.5 014 Rev 5 novembre 2018 "Gestione Lista d'attesa di ricovero e ambulatoriali (BIC/BOCA e MAC)" con raccomandazione da parte della Direzione Sanitaria di divulgazione presso gli Ospedali di competenza a cura dei Direttori Medici di Presidio.

Inoltre in procedura è prevista una sezione specifica dedicata alla vigilanza e controlli sulle liste d'attesa. Pertanto, visto che nel precedente PTPCT si era valutata l'attuazione di un ulteriore controllo da parte dell'Internal Auditing per verificare l'effettiva applicazione dei controlli di 1° livello da parte delle Direzioni Mediche, si è ritenuto opportuno, a distanza di un anno dalla sua applicazione, svolgere un audit di verifica in ordine all'effettiva applicazione della procedura e dei controlli per l'importanza che riveste una corretta gestione delle liste d'attesa.

Considerata la rilevanza che rivestono le liste d'attesa si era previsto un ulteriore controllo da parte dell'I.A. per verificare l'effettiva applicazione dei controlli di 1° livello da parte delle Direzioni Mediche

Tuttavia l'Internal Auditing attesta che l'area di indagine, riguardante il processo di gestione delle liste e tempi d'attesa dei ricoveri programmati, è stata sospesa nonché - qualora la situazione pandemica lo permetta- posticipata-. Tale audit, infatti, (avviato nel 2017) avendo dovuto avere quale obiettivo la verifica di quanto l'operatività ordinaria sia conforme alla procedura interna (PG 7.5 014 Rev 5 novembre 2018 "Gestione Lista d'attesa di ricovero e ambulatoriali (BIC/BOCA e MAC)" aggiornata nel 2018 rispetto gli ultimi atti normativi di

riferimento), non è stato attivato, poiché sarebbe risultato poco realistico, considerato che l'attività in oggetto è stata limitata nonché interrotta per parte dell'anno.

Sul tema si è espresso 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”*”.

Il documento di ORAC riporta l’analisi delle misure previste, in materia di ALPI e gestione liste d’attesa, in un campione di Piani anticorruzione 2018-2019 di aziende del sistema sanitario e l’analisi degli esiti del monitoraggio effettuato dalla Direzione Funzione Audit sulle attività di audit delle aziende del sistema sanitario dell’anno 2018.

L’analisi e la classificazione dei dati acquisiti ha permesso di formulare una serie di osservazioni e raccomandazioni.

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*”.

Sarà compito del gruppo di lavoro formulare proposte alla Direzione Strategica Aziendale finalizzate al miglioramento delle performance in termini di rispetto dei tempi d’attesa, ritenendo prioritaria l’attività di chirurgia oncologica in classe A, predisporre obiettivi a lungo termine ed a breve termine e di definirne il cronoprogramma, monitorare gli andamenti delle azioni proposte, supportare le decisioni prese in termini organizzativi; mettere in atto azioni correttive, organizzative o procedurali che possano agevolare il miglioramento dei tempi d’attesa degli interventi chirurgici; rendicontare gli obiettivi secondo le tempistiche stabilite dalla Direzione Generale Welfare.

Le Liste d’attesa risultano pubblicate in Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati – Liste d’attesa. E’ stato aggiunto il collegamento con Regione Lombardia in cui i dati pubblicati sono gestiti dalla Regione e sono forniti sotto la responsabilità delle singole strutture sanitarie. Questi dati sono aggiornati con frequenza almeno settimanale: tra la data di pubblicazione ed il momento della consultazione, le disponibilità possono aver subito variazioni.

La Direzione sanitaria in ordine alla pubblicazione delle Liste d’attesa in Amministrazione Trasparente ha comunicato che con riferimento al periodo di emergenza, è stata ridotta l’erogazione dell’attività differibile e che, pertanto, la pubblicazione dei dati aziendali è intesa come una “stima” rispetto ai tempi d’attesa.

Sulla base della reportistica semestrale elaborata dal SIA, le Direzioni Mediche predispongono una relazione semestrale di analisi degli indicatori da trasmettere alla Direzione Sanitaria.

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

Tempistica: semestrale

Responsabile: Direzioni mediche di presidio

Indicatore: Relazione di analisi degli indicatori

Modalità di verifica dell’attuazione: invio alla Direzione Sanitaria e al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

35. Attività libero professionale

Per attività libero-professionale intramuraria dei Dirigenti Medici, Veterinari e delle altre professionalità del ruolo sanitario (di seguito brevemente chiamati Dirigenti Sanitari) 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.

Anac con il PNA 2015 prevedeva che *“L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio”*

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.

Inoltre, secondo il citato PNA 2015, un ulteriore rischio può essere legato al fenomeno del *drop out*, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP, ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato; al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale,

Nella mappatura del trattamento dei rischi è mappato il processo *front office* (CUP) Gestione delle agende di prenotazione relative all'attività ambulatoriale resa in regime del SSN e libero professionale (Struttura Gestione Amm.va Integrata).

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.

Il regolamento aziendale prevede che l'Azienda predisponesse un sistema di verifica periodica dell'attività resa in regime di libera professione, finalizzato:

- ad assicurare prioritariamente l'effettuazione dell'attività istituzionale ed il rispetto, nello svolgimento della libera professione, di quanto previsto nei singoli atti autorizzativi in termini di spazi, giorni, orari e prestazioni (Direzione Medica di Presidio);
- all'eventuale riscontro di scostamenti ingiustificati dal volume di attività contrattato o del superamento dei tempi regionali stabiliti come tempi massimi per l'erogazione di prestazioni in regime istituzionale (Direzione Sanitaria);
- ad assicurare l'esecuzione della libera professione al di fuori del normale orario di lavoro e la corretta quantificazione e la resa del debito orario, laddove dovuto (UOC Gestione Risorse Umane).

Per effettuare i controlli l'Azienda utilizza i seguenti strumenti:

- a) la lista delle prenotazioni e la registrazione delle accettazioni;
- b) la registrazione e documentazione delle riscossioni effettuate;
- c) la registrazione delle attività per fini contabili e gestionali;

- d) ogni altro supporto o dato reperibile nell'ambito aziendale raccolto per l'alimentazione di flussi economici, informativi, organizzativi.

I controlli di competenza dell'UOC Gestione Risorse Umane attengono, in particolare, al rispetto della normativa vigente in relazione alla timbratura del cartellino presenza e alla corretta verifica che detta attività non interferisca con la programmazione delle attività istituzionali (turnistica di guardia e di reperibilità mensile) ed in concomitanza con malattie, infortuni, permessi ed altre astensioni obbligatorie e facoltative.

E' disponibile presso gli uffici del Coordinamento della attività istituzionali ed erogative nell'ambito della Direzione Sanitaria, il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF - Sono state inoltre condotte delle verifiche "mensili" su determinate tipologie di visite/prestazioni a seguito della riduzione dell'offerta ambulatoriale SSN. In alcuni casi sono stati attuati dei correttivi (blocco temporaneo della attività in libera professione).

Obiettivo: Monitoraggio attività libero professionale

Tempistica: trimestrale

Responsabile: Direzione Sanitaria

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Obiettivo: Verifica allineamento del vigente regolamento aziendale Libera Professione alle raccomandazioni ORAC di cui alla Delibera n. 18 del 21 dicembre 2020, ed eventuale aggiornamento

Tempistica: 30/11/2022

Responsabile: UOC Risorse Umane

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro 30.06 e 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

36. 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

Ricevere vantaggi economici in cambio di prescrizioni

Il processo attualmente è presidiato dal Codice di comportamento e dall'applicazione del Regolamento vigente (Delibera n. 367 del 24/05/2007) e Procedura (PT_DIRMS_0016).

Si è reso necessario:

- Aggiornare il regolamento (in sostituzione anche della procedura) relativo agli informatori scientifici prevedendo un sistema di controllo in capo alla Direzione Medica
- Formare gli operatori.

A marzo 2019 è stata definita la procedura PT_DIRSA_0045 "Modalità operative per l'accesso degli informatori medico scientifici".

Si rileva che la pandemia Covid 19 aveva escluso qualsiasi ingresso in Ospedale da parte degli Informatori Medici Scientifici, è pertanto era venuta meno qualsiasi attività a carico della direzione medica prevista nel protocollo.

Nel corso del 2021 l'attività degli informatori medico scientifici è ripresa.

E' stato adottato con deliberazione n. 643 del 23.6.2021 il Regolamento aziendale per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici

Obiettivo: Sensibilizzazione operatori

Tempistica: costante

Responsabile: Direzioni mediche di presidio

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

37. Procedure concorsuali

ORAC ha avuto modo di constatare come siano ricorrenti in aziende ed enti del SIREG, anche in tempi recenti, procedure di selezione per incarichi professionali o anche concorsuali indette con termini e scadenze molto ravvicinate, e/o prossime a importanti festività o periodi feriali, limitando quindi la partecipazione dei concorrenti (prot. ARAC.2018.0000526 del 17/12/2018).

Obiettivo: Procedure concorsuali indette con termini e scadenze NON ravvicinate a festività o periodi feriali

Tempistica: costante

Responsabile: UOC Gestione Risorse Umane

Indicatore: termine di scadenza domande / data convocazione candidati

Modalità di verifica dell'attuazione: invio all'RPCT di una relazione semestrale entro 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Si prevede inoltre 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: UOC Gestione 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 30.11. di ogni anno 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).

In coerenza alle disposizioni contenute nelle Deliberazioni di Giunta Regionale n. X/2989 del 23/12/2014 e n. XI/1046 del 17/12/2018, che, nel rispetto dell'autonomia organizzativa aziendale, prevedono la possibilità per le Aziende di gestire procedure concorsuali in forma unificata, le Aziende sanitarie della provincia di Bergamo (ASST Bergamo Est, ASST Bergamo Ovest, ASST Papa Giovanni XXIII e ATS di Bergamo) - sia per ragioni di economicità organizzativa, sia per riduzione dei tempi di espletamento delle procedure stesse, al fine di evitare l'espletamento da parte di più aziende sanitarie di più concorsi per le medesime figure professionali e nel medesimo arco temporale - hanno predisposto il Regolamento interaziendale "Gestione unificata di procedure concorsuali – Area del Comparto" (approvato con delibera n. 1204 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.

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

Nel precedente Piano si era richiesta un'armonizzazione del "*Regolamento aziendale per la partecipazione a eventi formativi sponsorizzati esterni all'Azienda in qualità di discente/uditore*" (delibera n. 582 del 29.6.2018) rispetto alle linee guida regionali.

Il Responsabile SS Formazione ha confermato l'applicazione delle indicazioni contenute nelle linee guida regionali, attestando che 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.

39. Sponsorizzazioni - Donazioni

Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 l'Asst Bergamo Est ha recentemente rettificato il Regolamento per la disciplina dei progetti di sponsorizzazione delle donazioni, dell'acquisizione di beni in comodato d'uso gratuito ed in conto visione, approvato e successivamente modificato e integrato con le deliberazioni n. 552 del 17 giugno 2016, n. 928 del 27.10.2016, n. 1090 del 27.12.2017 e n. 136 del 15/02/2018, 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 del Presidio interessato e non più al Direttore Sanitario.

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.

Per contratto di sponsorizzazione si intende quello con cui l'Azienda, che è soggetto sponsorizzato (sponseé) si obbliga a fornire, nell'ambito di proprie iniziative destinate ad un pubblico specifico o alla fruizione generalizzata, prestazioni accessorie di veicolazione di un segno distintivo e visibilità del o dei soggetti terzi (sponsor), che si obbligano a pagare un corrispettivo (in danaro, prodotti o servizi) a fronte di tale associazione della propria immagine alla iniziativa dello sponseé.

L'ASST individua, previa emanazione di un bando, le tipologie e le principali caratteristiche dei progetti per i quali intende avvalersi della collaborazione di soggetti terzi al fine di realizzarli nella prospettiva di perseguire i propri obiettivi e scopi istituzionali con risparmio di risorse.

E' sottoposta ad attenta valutazione l'accoglimento di proposte di finanziamento da parte di candidati sponsor e/o l'accettazione di donazioni/erogazioni liberali/beni in comodato o in conto visione qualora si configurino motivi di inopportunità, conflitti di interessi anche potenziali tra lo sponsor/donante/erogante/comodante nei rapporti con l'Amministrazione, o che compromettano l'autonomia, l'immagine dell'azienda sanitaria e la sua libertà di iniziativa.

ORAC, con l'allegato nr.1 alla deliberazione n. 13 del 07 dicembre 2020 "*Approvazione delle relazioni finali dell'obiettivo 4.1. 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. Approfondimenti in materia di donazioni e operatività del sistema dei controlli nell'emergenza"*, fornisce un Vademecum Operativo in materia di gestione delle erogazioni liberali, nel quale sono state formulate, sulla base delle informazioni raccolte e delle prassi aziendali, raccomandazioni e indicazioni utili per la gestione operativa.

Le linee guida di ORAC forniscono suggerimenti in ordine all'adozione e/o revisione di un regolamento.

Poiché l'ASST ha già adottato e rivisto recentemente il proprio regolamento, si prevede di verificarne l'uniformità con le linee guida fornite da Anac ed eventualmente di aggiornarlo.

ORAC raccomanda di ricordare i contenuti dei regolamenti sulle donazioni con le procedure relative alle erogazioni liberali adottate nell'ambito dei percorsi attuativi di certificazione dei bilanci.

Le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi ai sensi del D.Lgs. 39/2013 prevedono un periodo di «raffreddamento» di un biennio per determinare il venir meno delle cause ostative. In assenza di specifiche disposizioni normative in materia di conflitti di interesse Anac con deliberazione n. 321 del 28/03/2018 ha ritenuto che il predetto periodo biennale sia applicabile anche per valutare le situazioni di conflitto di interessi.

Pertanto, in ossequio alle disposizioni normative in materia di conflitto di interessi, si prevede di non nominare quale componente di commissione di gara per acquisto beni individuati nel progetto il Direttore che ha presentato il progetto stesso, qualora la ditta sponsor/donatrice partecipi alla gara.

<p><u>Obiettivo</u>: Segnalazione al Direttore della UOC Gestione Acquisti e Logistica affinché non nomini, quale componente di commissione di gara per acquisto di beni individuati nel progetto, il Direttore che ha presentato il progetto stesso, qualora la ditta sponsor/donatrice partecipi alla gara</p>
--

Tempistica: costante

Responsabile: SSD Affari Generali e Legali

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Gli enti sanitari regionali hanno altresì effettuato, come disposto dalla nota regionale del 12 marzo 2020 prot. n. A1.2020.0096091, le comunicazioni a Regione Lombardia con l'indicazione degli importi, ricevuti a titolo di donazioni per l'emergenza Covid-19, flusso informativo destinato ad alimentare il "contatore regionale" con cui Regione Lombardia ha assicurato forme di pubblicità sulle somme donate.

Il regolamento aziendale e la relativa modulistica è pubblicato sul sito web istituzionale.

Anac ha previsto forme di trasparenza in ordine alle erogazioni liberali legate all'emergenza Covid-19 (vedere paragrafo 46)

40. Sperimentazioni

In ottemperanza:

- al decreto della Direzione Generale Salute Regione Lombardia 25/6/2013 n. 5493 "Riorganizzazione dei comitati etici della Regione Lombardia – Approvazione delle linee guida per l'istituzione e il funzionamento",
- alle "Note regionali Regione Lombardia prot. G1.2016.0035472 del 16/11/2016; prot. G1.2016.0036044 del 22/11/2016 e successive precisazioni pervenute in data 9/12/2016 (nostro protocollo 41513/2016)";

che hanno ridisegnato l'organizzazione dei comitati etici della Regione Lombardia, è istituita, con deliberazione n. 585 del 19.06.2017 la SEGRETERIA AFFERENTE al CE di Bergamo, (ricostituito con deliberazione DG ASST Papa Giovanni XXIII n. 2252/2016 adottata in data 29/12/2016), la cui responsabilità è affidata al "referente qualificato" nominato dal Direttore Generale.

La segreteria afferente (attualmente assegnata alla SSD AAGGLL) 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.

Obiettivo: Verifica assenza conflitto d'interesse

Tempistica: costante

Responsabile: Referente qualificato per i contatti con la segreteria tecnico-scientifica del Comitato Etico

Indicatore: numero dichiarazioni verificate e n. di sperimentazioni approvate dall'Azienda

Modalità di verifica dell'attuazione: invio all'RPCT di una relazione entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

41. 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.

E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022.

<p><u>Obiettivo</u>: Monitoraggio corretta applicazione della procedura gestione rifiuti</p> <p><u>Tempistica</u>: costante</p> <p><u>Responsabile</u>: Igiene Ospedaliera / Direzioni Mediche</p> <p><u>Indicatore</u>: fatto/non fatto</p> <p><u>Modalità di verifica dell'attuazione</u>: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11.2021 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.</p>
--

42. "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.

Ai sensi della normativa vigente in materia di segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio, viste anche le novità introdotte dal D.Lgs. n. 90/2017 "Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE e attuazione del regolamento (UE) n. 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento (CE) n. 1781/2006" è previsto che ogni P.A. debba nominare un "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio⁸, il quale avrà il compito di:

- valutare ed inviare alla UIF, in presenza di uno degli indici di anomalia di cui all'allegato A del Decreto stesso, una segnalazione, ai sensi dell'art. 41 del decreto antiriciclaggio (D.Lgs n. 231 del 21.11.2007), "quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo".

La segnalazione è trasmessa senza ritardo alla UIF in via telematica, attraverso la rete internet, tramite il portale INFOSAT-UIF della Banca d'Italia, previa adesione al sistema di segnalazione on-line e nel rispetto delle istruzioni impartite dalla Banca d'Italia con provvedimento del 4 maggio 2011;

- adottare "in base alla propria autonomia organizzativa procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti";
- garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, avrà quale proprio interlocutore detto soggetto, nonché la relativa struttura organizzativa indicata in sede di adesione al sistema di segnalazione online;
- essere formato ad hoc al fine di poter riconoscere attività potenzialmente connesse con il riciclaggio ed il finanziamento del terrorismo, anche attraverso la valutazione dell'esito delle segnalazioni acquisito in fase di feedback.

⁸ Prov. 23-4-2018 del Direttore dell'Unità di informazione finanziaria per l'Italia.

La formazione del gestore deve avere carattere di continuità e sistematicità, nonché tenere conto dell'evoluzione della normativa in materia antiriciclaggio".

L'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), con comunicazione del 16/04/2020 in tema di prevenzione di fenomeni di criminalità finanziaria connessi con l'emergenza da Covid-19, osservava come la situazione di emergenza sanitaria esponesse il sistema economico-finanziario a rilevanti rischi di comportamenti illeciti. In particolare, al fine di agevolare la collaborazione attiva, la Comunicazione individuava i seguenti aspetti cui i soggetti obbligati (fra cui l'ASST) sono stati chiamati a prestare attenzione:

il pericolo di possibili truffe e fenomeni corruttivi nei settori delle forniture e dei servizi più direttamente collegati all'emergenza sanitaria, nonché nell'ambito delle raccolte di fondi, anche mediante piattaforme on line di crowdfunding;

a fronte dell'indebolimento economico di famiglie e imprese, il rischio di infiltrazione criminale da parte di organizzazioni che possono trovare nuove occasioni per svolgere attività usuarie e per rilevare o infiltrare imprese in crisi con finalità di riciclaggio;

il monitoraggio delle attività a distanza e, in particolare, dell'utilizzo degli strumenti di pagamento elettronici, in relazione ai quali sussiste una maggiore esposizione al rischio di reati informatici.

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: - UOC Gestione Acquisti e Logistica; - UOC Gestione Tecnico-Patrimoniale; - UOC Economico – Finanziaria; - S.S. Sistemi Informativi Aziendali; - UOC Farmacia.

Il RPCT ha provveduto alla diffusione del regolamento e pubblicazione nella intranet aziendale, istituendo inoltre un indirizzo e-mail dedicato.

Il "Gestore" si è registrato in Banca d'Italia per poter inviare segnalazioni alla UIF.

E' stata svolta una formazione specifica in tema di antiriciclaggio (si rinvia al paragrafo 25).

Titolo VII°

EMERGENZA COVID-19: I SETTORI E I RISCHI DI CORRUZIONE EMERGENTI DURANTE L'EMERGENZA

A) Assunzioni straordinarie di personale

La pandemia da Covid-19 ha pesantemente inciso sulla disciplina delle attività sanitarie. L'Azienda si è trovata ad operare in contesti diversi da quelli ordinari, in cui ha dovuto far fronte ad un aumento della domanda di assistenza. L'implementazione del personale ha permesso anche di garantire la copertura di turni in un periodo in cui era diminuita la forza lavoro per il numero di contagiati tra il personale.

Con DGR n. 2903 del 02/03/2020 recante "Prime determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica Covid" è stato autorizzato il reclutamento straordinario di personale sanitario, con contratti di lavoro a tempo determinato, incarichi libero professionali, ricorso ad agenzie interinali oltre al reclutamento di personale in quiescenza già appartenente ai ruoli del SSR.

Nell'anno 2020 l'Asst Bergamo Est ha conferito incarichi a titolo gratuito a medici che si sono dichiarati disponibili a prestare la loro attività intellettuale dopo il collocamento a riposo.

I provvedimenti deliberativi sono pubblicati in amministrazione trasparente.

B) Approvvigionamento di beni, servizi e lavori in deroga alle procedure ordinarie

L'approvvigionamento è una delle attività maggiormente soggette a corruzione.

A seguito dell'emergenza Covid-19 l'Azienda si è trovata a rispondere alle numerose urgenze rappresentate dai Reparti dei Presidi Ospedalieri, in particolare ha dovuto effettuare acquisti in urgenza di DPI e di medicinali, che ha richiesto l'uso di procedure d'urgenza che espongono a nuovi rischi dovuti alla riduzione dei tempi, alla concentrazione di poteri decisionali e all'asimmetria informativa nella scelta dei beni da acquistare, anche alla luce delle novità previste dal Decreto semplificazione che ha consentito di procedere ad acquisti con affidamento diretto aumentando l'importo della soglia consentita.

Infatti il D.L. 16 luglio 2020, n. 76 *“Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale”* ha introdotto, nel Titolo I, Capo I (Semplificazioni in materia di contratti pubblici), alcune rilevanti novità in materia di contratti pubblici, finalizzate ad incentivare gli investimenti pubblici nel settore delle infrastrutture e dei servizi pubblici, nonché a fronteggiare le ricadute economiche negative conseguenti alle misure di contenimento e dell'emergenza legata alla pandemia da Covid 19.

Procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA, pubblicazione dei provvedimenti in amministrazione trasparente) ed efficaci sistemi di segnalazione interna (Whistleblowing) consentono di mitigare il rischio di corruzione, oltre ad una continua attività di monitoraggio sulle scorte di DPI nel magazzino.

Per quanto concerne gli affidamenti diretti e le varianti contrattuali, ANAC, parallelamente ad ORAC, ha svolto una *“indagine conoscitiva sugli affidamenti in regime emergenziale di forniture e servizi sanitari connessi al trattamento ed al contenimento dell'epidemia da COVID 19-Report di seconda Fase”* (periodo 1 marzo - 30 aprile 2020), i cui esiti sono stati approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 4 agosto 2020.

Come valutazione di sintesi, ANAC osserva che gli affidamenti analizzati, che hanno utilizzato la disciplina speciale in deroga, adottata per fronteggiare l'emergenza sanitaria (deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31.1.2020; decreto del CDPC del 27.2.2020; OCDPC n. 630/2020 e n. 639/2020; D.L. 2.3.2020 n. 9; D.L. 17.3.2020 n. 18; Comunicazione della Commissione Europea C/108/I/I nonché le disposizioni, del D.L. n. 18 del 17 marzo, aventi portata derogatoria rispetto alle ordinarie procedure di scelta del contraente e relativi adempimenti previsti dal Codice dei contratti pubblici), sono sostanzialmente giustificati in quanto *“Il ricorso a strumenti procedurali più agili si è reso necessario in quanto le procedure ordinarie avrebbero compromesso la tempestività delle misure urgenti richieste dall'emergenza epidemiologica”*.
(Si rinvia anche al paragrafo 27)

C) Procedure d'acquisto finanziate da donazioni finalizzate all'emergenza

Per le procedure d'acquisto con i proventi delle erogazioni liberali valgono le regole ordinarie del Codice dei contratti pubblici e della Comunità Europea, salve le eccezioni introdotte dalla legislazione dell'emergenza.

Al fine di garantire l'impiego della donazione e assicurare la celerità dell'utilizzo della donazione, nella vigenza dello stato di emergenza, l'acquisizione di forniture e servizi utili a contrastare l'emergenza Covid 19, qualora sia finanziata in via esclusiva tramite donazioni di persone fisiche o giuridiche private, avvenga mediante affidamento diretto, per importi non superiori alle soglie comunitarie recate dal codice dei contratti pubblici, e a condizione che l'affidamento sia conforme al motivo delle liberalità (D.L.18/2020 art. 99, comma 3). Qualora il valore del contratto finanziato attraverso erogazioni liberali superi il valore della soglia comunitaria, dovranno essere seguite le procedure di affidamento ordinarie, eventualmente

utilizzando le possibilità di deroga previste dalla legge per l'emergenza, ove ne ricorrano i presupposti.

Anche in questo caso procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA, pubblicazione dei provvedimenti in amministrazione trasparente) ed efficaci sistemi di segnalazione interna (Whistleblowing) consentono di mitigare il rischio di corruzione

D) Erogazioni liberali nell'emergenza (rinvio ai paragrafi 46)

E) Smart Working

Tra le misure adottate per fronteggiare l'emergenza e ridurre il rischio di diffusione del contagio vi è lo smart working (lavoro agile).

L'Azienda con deliberazione n. 83 del 29/01/2021 ha approvato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Inoltre con deliberazione n. 1139 del 23/12/2019 ha adottato il Regolamento per la sperimentazione dello Smart Working come modalità di lavoro flessibile, finalizzata alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale dipendente, in coerenza 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".

Tuttavia, con il diffondersi dell'epidemia Covid-19, a partire da fine febbraio 2020, sono stati emanati numerosi provvedimenti per semplificare l'accesso allo Smart Working e diffonderne l'utilizzo nella PA: Decreto legge n. 6 del 23 febbraio 2020, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"; Decreto-legge n. 9 del 2 marzo 2020, recante "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"; Direttiva n.1/2020 della Funzione pubblica – Emergenza epidemiologica COVID-2019; Circolare n.1/2020 del Ministro della PA; Direttiva 2/2020 del Ministro Dadone in relazione all'emergenza Covid-19 che sostituisce la Direttiva n.1/2020; Decreto legge "Cura Italia", nr 18 del 17 marzo 2020 (convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27); Circolare n. 2/2020 della Funzione Pubblica; Decreto Rilancio (Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 come convertito con la legge 17 luglio 2020, n. 77).

Poiché si tratta di un'Azienda Sanitaria, la normativa sullo smart working deve trovare il suo riferimento non tanto nei reparti sanitari, adibiti alla cura, quanto nelle UU.OO. di supporto all'attività sanitaria.

Come descritto all'interno del POLA, i Responsabili delle articolazioni organizzative sono stati invitati a:

- inviare formale comunicazione all'UOC Gestione Risorse Umane dei dipendenti da impiegare in SW evidenziando la decorrenza, i giorni individuati per lo SW e le attività previste.
- attivarsi con l'UOS Servizio Informatico Aziendale per l'installazione su PC individuato per lavorare da remoto dell'applicazione VPN, laddove necessario.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha sottolineato che anche nella fase emergenziale il dipendente in SW:

- svolge "in remoto" l'intera giornata lavorativa per i giorni/settimana concordati;
- non produce lavoro straordinario;
- deve essere rintracciabile, dal funzionario di riferimento o dal dirigente, garantendo una reperibilità telefonicamente, via e-mail o attraverso altri strumenti informatici.

L'Azienda ha tenuto comunque conto delle prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale e adeguato la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei protocolli di sicurezza e nei documenti di valutazione dei rischi.

All'interno del POLA si prevede la realizzazione di una nuova mappatura delle attività anche alla luce dell'esperienza maturata durante il periodo dell'emergenza COVID e dalla rivalutazione dello SW da parte di alcuni Responsabili - a cura UOC Gestione Risorse Umane
Il rischio dell'istituto in oggetto si configura nell'abuso dello stesso da parte del dipendente

F) Decessi in ambito ospedaliero (rinvio al paragrafo 33)

La gestione dei decessi in ambito intraospedaliero a seguito dell'emergenza Covid-19 prevede una maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari per prevenire e contrastare gli eventi corruttivi in ambito funerario.

G) Pulizia e sanificazione

Il servizio di pulizia e sanificazione prevede verifiche ispettive in tutti i presidi ospedalieri, sedi operative e presidi territoriali dell'Asst Bergamo Est.

Il rischio corruttivo si può configurare in omissioni e/o discrezionalità e/o parzialità nell'esercizio delle attività stesse, in particolare durante l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19.

La contaminazione ambientale deve essere considerata una possibile fonte di infezione da Covid-19.

Pertanto la ventilazione delle stanze tramite apertura delle finestre, la sanificazione delle attrezzature, l'appropriato utilizzo e la disinfezione dei bagni possono ridurre efficacemente la concentrazione dell'RNA di SARS-CoV-2.

Gli addetti/operatori professionali che svolgono le attività di pulizia quotidiana degli ambienti e/o luoghi devono correttamente seguire le procedure, i protocolli, le modalità (sanificazione) e adottare l'uso di Dispositivi di Protezione Individuale (vestizione-svestizione).

Attualmente è in vigore il protocollo Pulizie e Sanificazione COVID -19 in quanto in periodo emergenziale pandemico PT IGOSP 0019 "*Protocollo di applicazione del capitolato di appalto per l'esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione covid-19 revisione 1 – agosto 2020*".

E il Protocollo "*Coronavirus*" rev.12 25/02/2021.

Publicati nella Intranet aziendale – sezione Covid-19

Continua attività di predisposizione percorsi sporco / pulito. Incontri formativi sul corretto utilizzo DPI in collaborazione con SPP e medicina del lavoro. Vestizione /svestizione. Corretto utilizzo dei disinfettanti.

Per il servizio di ristorazione dei dipendenti è prevista la prenotazione mensa che consente il corretto distanziamento sociale.

Titolo VIII° TRASPARENZA

43. Obiettivi Strategici in materia di trasparenza

Anche per l'anno 2022 Regione Lombardia, nell'ambito di attuazione degli indirizzi programmatori (D.G.R. 5832/2021), ha previsto tra gli obiettivi specifici il rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza.

Come da indicazioni ANAC costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e quelli della trasparenza.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST Bergamo Est si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2022 si dovrà:

- proseguire con l'attivazione dei canali nella nuova "Amministrazione Trasparente".

A tale fine il SIA:

- a) deve fornire indicazioni operative alle UUOO interessate alla pubblicazione;
- b) deve riordinare i flussi di pubblicazione per rendere fruibile la consultazione di amministrazione trasparente (es. pubblicazioni tramite diverse softwarehouse);
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre 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 30.06.2022 e 30.11.2022

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

Indicatore: Compilazione griglia inviata "semestralmente" 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 30.6 e 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

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 nel caso di pubblicazioni tramite diverse softwarehouse)

Tempistica: 30.11.2022

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 al 30.11.2022 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

44. Amministrazione trasparente

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'Azienda e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie.

Il D.Lgs. n. 97/2016, che persegue l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, ha apportato rilevanti innovazioni al quadro normativo delineato in materia di trasparenza dalla L. n. 190/2012 e dal D.Lgs. n. 33/2013, introducendo e disciplinando un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto nella precedente formulazione

L'elenco degli obblighi di pubblicazione allegato alla Delibera CIVIT 50/2013, è stato innovato in maniera considerevole in seguito alla promulgazione del D.lgs 25 maggio 2016, n.97. L'Azienda ha proceduto quindi all'aggiornamento della griglia degli adempimenti di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 allegata al presente documento (Allegato A - Elenco degli obblighi di pubblicazione) secondo le indicazioni della delibera ANAC n. 1310 «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016», riservandosi una ulteriore revisione per assicurare la piena applicazione delle nuove disposizioni.

E' richiesta un'attenta attività di monitoraggio periodico da parte del RPCT e del NVP. Vengono svolti monitoraggi semestrali a cura del RPCT in cui si verifica lo stato di pubblicazione dei dati/informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale.

Il Nucleo di valutazione delle Prestazioni dell'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale (ASST) di Bergamo Est, è stato formalmente convocato per il giorno 15 giugno 2021 e nella seduta, avvenuta in videoconferenza, ha effettuato la verifica richiesta da ANAC con deliberazione n. 294/2021 finalizzata a verificare l'assolvimento al 31/05/2021 degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

Con particolare attenzione ad alcune voci della sezione "Amministrazione Trasparente" relative a:

- Performance (art. 20)
- Bilanci (art. 29)
- Beni immobili e gestione patrimonio (art. 30)
- Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31)
- Bandi di gara e contratti (art. 37)
- Interventi straordinari e di emergenza (artt. 42)

Il controllo ha riguardato:

- pubblicazione del dato nella sezione dell'"Amministrazione trasparente" del sito aziendale;
- completezza delle informazioni richieste dalle previsioni normative;
- aggiornamento dei dati pubblicati;
- rispetto dei formati di pubblicazione come da normativa vigente (apertura formato);

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.

Dovrà essere acquisito, semestralmente, da parte di ciascun Responsabile di Struttura competente alla produzione del dato (secondo la griglia ANAC), specifica attestazione del corretto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n. 33/2013, da acquisire agli atti e a valere in occasione delle verifiche di competenza del NVP.

L'Azienda ottempera agli adempimenti di trasparenza seguendo le indicazioni contenute nell'Allegato A al D.Lgs. n. 33 del 2013. Con particolare riferimento alle procedure di appalto, l'ANAC ha definito con la deliberazione 26 del 2013 le informazioni essenziali che le stazioni appaltanti pubbliche devono pubblicare sulla sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito ai sensi dell'art. 1, comma 32, della l. n. 190 del 2012.

Restano comunque ferme le disposizioni in materia di pubblicità previste dal D.Lgs. n. 50/2016, nonché, naturalmente, tutte le altre disposizioni già vigenti che prescrivono misure di trasparenza. Tra queste, si rammentano le norme contenute nell'art. 4 della legge n. 15 del 2009, commi 7 e 8, che impongono misure di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività e che riguardano l'ampio ambito delle "amministrazioni pubbliche".

Il passaggio aziendale alla nuova softwarehouse per la gestione informatica di Amministrazione Trasparente sta tutt'ora coinvolgendo il SIA e le diverse articolazioni aziendali per la semplificazione dei flussi.

45. Attività svolte e soggetti coinvolti

A) **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** effettua i controlli richiesti annualmente da Anac finalizzati a verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

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

B) **RPCT:**

- ✓ 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 all. A sezione Amministrazione Trasparente del PTPCT).

Le UU.OO. devono verificare, per ogni obbligo riportato, i seguenti campi: pubblicazione, completezza del contenuto, completezza rispetto agli Uffici, aggiornamento, apertura formato;

- ✓ collabora con le UU.OO. e le coadiuva per i corretti adempimenti, in particolare con il SIA e con l'UOC Qualità Risk Management e Processi di Integrazione, e giungere al completamento dello switch con dismissione del vecchio sistema informatico e passaggio al nuovo, in particolare:
 - coinvolgimento degli ordinatori di spesa, per alimentare il flusso dei dati pubblicati alla sezione "Bandi di gara e contratti";
 - verifica semestrale pubblicazione dati in Amministrazione Trasparente.

C) **SIA:**

- ✓ ha individuato la nuova softwarehouse per la nuova Amministrazione Trasparente;
- ✓ ha il compito di attivare tutti i canali nella nuova "Amministrazione Trasparente" per consentire il caricamento dati da sw delibere determine o tramite altro canale individuato con la softwarehouse.
- ✓ ha inviato ai Responsabili di Struttura indicazioni per il flusso dei dati in Civilia:
 - indicazioni operative per la pubblicazione della sezione "Consulenti e collaboratori" tramite il canale di "Delibere/determine";
 - indicazioni operative per l'inserimento automatico da "delibere/determine" nella sezione trasparenza;
- ✓ Qualora necessario deve fornire ulteriori indicazioni operative alle UU.OO. interessate perché laddove previsto pubblicchino utilizzando i flussi previsti dalla softwarehouse
- ✓ ha predisposto un campo ad hoc (flag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art. 63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civilia) e attivato nella sezione "Statistiche - > Report" la nuova voce "Registri Atti", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli;
- ✓ ha collaborato con il RPCT per l'attivazione di un nuovo canale informatico di whistleblowing nell'ambito del progetto WhistleblowingPA (<http://www.whistleblowing.it>) promosso da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti umani e Digitali per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti.
- ✓ Qualora necessario fornire ulteriori indicazioni operative alle UU.OO. interessate perché laddove previsto pubblicchino utilizzando i flussi previsti dalla softwarehouse.

D) **UOC Qualità Risk Management e Processi d'Integrazione:**

- ✓ è la Struttura competente alla pubblicazione su Amministrazione Trasparente;
- ✓ ha proceduto con la migrazione dei dati pubblicati all'interno della precedente "Amministrazione Trasparente" riportandoli in quella gestita dalla nuova softwarehouse per consentire uniformità nelle informazioni.

E) **Le UU.OO. indicate nella "Griglia della trasparenza":**

- ✓ sono costantemente impegnate nell'adeguamento di numerosi obblighi di pubblicità contenuti nella sezione web Amministrazione Trasparente. Obblighi richiesti anche da altri disposti normativi, nazionali e regionali, che tendono a far confluire in un unico canale di pubblicità specifici debiti informativi;
- ✓ sono coinvolte in ordine alla pubblicazione di alcune sezioni di Amministrazione Trasparente che prevedono il caricamento diretto dal gestionale delibere e determine (Civilia);
- ✓ monitoraggio secondo quanto previsto dalla griglia allegata al presente documento (Allegato A – Elenco degli obblighi di pubblicazione).

Tempi procedurali

In materia di prevenzione della corruzione l'art. 1 c. 9 e 28, della L. 190 del 2012 richiede il monitoraggio dei procedimenti amministrativi.

L'art. 2, comma 4 bis, della L. 241 del 1990, come modificato dal recente D.L. n. 76 del 2020 (convertito in Legge n. 120 del 11 settembre 2020) prevede che: *"Le pubbliche amministrazioni misurano e pubblicano nel proprio sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione*

trasparente", i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti nonché le ulteriori modalità di pubblicazione di cui al primo periodo".

La sezione di Amministrazione Trasparente, in cui vengono pubblicate le informazioni ai sensi dell'art. 35 D. Lgs. 33/2013 s.m.i. (voce attività e procedimenti – tipologie di procedimento), è stata aggiornata nel corso del 2020.

Adempimenti Legge 190/2012 art. 1, comma 32

L'Azienda adempie all'obbligo di pubblicazione in Amministrazione trasparente / Bandi di gara e contratti / Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare, a cura del SIA
http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=77&CSRF=3e1aac2e5cb35aaea33434332f2fa301

Si tratta di tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)

46. Trasparenza durante l'emergenza

Il "Decreto Cura Italia" ha richiamato l'art. 42 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. che prevede specifici obblighi di pubblicazione in caso di situazioni di emergenza che comportino l'adozione di atti in deroga alla legislazione vigente.

L'Azienda nella sezione Amministrazione trasparente – Sottosezione Interventi straordinari e di emergenza pubblica i provvedimenti adottati in emergenza Covid-19 e i provvedimenti relativi all'accettazione delle donazioni.

A) Trasparenza acquisti in emergenza

Fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente, è stata contemplata, quale misura di trasparenza, la pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al Covid-19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso dal gestionale "delibere/determine".

Obiettivo: Trasparenza degli acquisti effettuati in emergenza Covid 19 tramite flusso delibere/determine di "Civilia"

Tempistica: Tempestiva

Responsabile: Ordinatori di spesa

Indicatore: 100% dei provvedimenti

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.06 e 30.11 di ogni anno di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

B) Erogazioni liberali nell'emergenza

In ordine alle donazioni legate all'emergenza sanitaria, anche come previsto dall'art. 99 comma 5 del Decreto Legge n.18/2020 (cosiddetto "Decreto Cura Italia"), convertito con L. n.27/2020, ASST Bergamo Est, al fine di assicurare la massima trasparenza, pubblica un prospetto riepilogativo dell'ammontare delle donazioni in denaro ricevute in ragione dell'emergenza Covid 19 e del loro impiego. Anac con Comunicato del Presidente del 29/07/2020 e successiva integrazione del 07/10/2020 ha fornito le istruzioni per attuare la trasparenza, in ossequio all'art. 99 comma 5 del D.L. 18/2020 convertito in legge 27/20, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione e garantire la conoscibilità delle erogazioni secondo uno schema uniforme che consenta la comparazione dei dati essenziali. Pertanto ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute. La norma dispone che, al termine dello stato di emergenza nazionale da Covid 19 tale separata rendicontazione venga pubblicata.

L'Asst Bergamo Est, pubblica le suddette informazioni attraverso il formato previsto da Anac. Inoltre vengono pubblicate le donazioni di beni.

Pubblicazione nel sito web aziendale: Amministrazione trasparente> interventi straordinari e di emergenza

Obiettivo: Trasparenza dei provvedimenti di accettazione delle erogazioni liberali in emergenza Covid 19 tramite flusso delibere/determine di "Civilia"

Tempistica: Tempestiva

Responsabile: UOC Economico-Finanziaria

Indicatore: 100% dei provvedimenti

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

Obiettivo: Pubblicazione rendicontazione in ordine alle erogazioni liberali secondo Modello ANAC

Tempistica: Trimestrale

Responsabile: UOC Economico-Finanziaria

Indicatore: Fatto/Non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra e invio monitoraggi.

47. Pubblicazione dati patrimoniali e reddituali del personale dirigenziale (art. 14, comma 1, lett f) d.lgs. 33/2013 smi

Con riferimento agli obblighi di pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali previsti dall'art. 14, comma 1, lett f) d.lgs. 33/2013, con sentenza n. 20 del 23 gennaio 2019 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, nella parte in cui prevede, in modo generalizzato per tutti i dirigenti, la pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale. La Corte ha affidato al legislatore, nell'ambito di un'urgente revisione complessiva della materia, il compito di definire una nuova disciplina.

Nelle more dell'intervento del legislatore, la Corte ha ritenuto che gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14, comma 1, lett. f) relativi alla documentazione della situazione patrimoniale e

reddituale, permangono solo per i dirigenti apicali, titolari di compiti - propositivi, organizzativi, di gestione e di spesa - di elevatissimo rilievo.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con deliberazione n. 586 del 26/06/2019, nel prendere atto della sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, in merito alla pubblicazione sul sito istituzionale della situazione patrimoniale e reddituale del personale dirigente del SSN ha individuato le figure dei Direttori Strategici, Dirigenti di Dipartimento e di Struttura Complessa.

Con nota del 10/10/2019 (prot. A1.2019.9331519) si è espressa Regione Lombardia, che, a fronte delle incertezze emerse, delle criticità non risolte dal legislatore e delle conseguenze sanzionatorie derivanti sia dall'omessa pubblicazione che dalla pubblicazione di dati in assenza di idonea base normativa, ha ritenuto prudente, allo stato attuale, che si attendano chiarimenti da parte delle Autorità coinvolte (Anac e Garante delle Privacy), già interessate anche in sede di Conferenza Stato-Regioni, o dallo stesso legislatore, prima di procedere alla pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali.

Con successiva nota del 28/11/2019 (prot. G1.2019.0039946), Regione Lombardia ha ritenuto che si debba soprassedere anche alla raccolta dei dati.

Anac con delibera n. 1126 del 4/12/2019, ha rinviato alla data del 1 marzo 2020 l'avvio dell'attività di vigilanza sull'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 33/2013 - dati reddituali e patrimoniali - con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti e ha sospeso l'efficacia della delibera ANAC n. 586/2019, limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013, ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio promosso da due dirigenti sanitari titolari di struttura complessa (ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019).

Con Sentenza n. 12288/2020 il Tar del Lazio ha escluso l'obbligo di pubblicazione, particolarmente penetrante, dei dati di cui all'art. 14 del d.lgs. 33/2013 s.m.i., tra cui quelli reddituali e patrimoniali, per i medici responsabili di struttura complessa, ritenendo che tale obbligo debba riguardare le figure dirigenziali effettivamente apicali.

Tuttavia si evidenzia che l'art. 1, comma 7, Decreto Legge n. 162 del 30.12.2019 e s.m.i (cd. Decreto Milleproroghe, convertito in legge 20-02-2020, n. 8), ha sospeso fino al 30 aprile 2021 (termine così prorogato dal Decreto Legge 31 dicembre 2020, n. 183, convertito in legge 26-02-2021, n. 21) la vigilanza e le sanzioni sull'applicazione dell'art. 14, comma 1, del D.Lgs. 33/2013, in attesa dell'adeguamento della norma ai principi dettati dalla citata sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, attraverso l'adozione di un regolamento interministeriale al quale è demandata la nuova disciplina dell'adempimento da differenziare in ragione della diversa tipologia di incarico dirigenziale ricoperto.

In particolare, secondo i seguenti criteri:

- a. graduazione degli obblighi di pubblicazione dei dati di cui al comma 1, lettere b) ed e), dell'articolo 14, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in relazione al rilievo esterno dell'incarico svolto, al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all'esercizio della funzione dirigenziale, tenuto anche conto della complessità della struttura cui è preposto il titolare dell'incarico, fermo restando per tutti i titolari di incarichi dirigenziali l'obbligo di comunicazione dei dati patrimoniali e reddituali di cui all'articolo 13, comma 3, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62;

- b. previsione che i dati di cui all'articolo 14, comma 1, lettera f), del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, possano essere oggetto anche di sola comunicazione all'amministrazione di appartenenza.

Allo stato attuale non risulta adottato il regolamento previsto dall'art. 1, comma 7, del D.L. n. 162 del 30.12.2019, ma neppure ulteriormente sospeso il termine riferito alla vigilanza ed alle sanzioni sull'applicazione dell'art. 14, comma 1, del D.Lgs. 33/2013.

Pertanto, in attesa di superiori disposizioni, si evidenzia che, per quanto riguarda la dirigenza sanitaria, l'obbligo di pubblicazione della situazione patrimoniale e reddituale non trovava (e non trova tutt'ora) fondamento nella lettera della legge, in quanto l'art. 41 del D. Lgs. n. 33/2013, relativo agli obblighi di trasparenza in capo ai dirigenti sanitari, fa riferimento non all'art. 14, ma all'art. 15 del D.Lgs. citato, il quale concerne gli incarichi di collaborazione e di consulenza (non gli incarichi dirigenziali) e non richiede la trasmissione e pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale.

Per quanto riguarda invece la dirigenza strategica, verrà richiesto dal RPCT di comunicare i dati patrimoniali e reddituali e l'assenso alla pubblicazione in amministrazione trasparente delle dichiarazioni secondo modulistica all'uopo predisposta.

48. Accesso civico

Altra 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" (deliberazione n. 654 del 10.7.2017), a seguito dell'introduzione di un sistema molto simile al 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.

Il regolamento, redatto in conformità alle Linee guida dell'ARAN (delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016), disciplina le modalità di esercizio e i casi di esclusione dei seguenti diritti:

- **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 30.6 e 30.12. di ogni anno.

49. 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 pubblicato un modulo da inoltrare al RPCT per trasmettere osservazioni, indicazioni e suggerimenti di potenziamento delle misure anticorruptive.

Tale canale non è mai stato utilizzato.

- 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

Tempistica: costante

Responsabile: Responsabile URP e Marketing e comunicazione

Indicatore: canali attivi; reporting sul questionario

Modalità di verifica dell’attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Titolo IX – MONITORAGGIO E RIESAME

50. Monitoraggio

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 loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione.

Si evidenzia la politica aziendale, di operare in ottica sinergica tra i diversi livelli di controllo aziendali, al fine di evitare duplicazioni o sovrapposizioni di attività. Una gestione non integrata, infatti, dei numerosi vincoli imposti alle Pubbliche Amministrazioni dalla normativa vigente comportano spesso ridondanze ed inefficienze

Considerata la numerosità e complessità dei processi previsti nella mappatura allagata al Piano, di norma il RPCT richiede ai Responsabili di struttura un monitoraggio semestrale di primo livello in autovalutazione, con il riferimento alle evidenze documentali relative all'effettiva adozione delle misure.

Per l'anno 2021, a causa del persistere delle difficoltà connesse all'emergenza sanitaria, si è soprasseduto dal monitoraggio semestrale (30 giugno), quantunque previsto nello scorso Piano.

Il monitoraggio di secondo livello in capo al RPCT - in considerazione della numerosità e complessità dei processi e in vista di una nuova 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, individuerà 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.

Fatti salvi ulteriori e più specifici interventi che potranno essere svolti nel corso del 2022, particolare attenzione sarà posta agli eventi formativi sponsorizzati.

Rilevante il Questionario di autovalutazione - seconda edizione, posto da Orac (Prot. n. 17779 del 12.05.2021) in ordine all'Emergenza Covid 19 a cui l'Azienda ha dato riscontro con i dati e le informazioni riferibili al periodo aprile 2020 - aprile 2021 come richiesto.

Nelle sezioni precedenti del PTPC dell'Azienda sono stati individuati, per ogni singolo contenuto, uno o più obiettivi per i quali sono stati indicati i tempi di realizzazione, i responsabili, l'indicatore di misurazione dell'obiettivo e la modalità di verifica dell'attuazione. Tale ultimo punto costituisce un debito informativo obbligatorio da parte del singolo dirigente nei confronti del RPTC, che ne dispone la verifica dello stato di attuazione. Tutta la documentazione a supporto del debito informativo (documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta) dovrà essere resa disponibile al RPTC a sua richiesta.

Le misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT e nella mappatura dei rischi sono state oggetto di monitoraggio generalizzato allo scopo di verificarne lo stato di attuazione tramite autovalutazione da parte dei Responsabili di Struttura.

Tale attività si esplica sui due ambiti relativi alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. È finalizzata a verificare la compliance da parte delle unità organizzative aziendale ai contenuti del PTPCT.

Si sono riscontrati dei limiti al monitoraggio delle misure per effetto del perdurante stato di emergenza dovuto alla pandemia Covid-19.

Di seguito i monitoraggi svolti:

MONITORAGGIO MAPPATURA DEI RISCHI: attraverso la raccolta da parte del RPCT delle mappature dei rischi, compilate in autovalutazione da ciascun Responsabile di Struttura.

MONITORAGGIO DONAZIONI (Linee Guida Orac "Le erogazioni liberali: gestione e rendicontazione" pubblicate in data 30/06/2020 - Anac: Comunicato del Presidente del 29.07.2020 e integrazione del 07.10.2020): il RPCT ha fornito indicazioni per la pubblicazione secondo linee guida Anac e Orac e ha verificato la pubblicazione in amministrazione trasparente.

MONITORAGGIO ACQUISTI IN ESCLUSIVA a cura UOC Acquisti e Logistica: invio semestrale del report al RPCT (Il Regolamento aziendale sugli acquisti in esclusiva, approvato con delibera n. 396 del 19/04/2019, prevede una rendicontazione semestrale sintetica in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ad euro 40.000,00, 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 SSD Controllo di Gestione e invio dati al RPCT (Come previsto dal Regolamento aziendale approvato con deliberazione n. delibera n. 1154 del 24/12/2019, gli Ordinatori di Spesa in collaborazione con l'SSD aziendale Controllo di Gestione dovranno monitorare semestralmente l'andamento di tutti gli affidamenti diretti per gli acquisti di beni e servizi inferiori ad Euro 40.000,00= IVA esclusa, nonché l'incidenza in percentuale del valore degli acquisti "in economia" rispetto al valore totale degli acquisti di beni e servizi); inoltre la Farmacia Aziendale trasmette un report mensile al Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabile UOC Acquisti e Logistica, RPCT e Responsabile Controllo di Gestione.

MONITORAGGIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE a cura Direzione Sanitaria: è disponibile presso gli uffici del Coordinamento della attività istituzionali ed erogative nell'ambito della Direzione Sanitaria il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF - Sono state inoltre condotte delle verifiche "mensili" su determinate tipologie di visite/prestazioni a seguito della riduzione dell'offerta ambulatoriale SSN. In alcuni casi sono stati attuati dei correttivi (blocco temporaneo della attività in libera professione).

L'UOC Gestione Risorse Umane ha istituito un registro per il monitoraggio delle dichiarazioni rese dai Responsabili di struttura in ordine alla dichiarazione di interessi.

Il RPCT si è avvalso dell'**Internal Auditing** per attuare il sistema di monitoraggio di terzo livello in ordine ai processi scelti in accordo tra Direzione Strategica, RPCT, Internal Auditing, Qualità Risk Management e Processi di integrazione.

Per l'anno 2021 l'I.A. ha svolto i seguenti audit:

Audit: Gestione della nutrizione artificiale all'interno dell'ASST Bergamo Est (Ospedale - Territorio);

Follow up: Servizi di trasporto sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a trattamento dialitico;

Audit: Transitional care scompenso cardiaco cronico - presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco.

Particolare attenzione è stata posta alla verifica degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza. In particolare è stato pubblicato il prospetto delle donazioni riferite al periodo emergenziale secondo i criteri indicati da ANAC.

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 trasmesso e pubblicato e quanto previsto dalla legge. Oltre alla verifica svolta annualmente dal Nucleo di valutazione secondo le indicazioni Anac.

I risultati dell'attività svolta, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 s.m.i., 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.

In base ai monitoraggi svolti il RPCT provvede quindi all'aggiornamento annuale del Piano, tenendo conto anche dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione (es.: acquisizione di nuove competenze);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

Previo valutazione del NVP, l'Azienda adotta il PTPCT e lo pubblica sul sito internet www.asst-bergamoest.it ► Amministrazione trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza.

Si condivide quanto affermato da ORAC, secondo cui il mutato contesto determinato dalla situazione emergenziale, la complessità di gestione dell'emergenza e la necessità di adozione di decisioni operative tempestive hanno apportato profonde modifiche organizzative e fatto emergere l'esigenza di rafforzare gli strumenti di ausilio, quali il reporting, la digitalizzazione dei processi, il potenziamento dei flussi.

51. Considerazioni conclusive

La gestione dell'emergenza ha mutato le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e, quindi, l'Azienda ha previsto le modifiche contenute nel presente Piano per contenere i rischi dovuti alla gestione dell'emergenza anche alla luce delle numerose produzioni normative emergenziali (nazionali e regionali).

L'attività svolta negli ultimi anni ha richiesto molto impegno sia per la realizzazione della mappatura dei processi e analisi del rischio corruttivo nonché del relativo monitoraggio delle misure previste, sia per il cambio della softwarehouse di "Amministrazione Trasparente", ma è stata funzionale al contrasto della corruzione in particolar modo per l'attenzione posta ai controlli svolti dai Dirigenti all'interno delle proprie Strutture.

Tuttavia sia il PNA 2019, che prevede di applicare una valutazione qualitativa del rischio corruttivo, seppure graduale, sia l'introduzione di nuovi processi e misure di contenimento del rischio corruttivo legate all'emergenza sanitaria, il tutto in un periodo in cui è ancora in corso l'emergenza, richiedono di rivalutare la mappatura del trattamento dei rischi con gradualità, ferme restando le misure minime non derogabili ad esempio monitoraggi in aree specifiche e la

pubblicazione in Amministrazione Trasparente, in particolare degli atti deliberativi adottati in relazione all'emergenza.

L'obiettivo è quello di porre le basi per la prosecuzione di un'attività che vuole assumere i connotati tipici di una prassi comportamentale amministrativa.

Nonostante si renda necessario maturare un approccio alla materia dell'anticorruzione e della trasparenza non limitato ad un rispetto solo formale degli obblighi previsti, si suggerisce di definire un nesso sempre più stringente tra il sistema di monitoraggio delle misure ed il sistema premiante. Anche per ciò che attiene agli obiettivi assegnati ai Dirigenti occorre mantenere il legame con gli obiettivi riconducibili alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione, in particolare nei confronti del personale addetto alle aree a rischio.

Per concludere è doveroso rilevare lo sforzo continuo dell'Azienda nel mettere in atto azioni di contrasto alla corruzione, in linea con quanto previsto dalla normativa e in particolar modo dal sentire comune.



MATRICE PER DETERMINARE IL RISCHIO
(Secondo metodologia TAB 5 PNA 2013)

Indici di valutazione della PROBABILITA'	Indici di valutazione dell' IMPATTO
Discrezionalità del processo Rilevanza esterna Complessità del processo Valore economico Frazionabilità del processo Controlli	Impatto organizzativo Impatto economico Impatto reputazionale Impatto organizzativo, economico e sull'immagine
Valori e frequenze della PROBABILITA'	Valori e importanza dell' IMPATTO
0 = nessuna 1 = improbabile 2 = poco probabile 3 = probabile 4 = molto probabile 5 = altamente probabile	0 = nessun impatto 1 = marginale 2 = minore 3 = soglia 4 = serio 5 = superiore

PROBABILITA'							
			1	2	3	4	5
			IMPROBABILE	POCO PROBABILE	PROBABILE	MOLTO PROBABILE	ALTAMENTE PROBABILE
IMPATTO	5	SUPERIORE	M	A	A	A	A
	4	SERIO	B	M	M	A	A
	3	SOGLIA	B	M	M	M	A
	2	MINORE	B	B	M	M	M
	1	MARGINALE	T	B	B	B	B

La media del prodotto ottenuto (PxI) determina il **livello del rischio**:

(Se l'IMPATTO (magnitudo) è significativo o grave il rischio si considera alto anche se la possibilità che si verifichi è bassa)

RISCHIO	
TRASCURABILE	
DA 2 A 5,9	BASSO
DA 6 A 15,4	MEDIO
DA 15,5 A 25	ALTO

CONTROLLO
ALTO
MEDIO
BASSO

PONDERAZIONE		
rischio	controllo	PRIORITA'
TRASCURABILE		
BASSO	ALTO	BASSA
BASSO	MEDIO	MEDIA/BASSA
BASSO	BASSO	MEDIA/BASSA
MEDIO	ALTO	MEDIA/BASSA
MEDIO	MEDIO	MEDIA
MEDIO	BASSO	MEDIA/ALTA
ALTO	ALTO	MEDIA
ALTO	MEDIO	ALTA
ALTO	BASSO	ALTA



ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE (PNA 2019 All.1)

Di seguito viene descritta la modalità di valutazione del rischio di corruzione da utilizzare per la ponderazione dei rischi del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

DATI OGGETTIVI A SUPPORTO DELL'ANALISI	
Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari: avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	
Segnalazioni, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	
Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa/ criticità nel corso di audit tali ad esempio da richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	
Notizie di Rassegna Stampa e ulteriori dati in possesso dell'Azienda	

INDICATORI DI PROBABILITÀ	
1	Discrezionalità: La presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
	ALTO Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, e/o necessità di dare risposta immediata all'emergenza.
	MEDIO Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, e/o necessità di dare risposta immediata all'emergenza
	BASSO Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Livello di interesse "esterno": La presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio
	ALTO Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
	MEDIO Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
	BASSO Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
3	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: Se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi
	ALTO Presenza di almeno un evento corruttivo nell'ultimo anno
	MEDIO Presenza di almeno un evento corruttivo negli ultimi tre anni
	BASSO Assenza di eventi corruttivi negli ultimi tre anni
4	Livello di opacità del processo: L'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio. Misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
	ALTO Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
	MEDIO Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
	BASSO Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: La scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità
	ALTO Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT in ordine alla costruzione e/o aggiornamento e/o monitoraggio del piano
	MEDIO Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT in ordine alla costruzione e/o aggiornamento e/o monitoraggio del piano
	BASSO Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT in ordine alla costruzione e/o aggiornamento e/o monitoraggio del piano.



6	Grado di attuazione delle misure di trattamento del rischio: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	
	ALTO	Sul processo non sono state attuate le misure di trattamento e/o il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
	MEDIO	Sul processo sono state parzialmente attuate le misure di trattamento e/o il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarate ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
	BASSO	Sul processo sono state completamente attuate le misure di trattamento e/o il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	Controllo: Attività di controllo svolta dal responsabile sul processo (documentabile) adeguato a neutralizzare il rischio	
	ALTO	Assenza di attività di controllo sul processo da parte del responsabile – oppure nonostante il controllo svolto il rischio rimane indifferente o neutralizzato in minima parte
	MEDIO	Parziale attività di controllo sul processo da parte del responsabile - il rischio è parzialmente neutralizzato
	BASSO	Attuazione di attività di controllo sul processo da parte del responsabile – il controllo costituisce un efficace strumento di neutralizzazione

INDICATORI DI IMPATTO		
1	Impatto reputazionale/sull'immagine dell'Ente misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione anche in altre amministrazioni	
	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
	MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
	BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto economico/ in termini di contenzioso, inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	
	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
	BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio, inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	
	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente
	MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente o risorse esterne
	BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	
	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Identificare il **livello di rischio** di ciascun processo:

- 1) VALUTARE I DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit / Notizie in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)
- 2) ATTRIBUIRE UN GIUDIZIO SINTETICO DI PROBABILITA' E IMPATTO
 Nel caso in cui, per un dato processo, siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio. È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio del processo. Ad esempio qualora due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si raccomanda di preferire il valore più alto dei due.
 È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione
- 3) ATTRIBUIRE IL LIVELLO DI RISCHIO (PROBABILITA' X IMPATTO) secondo lo schema sotto-riportato
- 4) MOTIVARE adeguatamente la misurazione del livello di rischio attribuita alla luce dei dati e delle evidenze raccolte

RIEPILOGO

LIVELLO DI RISCHIO = GIUDIZIO SINTETICO PROBABILITA' X GIUDIZIO SINTETICO IMPATTO

MOTIVAZIONE (Dati, evidenze) della misurazione attribuita

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
Alto	Alto	Rischio alto
Alto	Medio	Rischio critico
Medio	Alto	Rischio medio
Alto	Basso	
Medio	Medio	
Basso	Alto	Rischio basso
Medio	Basso	
Basso	Medio	Rischio minimo
Basso	Basso	

Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.

Tipologia degli interventi da adottare in funzione del livello del rischio:

Rischio basso - minimo	Rischio accettabile	Interventi di monitoraggio
Rischio medio	Rischio medio	Interventi di urgenza/programmazione
Rischio alto - critico	Rischio rilevante	Interventi da effettuare in tempi brevi / da fare subito

Se l'analisi del rischio ha evidenziato che un evento rischioso in un dato processo è favorito dalla carenza dei controlli, la misura di prevenzione dovrà incidere su tale aspetto e potrà essere ad esempio l'attivazione di una nuova procedura di controllo o il rafforzamento di quelle già presenti



ELENCO REFERENTI ANTICORRUZIONE

Sono stati individuati dai Dirigenti di Struttura i “Referenti” per la corruzione e la trasparenza nell’area di rispettiva competenza, quali soggetti indispensabili per l’attività informativa nei confronti del RPCT.

In capo ai medesimi “Referenti” vi è il dovere di collaborare funzionalmente con il Responsabile per la prevenzione della corruzione nell’attuare la strategia aziendale di contrasto all’illegalità, 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.

STRUTTURA	REFERENTE
DIREZIONE STRATEGICA	TIZIANA MONACI
DIREZIONE SANITARIA	LEONARDO CALAGNA
UOC ACQUISTI E LOGISTICA	FELICE PETRELLA
UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ELENA REDUZZI
UOC ECONOMICO - FINANZIARIA	ALESSANDRO DOLAZZA
UOC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	MASSIMO PURICELLI
UOC QUALITA' RISK MANAGEMENT E PROCESSI DI INTEGRAZIONE	ALESSANDRO D'ELIA
CONTROLLO DI GESTIONE (staff Direzione Generale)	CINZIA LEONI
SIA (staff Direzione Generale)	DAVIDE AGOSTINELLO
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (staff Direzione Generale)	MICHELE BISAZZA
SSD AFFARI GENERALI E LEGALI	ESTER BONFANTI
SS FORMAZIONE	CRISTINA CERVIERI
SS GESTIONE AMMINISTRATIVA INTEGRATA	GIULIA ANGHILERI
UOC FARMACIA	NADIA PASINELLI
DIREZIONE MEDICA SERIATE	ZAIRA TELINI
DIREZIONE MEDICA PIARIO - LOVERE	PATRIZIA LANFRANCO
DIREZIONE MEDICA ALZANO - GAZZANIGA	BRUNA REA
PRESIDIO TERRITORIALE AREA EST	SILVIA MARIA DONARINI
PRESIDIO TERRITORIALE VALLE SERIANA E VAL DI SCALVE	PAOLO FRANCHI
POT DI CALCINATE	SUSANNA VUTO
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	ADRIANA VALORE
SERD	CRISTINA ZANGA

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Link " Altri contenuti"	RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	31-gen
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Link Sito "Normattiva"	Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non pertinente per ASST			Tempestivo
	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Non pertinente per ASST Delibera Anac n. 144/2014			Annuale
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici			Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]			art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	Direttore Amministrativo	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)			art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	Direttore Amministrativo	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019	Direttore Amministrativo		Annuale
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica			Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici			Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti			Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000€)	Non pertinente per ASST			Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	POA	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	POA	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	link organigrammi POA	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato		Gestione Risorse Umane/ Formazione / Affari Generali e Legali Direttore Amministrativo (per Collegio Sindacale)	Gestione Risorse Umane/ Formazione / Affari Generali e Legali Qualità (per Collegio Sindacale)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Direttore Amministrativo (per Collegio Sindacale)	Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Qualità (per Collegio Sindacale)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali		Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Direttore Amministrativo (per Collegio Sindacale)	Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Qualità (per Collegio Sindacale)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato		Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Direttore Amministrativo (per Collegio Sindacale)	Gestione Risorse Umane/Formazione Affari Generali e Legali Qualità (per Collegio Sindacale)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse		Responsabili delle articolazioni a capo dei proc amm	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
				Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		c.c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT	Annuale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Direttore Amministrativo	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (non oltre il 30 marzo)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento	
				Per ciascun titolare di incarico:					
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e s.m.i.	RPCT		Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)								

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT		Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT		Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Link incarichi conferiti	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Gestione Risorse Umane		Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Nessuno
	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Gestione Risorse Umane		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT		Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	art. 1, comma 7 D.L. n. 162 del 30 dicembre 2019 e smi	RPCT	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo		Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Dotazione organica		Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Obbligo assolto con pubblicazione conto annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Tabella 12 (competenze fisse) e 13 (competenze accessorie) del Conto Annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Tabella 2 - Conto Annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	modello A-CET trimestrale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale		Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tabella predisposta da Toltech	Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	CC.CC.II. Aree contrattuali; Relazioni tecnico finanziarie e illustrative inviate a organo di controllo; verbale organo di controllo	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	CC.CC.II. Aree contrattuali; Relazioni tecnico finanziarie e illustrative inviate a organo di controllo; verbale organo di controllo	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi		Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte		Gestione Risorse Umane	Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	sistema di valutazione performance individuale = Risorse Umane	Controllo di Gestione/ Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	tabelle 15 conto annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	tabelle 15 conto annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	criteri per aree contrattuali da CC.CC.II.- foglio ad hoc	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	schede informative 2 conto annuale	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	criteri per aree contrattuali da CC.CC.II.- foglio ad hoc	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					Per ciascuno degli enti:				
					1) ragione sociale	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					3) durata dell'impegno	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna tipologia di procedimento:				
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento	
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:					
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni		Tutti i responsabili delle articolazioni az a capo dei proc amm	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	link telefoni e posta elettronica	Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	link telefoni e posta elettronica	Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Non pertinente per ASST			Semestrale (fatto tempestivamente) (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	link delibere/determinazioni	Tutti i responsabili delle articolazioni a capo dei proc amm	Tutti i responsabili delle articolazioni a capo dei proc amm	Semestrale (fatto tempestivamente) (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabella riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)		SIA	SIA	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali		Gestione Acquisti e Logistica /Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
				Per ciascuna procedura:				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)		Gestione Acquisti e Logistica /Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione Acquisti e Logistica /Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>		Gestione Acquisti e Logistica /Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione Acquisti e Logistica /Gestione Tecnico Patrimoniale	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)</p>		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Non pertinente per ASST			Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	link delibere	Gestione Acquisti e Logistica	Gestione Acquisti e Logistica	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.		Gestione Acquisti e Logistica	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	link bandi di gara e contratti	Gestione Acquisti e Logistica	Gestione Acquisti e Logistica	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione		Ordinatori di spesa	Ordinatori di spesa	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro		Direzione Sociosanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Bilancio consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti		Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Nucleo di Valutazione	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Nucleo di Valutazione	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Nucleo di Valutazione	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Verbali Nucleo di Valutazione	Gestione Risorse Umane	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Collegio Sindacale	Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
				Sentenza di definizione del giudizio		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Servizi erogati		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Modello LA (livelli essenziali di assistenza) aggiornamento annuale	Controllo di Gestione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata		Direzione Sanitaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Ammontare complessivo dei debiti		Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento		Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Non pertinente per ASST		Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011. (<i>per i Ministeri</i>)		Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate			Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate			Gestione Tecnico Patrimoniale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non pertinente per ASST			Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Non pertinente per ASST		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Non pertinente per ASST			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intersorsi con le strutture private accreditate	Non pertinente per ASST			Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti		Gestione Tecnico Patrimoniale Acquisti e Logistica SIA Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		Gestione Tecnico Patrimoniale Acquisti e Logistica SIA Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		Gestione Tecnico Patrimoniale Acquisti e Logistica SIA Economico - Finanziaria	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	link unità produttive	RPCT	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	tutti i responsabili delle articolazioni az a capo dei proc amm	Affari Generali e Legali	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Semestrale
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID		Servizio Informativo Aziendale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria		Servizio Informativo Aziendale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione		Servizio Informativo Aziendale	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Note	Struttura competente alla produzione	Struttura competente alla pubblicazione su web	Aggiornamento
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		Tutti i responsabili delle articolazioni az a capo dei proc amm	Qualità Risk Management e Processi di Integrazione

ALLEGATO AL PTPCT 2022/2024 STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione e stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'								
STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA																				
1	CONTRATTI PUBBLICI ACQUISTO DI BENI, SERVIZI ED ESECUZIONE DI LAVORI	1.1 PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE: - Adozione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi > 1 milione € e > 40.000 €	Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/ economicità ma volontà di premiare interessi privati)	5,54 basso	Compilazione e aggiornamento dello SCADENZIARIO in cui sono indicate le procedure di gara in corso, i fornitori, il periodo contrattuale, le date di scadenza di ogni singola gara e le note relative ad eventuali proroghe e l'importo complessivo del contratto SEMESTRALMENTE VIENE INVIATO ALLA REGIONE UN REPORT CON LE PROROGHE	alto	mantenimento procedura	N. proroghe e rinnovi sul totale degli acquisti	semestrale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	bassa									
												Confitto d'interessi dovuto alla coincidenza tra chi propone l'acquisto e chi utilizza i materiali acquistati	5,54 basso	Osservatorio dei contratti pubblici in adesione ai disposti di cui all'art 3 e art. 6 comma 3 del DM 14/218 DELIBERA N. 1091 DEL 28.10.2021 - APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA BIENNALE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO UNITARIO STIMATO SUPERIORE AD UN MILIONE.	alto	mantenimento procedura	n.d	annuale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	bassa
												FRAZIONAMENTO degli affidamenti (Reterazione di piccoli affidamenti aversi il medesimo oggetto)	5,54 basso	Monitoraggio - programmazione REPORT semestrale	alto	mantenimento procedura	N. affidamenti (quantità e valore) di beni e servizi sul totale acquistato	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	bassa
			Improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (es. concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti	7,8 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Verifica dei fatturati pregressi Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	mantenimento procedura	n.d	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Consultazioni preliminari di mercato: fuga di notizie sulle procedure di gara non ancora pubblicate	6,25 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Verifica dei fatturati pregressi Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	mantenimento procedura	n.d	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Nomina del Responsabile del procedimento: conflitto d'interessi con le imprese concorrenti	6,25 medio	Regolamento aziendale Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Trasparenza per la nomina del RUP Astensione con dichiarazioni in caso di conflitto d'interesse Verifica dei fatturati pregressi	alto	mantenimento procedura	n.d	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			1.2 PROGETTAZIONE acquisti - servizi - opere: 1)Consultazioni preliminari di mercato; 2)nomina del responsabile del procedimento (RUP); 3) individuazione degli elementi del contratto; 4)determinazione dell'importo del contratto; 5) scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata; 6) predisposizione di atti di gara incluso il capitolato; 7)definizione dei criteri di partecipazione di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio	7,08 medio	Valutazione in merito alla fungibilità/intungibilità sulla base del principio di appropriatezza Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Monitoraggio attraverso pubblicazione su Sintel Verifica dei fatturati pregressi IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. X/491 del 02/08/2018 REPORT che viene inviato al RPCT Predisposto un campo ad hoc (tag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civili) e attivato nella sezione "Statistiche -> Report" la nuova voce "Registri Azi", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli.	alto	Mantenimento procedura	N. affidamenti (quantità e valore) di beni inungibili/esclusivi sul totale acquistato	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Opacità degli atti di progettazione	6,25 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Verifica dei fatturati pregressi Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Report predisposto da Controllo di Gestione e trasmesso a RPCT	alto	Mantenimento procedura	Monitoraggio acquisti in economia con verifica trend in riduzione	semestrale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Proroghe contrattuali in mancanza di valide ragioni	6,25 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Motivazione espressa in ordine alla scelta di ricorrere alla proroga Verifica dei fatturati pregressi Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	Mantenimento procedura	n. proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti	semestrale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Frazionamento artificioso degli affidamenti - Abuso dell'affidamento diretto e in economia per favorire un'impresa	6,25 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Monitoraggio attraverso pubblicazione su Sintel Verifica dei fatturati pregressi Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	Mantenimento procedura	N. affidamenti diretti (quantità e valore) sul totale acquisti	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Restringere indebitamente i partecipanti alla gara eludendo le norme sulla pubblicazione dei bandi	6,66 medio	Capitolati che individuano sempre più ditte - ampliamento delle caratteristiche per partecipare alle gare Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Applicare in maniera distorta i criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito	6,66 medio	Capitolati che individuano sempre più ditte - ampliamento delle caratteristiche per partecipare alle gare Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	6,66 medio	Delibera di modifica dei termini motivata e pubblicata Semestralmente viene inviato un report in Regione Lombardia	alto	Mantenimento procedura	N. proroghe e rinnovi sul totale degli acquisti	semestrale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									
			1.3 SELEZIONE DEL CONTRAENTE: 1) Pubblicazione del bando; 2) Assegnazione termini per la ricezione delle offerte; 3) Nomina commissione; 4) Conservazione documenti; 5) Gestione sedute; 6) Verifiche dei requisiti e delle anomalie dell'offerta; 7) Aggiudicazione provvisoria; 8) Annullamenti	6,66 medio	Nomina commissari in conflitto di interesse o privi dei requisiti necessari - mancata verifica delle clausole di incompatibilità	alto	Mantenimento procedura	N. medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa									

			Mancata pubblicità/trasparenza (selezione non effettuata tramite Sintel) - Opacità del procedimento di approvigionamento	6,66 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Mancata rotazione (il contraente selezionato risulta affidatario anche del precedente appalto, in mancanza di ragioni che giustificano tale scelta) per acquisti < € 40.000	6,66 medio	Ricorso a Sintel - Inviato a tutte le ditte competenti per la fornitura e a tutte quelle interessate che ne facciano domanda SULLA PIATTAFORMA SINTEL VENGONO INFORMATE TUTTE LE DITTE INTERESSATE E SONO INDICATE NEI PROVVEDIMENTI DI AGGIUDICAZIONE.	alto	Mantenimento procedura	Verifica delle ditte invitate a presentare offerta	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Opacità relative alla istituzione delle commissioni di gara	6,66 medio	Trasparenza - pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei commissari selezionati	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Omessa/incompleta/non tempestiva verifica dei requisiti del fornitore per favorire un aggiudicatario privo di requisiti	9,16 medio	Collegialità nella verifica	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Mancata trasparenza per evitare o ritardare ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari	9,16 medio	Termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Ritardo nella stipula del contratto che può indurre al recesso	9,16 medio	Solleciti alle parti contraenti per la firma dei contratti	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa		
			Nomina Dec in conflitto d'interesse	9,16 medio	Sottoscrizione attestazione assenza di conflitto di interesse Viene nominato il Direttore dell' esecuzione del contratto (DEC) previa verifica che non abbia partecipato alla procedura di aggiudicazione	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	medio/bassa		
			Nel caso di acquisti < € 40.000 Mancata assegnazione tramite meccanismi informatizzati (Sintel)	9,16 medio	Ricorso a Sintel Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	medio/bassa		
			Inadeguata verifica in materia di sicurezza e rischi d'interferenza	6,3 medio	Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 OVVERO ALTRE PROCEDURE E PROTOCOLLI AZIENDALI SPECIFICI Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali L'INDICATORE DI VERIFICA E' IL NUMERO DI ANOMALIE CHE SEMESTRALMENTE SI COMUNICA ALL' UO QUALITA'. IL RESPONSABILE E' IL DEC. LE EVIDENZE DOCUMENTALI SONO PRESSO L'UFFICIO DEC.	medio	Individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (DEC RUP ed operatori) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Controlli a campione DA PARTE DELL'OPERATORE E ULTERIORI CONTROLLI A CAMPIONE DA PARTE DELL'SPP	n. contratti eseguiti e n. segnalazioni di inadempimenti contrattuali n. anomalie non conformità e applicazioni parziali	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	media		
			Accettazione materiali non conformi al capitolato o utilizzo non giustificato di materiali fuori contratto	6,3 medio	Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 OVVERO ALTRE PROCEDURE E PROTOCOLLI AZIENDALI SPECIFICI Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali PER QUESTO PUNTO SI DEVE FARE RIFERIMENTO AL PUNTO 6 DELLA PROCEDURA "MAGAZZINO ECONOMALE". L'EVIDENZA DOCUMENTALE SI TROVA ALLEGATA ALL'ORDINE PRESSO L'UOC ACQUISTI E LOGISTICA	medio	Individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (RUP DEC E OPERATORI) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Controlli anche a campione su più livelli	n. anomalie non conformità e applicazioni parziali	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	media		
			Varianti al fine di favorire l'appaltatore (per recuperare lo sconto in sede di gara, per conseguire guadagni extra, per non partecipare ad una nuova gara	6,3 medio	Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 OVVERO ALTRE PROCEDURE E PROTOCOLLI AZIENDALI SPECIFICI Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali GLI SCOSTAMENTI DEI COSTI E LE VARIAZIONI SONO APPROVATI CON APPOSITA DELIBERA - I TEMPI DI ESECUZIONE SONO QUELLI STABILITI NELLA DELIBERA DI AGGIUDICAZIONE. DELIBERE DI AUMENTO DEI COSTI N. 703/2020 E DELIBERA N. 84/2020 PUBBLICATE IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE	medio	Individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (DEC E RUP) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Provvedimento deliberativo e conseguente trasparenza	n. varianti	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	media		
			Motivazione illogica dell'adozione di una variante	6,3 medio	Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 OVVERO ALTRE PROCEDURE E PROTOCOLLI AZIENDALI SPECIFICI Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali GLI SCOSTAMENTI DEI COSTI E LE VARIAZIONI SONO APPROVATI CON APPOSITA DELIBERA - I TEMPI DI ESECUZIONE SONO QUELLI STABILITI NELLA DELIBERA DI AGGIUDICAZIONE. DELIBERE DI AUMENTO DEI COSTI N. 703/2020 E DELIBERA N. 84/2020 PUBBLICATE IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE	medio	Individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (DEC E RUP) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Provvedimento deliberativo e conseguente trasparenza	1)Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati 2)Costituire un indicatore sui tempi medi di esecuzione degli affidamenti	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e P.O.	media		
			Non conformità agli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (colaudi, regolare esecuzione/pagamenti effettuati senza i necessari controlli (es. Dunc)	3,75 basso	Acquisizione di tutti i CIG pagamenti con fattura elettronica dove viene indicato il cig Acquisizione conto corrente dedicato	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e UOC Economia - Finanziaria	bassa		
2	ACQUISTI IN URGENZA (ES. EMERGENZA SANITARIA)		Ridurre i tempi procedurali per avvantaggiare una specifica Azienda		D.LGS N. 60/2016 ART. N. 63 C.2LETT. C Regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017". Ricorso ad affidamenti per gestione emergenza epidemiologica correlata al COVID-19. D.L. 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" Procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA)Trasparenza: pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso gestionale "delibere/determina". Segnalazione interna (Whistleblowing)		da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	mantenimento procedura	pubblicazione provvedimenti	ad ogni affidamento d'urgenza	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019

3	PROCEDURE D'ACQUISTO FINANZIATE DA DONAZIONI FINALIZZATE ALL'EMERGENZA SANITARIA		Frade	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA, pubblicazione dei provvedimenti in amministrazione trasparente) ed efficaci sistemi di segnalazione interna (Whistleblowing) consentono di mitigare il rischio di corruzione	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	mantenimento procedura	pubblicazione provvedimenti	ad ogni affidamento d'urgenza	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019
4	SPESA ECONOMALI	Gestione del fondo cassa economale	Peccolato - appropriazione indebita a profitto proprio o altrui	4,5 basso	Istituzione apposito registro Verifica mensile da parte del Direttore UOC Gestione Acquisti con rendiconto sottoposto all'esame del Collegio Sindacale	alto	Mantenimento procedura	n.d.	periodica	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	bassa
5	ACQUISTI IN ESCLUSIVA Acquisizione beni e servizi di valore < 40,000 € Acquisizione beni e servizi di valore > 40,000 €		Elusione delle regole di affidamento mediante l'improprio ricorso alla procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire specifica impresa. Conflitto d'interesse dei soggetti proponenti l'acquisto che sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati	6,75 medio	Ricorso a Sintel IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI/491 del 02/08/2018 Introdotta le misure da adottare: - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore < 40,000 € - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore > 40,000 € REPORT che viene inviato al RPCT Predisposto un campo ad hoc (tag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civile) e attivato nella sezione "Statistiche > Report" la nuova voce "Registri Ats", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli.	alto	Mantenimento procedura	N. affidamenti (quantità e valore) di beni inlungibili/esclusivi sul totale acquistato	Semestrale	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa
6	SERVIZIO RISTORAZIONE	4.1 Servizio interno	Mancata/inverita segnalazione delle anomalie e delle non conformità dei processi dell'area mensa al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre il terzo a dare/promettere denaro o altra utilità	10,29 medio	PIANO AUTOCONTROLLO HACCP CUCINE CENTRALI E DECENTRATE Attività formativa personale biennale Verifiche ispettive interne trimestrali (Coordinatore, Servizio Igiene, Servizio Dietetico) Controlli da parte di ATS e NAS verbali ispezioni haccp (agli atti Igiene Ospedaliera)	alto	mantenimento procedura	N. anomalie e non conformità	costante	Direttore Generale Resp. Servizio Igiene Coordinatore	medio/bassa
		4.2 Servizio esternalizzato (POT Calcinate)	Mancata/inverita segnalazione delle anomalie e delle non conformità dei processi dell'area mensa al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre il terzo a dare/promettere denaro o altra utilità	7,12 medio	Capitolato speciale d'appalto Manuale HACCP dell'appaltatore Ispesione da DEC Servizio Igiene e servizio Dietetico Controlli ATS e NAS Nomina Dec e Flup in capo a diverse figure professionali verbali ispezioni haccp (agli atti presso DEC)	alto	mantenimento procedura	N. anomalie, non conformità e penali	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA P.O.	medio/bassa
7	SERVIZIO LAVANLO GUARDAROBA	Gestione dell'attività di controllo sul Servizio Lavanolo	mancato controllo sulla qualità e quantità della biancheria e delle divise nel rispetto del contratto di appalto al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto	4,95 basso	Apposta procedura Capitolato Gestione anomale e non conformità PORTALE INFORMATICO DITTA APPALTRITRICE	medio	misure da adottare Predisposizione piano d'ispezioni di qualità (Servizi Logistica Alberghieri e Servizio Igiene Ospedaliera) Completamento del tracciamento informatico da parte dell'appaltatore degli articoli oggetto	n. anomalie non conformità ed eventuali penali	30/11/2022	Direttore/Presidio 1 P.O.	medio/bassa
			Ammanchi capi di biancheria e divise al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altri denaro	4,95 basso	Rendicontazione manuale presso guardaroba PORTALE INFORMATICO DITTA APPALTRITRICE	medio	misure da adottare Completamento del tracciamento informatico da parte dell'appaltatore degli articoli oggetto	n. capi mancanti	30/11/2022	P.O.	
8	MAGAZZINO ECONOMALE	6.1 Stoccaggio merci: controllo giacenze	Appropriazione indebita presso il Magazzino Generale	3,25 basso	Apposta procedura PG 7.4.002 Archiviazione bolle Scheda conformità merce Inventario generale annuale	alto	mantenimento procedura	discordanze risultanti in sede d'inventario	costante	P.O.	bassa
		6.2 Consegna merci all'U.O.	Appropriazione indebita durante la consegna	3,25 basso	Apposta procedura PG 7.4.002 Scheda di trasporto controfirmata inventario	alto	mantenimento procedura	gestione anomale e non conformità	costante	P.O.	bassa
9	PARCO AUTO		Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altri danno	5,29 basso	Modulistica - autorizzazioni dei Responsabili utilizzatori - Verifica con il meccanico del guasto aggiustato	medio	Misure da adottare: Controlli a campione Monitoraggio andamento NUMERO INTERVENTI MANUTENTIVI E della spesa	n. manutenzioni sulla stessa auto nel corso dell'anno	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA E P.O.	medio/bassa
10	IMMOBILIZZAZIONI - Gestione beni mobili	Assegnazione numero inventario - collaudo - inventario fisico periodico - aggiornamento libro cespiti	Accettazione materiali non conformi al capitolato o utilizzo non giustificato di materiali fuori contratto	2,5 basso	Registro Tracciabilità informatica Modulistica GARA IN ATTIVAZIONE Approvata Delibera n. 1140 del 23/12/2019 con cui è stata indetta la gara d'appalto da eseprire, mediante procedura negoziata sotto soglia, per l'affidamento del servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e di riconciliazione dei valori contabili dell'ASST Bergamo Est. Svolto Follow up da Internal Auditing	medio	Misure da adottare: Attività di sensibilizzazione alla tracciabilità degli spostamenti fisici dei beni mobili rivolta ai Responsabili di U.O. Indizione gara con conta fisica e a regime inventario fisico (conta 100% dei beni con cadenza triennale)	n. controlli a campione	costante	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	medio/bassa

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOC TECNICO E PATRIMONIALE

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Px)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
				Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/economicità)	4,95 basso	Registro interno delle determine/deliberare (oggetto contratto e validità temporale) Con cadenza almeno settimanale viene verificata l'adozione dei provvedimenti e ne viene data comunicazione a tutti gli operatori con mail. Valore economico del contratto viene effettuato a sistema con il programma ordine proceduri immobilizzazioni redazione del piano investimenti (PAC) I registri delle determinazioni e delle deliberazioni adottati dall'U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale vengono costantemente aggiornati. La verifica della disponibilità economica dei singoli contratti viene effettuata con il programma di emissione degli ordini elettronici. Nel corso dell'anno 2020 è stato attivato il servizio di FM cui viene ricondotta la maggior parte delle attività di manutenzione di competenza, attivati nuovi contratti se servizio non attivo o non reso, tuttavia per far fronte alla situazione pandemica che ha interessato l'anno, garantire l'esecuzione di lavori/manutenzioni/servizi ad esso non riconducibili, rispettare i principi di efficacia/economicità per la PA e si è proceduto all'attivazione di nuovi contratti nel rispetto della normativa vigente. Per quanto attiene alle opere da ricondurre al piano investimenti aziendale è stata rispettata la programmazione concordata anche con la Direzione Strategica Aziendale ed è avvenuta nel rispetto delle risorse assegnate, sia a livello regionale che statale.	medio	* determine a contrarre di forniture e servizi finalizzati a adempimenti di legge (vedi piano manutenzioni) - Approvazione progetti di fattibilità pur in assenza di finanziamento.	tempo trascorso tra cessazione contratto e attivazione del nuovo contratto	verifiche semestrali	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			1.1 PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE: - Pianificazione e programmazione beni servizi lavori < 40,000 € - Adozione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi > 40,000 € - Adozione del piano triennale per l'esecuzione dei lavori > 100,000 €	Conflitto d'interessi dovuto alla coincidenza tra chi propone l'acquisto e chi utilizza i materiali acquistati	4,99 basso	Richieste con motivazione effettuate su dispositivo coswin e valutazione finale in capo a UOC che deve programmare; Scheda di valutazione di congruità proposta dal referente avallata da Responsabile sulla base della richiesta COSWIN Le richieste di intervento dalle varie UL/CO, e Servizi vengono di norma inserite nell'applicativo COSWIN e valutate sigolarmente dal personale tecnico, che programma l'attività con personale ero predispone scheda di congruità per attivazione Ditta esterna, avallata dal parere del Direttore U.O.C. Qualora dall'analisi condotta non sia possibile far fronte alla richiesta con risorse proprie (personale/materiale) il tecnico preposto acquisisce un preventivo per quanto richiesto o consegna al Direttore una scheda di congruità ai fini della sua approvazione. La documentazione sopra indicata non può dar luogo ad ordine se non viene avallata dal Direttore dell'UOC.	alto	mantenimento procedura	100% di valutazione congruità su tutte le richieste coswin	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa

CONTRATTI PUBBLICI ACQUISTO DI BENI, SERVIZI ED ESECUZIONE DI LAVORI

			Rispetto del Piano di Manutenzione annuale ed agli adempimenti obbligatori per legge. Attivazione gare a cura UOC Acquisti e Logistica Attivazione nei primi mesi dell'anno 2020 del Servizio di Facility Management per la gestione della manutenzione degli immobili. Attivate altresì acquisizione di quanto necessario al fine di rispondere alle richieste di Regione Lombardia in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID19 cui far fronte. L'U.O. non ha proceduto all'attivazione di procedure aventi il medesimo oggetto con un contratto già attivo.	medio	Programmazione rispetto al Piano di manutenzione biennale Programmazione degli incarichi da adempimenti di legge determina a contrarre con definizione importo contratti almeno annuali e definizione della procedura da adottare	n. gare con uguale oggetto nello stesso anno determina a contrarre	1 sem 2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa	
			Improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (es. concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti	13,75 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel	aumento ricorso a Sintel	n. procedure Sintel su totale	1 sem 2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	media
			Nomina del Responsabile del procedimento: conflitto d'interessi con le imprese concorrenti	6,25 medio	Regolamento aziendale Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Trasparenza per la nomina del RUP Assistenza con dichiarazioni in caso di conflitto d'interesse Verifica dei fatturati pregressi nomina del RUP in ciascun provvedimento	mantenimento procedura	n.d	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Affidamento a professionisti esterni: impropria selezione dei professionisti esterni e non utilizzo delle competenze interne	6,25 medio	Indicata motivazione del mancato conferimento a personale interno nella determina di affidamento Ricorso a Sintel Avviata procedura di richiesta presso altre S.A. per affidamento incarichi professionali. In caso di esito negativo avvio procedura in SinTel	Invio proposta di determina di affidamento al Direttore Amministrativo e sua approvazione da riportare in determina	n. incarichi affidati tramite Sintel/n. totale incarichi nell'anno	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/alta
			Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per favorire un'impresa	6,25 basso	applicazione linee guida anac	mantenimento procedura	verbali Commissioni tecniche	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Opacità degli atti di progettazione	6,75 basso	procedure complete di allegati dettagliati stesura capitolato tecnico in modo dettagliato Eventuali quesiti e chiarimenti comunicati dalla S.A. sono stati gestiti nelle comunicazioni in procedure su SinTel e recepiti nei report finali di procedura. trasparenza.	mantenimento procedura	n. di richieste di chiarimenti /n gare	1 sem 2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Proroghe contrattuali in mancanza di valide ragioni	4 basso	Motivato espressamente la scelta di ricorrere alla proroga ed adottata con deliberazione Monitoraggio in atto	mantenimento procedura	n. proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti	semestrale	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Frazionamento artificioso degli affidamenti - Abuso dell'affidamento diretto e in economia per favorire un'impresa	6,6 medio	affidamento diretto comunque dopo selezione del contraente con RDO su SINTEL RDO su SINTEL aperte a tutti gli operatori che chiedono di partecipare	mantenimento procedura	determina a contrarre di pianificazione /determine di affidamento diretto	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Mancata pubblicità/trasparenza (selezione non effettuata tramite Sintel)- opacità del procedimento	13,75 medio	Ricorso a Sintel Trasparenza - pubblicazione motivazione del non ricorso a sintel	pubblicazione manifestazione di interesse per gli affidamenti diretti fino ad ora affidati senza ricorso a sintel	n pubblicazione manifestazioni di interesse	30/11/2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	media
			Mancata rotazione (il contraente selezionato risulta affidatario anche del precedente appalto, in mancanza di ragioni che giustificano tale scelta) per acquisto di beni servizi ed esecuzione lavori < € 40.000	6,66 medio	Ricorso a Sintel -invito a tutte le ditte competenti per la fornitura e a tutte quelle interessate che ne facciano domanda	Mantenimento procedura	Verifica delle ditte invitate a presentare offerta	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Omessa/incompleta/non tempestiva verifica dei requisiti del fornitore per favorire un aggiudicatario privo di requisiti	4 basso	lettere/contratto solo dopo aver verificato i requisiti previsti Verifiche condotte ai sensi della vigente normativa e raccolta di autocertificazioni.	collegialità nella verifica	100% verifica	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			aggiudicazione a contraente non idoneo	4,25 basso	verifica dei requisiti del capitolato/bando con quelli dell'aggiudicatario Prima di procedere all'aggiudicazione delle procedure di gara espletate mediante l'ausilio di piattaforma SinTel il funzionario incaricato acquisisce parere del RUP per procedere.	evidenza della verifica dei requisiti da capitolato	check list negli atti di gara	30/11/2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Inadeguata verifica in materia di sicurezza e rischi d'interferenza	4,25 basso	autorizzazione ai subappalti con atto formale e per subcontratti presa d'atto con lettera, dopo verifica da parte coordinatore sicurezza ; registro verifiche periodiche in materia di sicurezza Subcontratti autorizzati previa acquisizione di parere del CSE. Il personale di supporto al RUP verifica la documentazione trasmessa. Verifica documentazione trasmessa per richiesta subappalto e/o subcontratto condotta dal personale di supporto al RUP di concerto con verifiche condotte dalla DL.	individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (DEC RUP ed operatori) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Controlli a campione DA PARTE DELL'OPERATORE E ULTERIORI CONTROLLI A CAMPIONE DA PARTE DELL'SPP	100% verifiche	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Assenza o inadeguata verifica sullo stato di avanzamento dei lavori- Accertazione materiali non conformi al capitolato o utilizzo non giustificato di materiali fuori contratto/mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	4,25 basso	contestazioni per forniture difformi a cura del DEC o DL contestazione per lavori difformi a cura del DEC o DL Stati (stati di avanzamento) firmati da tutte le controparti in contraddittorio Documentazione firmata in contraddittorio e validata dal RUP.	mantenimento procedura	100% verifiche (verbale)	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Varianti al fine di favorire l'appaltatore (per recuperare lo scarto) in sede di gara, per conseguire guadagni extra, per non partecipare ad una nuova gara	4,5 basso	varianti approvate solo in presenza dei casi previsti dalla normativa ed approvati con atto formale varianti lavori oltre ad essere proposte nei casi previsti per legge sono approvate da Regione Lombardia	Controllo da parte del RUP	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			approvazione riserve (accordi bonari per recuperare scarti di gara, conseguire guadagni extra)	4,5 basso	accordo bonario sottoposto a 3 passaggi: 1 relazione riservata D.L. 2 verifica e valutazione del RUP 3 approvazione/invio con atto deliberativo istituzione registro riservew/accordi bonari allegato registro in cartella condivisa: /sarete/loc/Condivisa/Marconi/Tecnico/AREA RIS.TAMMINISTRAZIONE/0. trasparenza - privacy/ADEMPIMENTI Monitoraggio rilevazione mediante registro /sarete/loc/Condivisa/Marconi/Tecnico/AREA RIS.TAMMINISTRAZIONE/0. trasparenza - privacy/piano anticorruzione/ADEMPIMENTI/Anno 2021	mantenimento procedura	n accordi bonari/tot contratti	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Non conformità agli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (colaudi, regolare esecuzione/pagamenti effettuati senza i necessari controlli (es. Durc)	3,5 basso	liquidazione SAL con determinazione liquidazione ordini visto del referente e del responsabile UOC Al fine dell'adozione del provvedimento finale è necessario che tutta la documentazione sia firmata in contraddittorio dalle parti interessate. Ordini e fatture vengono altresì visti dal RUP e la liquidazione è subordinata alla verifica di regolarità del DURC.	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Rilascio del certificato di regolare esecuzione per prestazioni non eseguite	4,25 basso	Colliudo rilasciato da professionista incaricato Certificato di regolare esecuzione controfirmato dalle parti e approvato formalmente con determina Documentazione firmata in contraddittorio OE/DL/RUP e approvata con provvedimento finale.	mantenimento procedura	100% certificazioni	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			esecuzione del contratto oltre limite di tempo e di valore per non attivare altra gara	4,75 basso	monitoraggio dal sistema ordini Monitoraggio tempestivo, cadenza annuale.	adozione di software per monitorare in tempo reale la disponibilità dei contratti	numero di richieste e valore di ordini non evase all'interno del contratto	30/11/2022	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari	3,75 basso	Acquisizione di tutti i CIG pagamenti con fattura elettronica dove viene indicato il cig Acquisizione conto corrente dedicato Aggiornamento costante anagrafica dei fornitori, verifica coerenza con documenti contabili emessi e ricevuti. Nel corso del 2020 con l'avvio del NSO si è proceduto ad un aggiornamento massivo delle anagrafiche fornitori. Nel corso dell'anno 2021 con l'avvio del NSO per lavori, forniture e servizi i cui estremi sono necessariamente da riportare in fattura è stato possibile tracciare tutti i pagamenti effettuati (ordine/fattura). Mantenimento della procedura di richiesta aggiornamento della tracciabilità dei flussi finanziari qualora si ricorra all'emissione di ordini in capo ad operatori economici la cui anagrafica non risulta aggiornata nel breve periodo (1 anno). Monitoraggio con scadenza annuale.	mantenimento procedura	100% acquisizione CIG	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale e UOC Economico - Finanziaria	bassa

2	ACQUISTI ED ESECUZIONE LAVORI IN URGENZA		Ridurre i tempi procedurali per avvantaggiare una specifica Azienda	4,75 basso	<p>dichiarazione del referente della motivazione per eseguire lavori d'urgenza</p> <p>Attivato registro in cartella condivisa: \seriate.kc\Condivisa\Marconi\Tecnic\AREA RIS.TAMMINISTRAZIONE\0. trasparenza - privacy\ADEMPIMENTI</p> <p>Regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017"</p> <p>Ricorso ad affidamenti per gestione emergenza epidemiologica correlata al COVID-19, dettaglio al paragrafo P6). D.L. 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale"</p> <p>Procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA)</p> <p>Trasparenza: pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso dal gestionale "delibere/determine".</p> <p>Segnalazione Interna (Whistleblowing)</p> <p>Trasparenza: pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso dal gestionale "delibere/determine".</p>	alto	mantenimento procedura	n. giorni per affidamento idata di affidamento	ad ogni affidamento d'urgenza	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
3	PIANO TRIENNALE ED ANNUALE DELLE OPERE PUBBLICHE	3.1 predisposizione prospetti opere pubbliche	inserimento di progetti non in ordine di priorità aziendale	4,75 basso	<p>priorità definite dalla direzione strategica dal Piano triennale opere pubbliche in conformità al piano investimenti adottato dall'Azienda, rispetto dell'art. 21 d.lgs 50/2016, D.M.14/01/2018, delibera n.94/2018</p>	alto	mantenimento procedura	fatto/non fatto	annuale	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
		3.2 adozione piano triennale	non rispetto della tempistica di adozione non verifica contabilità economica mancata pubblicazione sull'osservatorio regionale	2,5 basso	<p>rispetto dell'art. 21 d.lgs 50/2016, D.M.14/01/2018, delibera n.94/2018</p> <p>Adozione del piano con cadenza annuale.</p>	alto	mantenimento procedura	fatto/non fatto	annuale	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
4	DEBITO INFORMATIVO	4.1 inserimento dati - validazione	non corretta compilazione non corretto invio	2,5 basso	<p>individuazione di almeno due referenti per ogni procedura e-mail di avvenuto adempimento cartella condivisa monitoraggio modificata organizzazione U.O.C., documentazione relativa ai processi in corso salvata nella cartella condivisa Gestione condivisa dei processi e documentazione salvata nella cartella condivisa, consultabile dagli operatori incaricati e comunque da tutto il personale.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	annuale	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
5	PATRIMONIO: contratti immobili	5.1 Contratti di locazione attiva /alienazione immobili	Mancato rispetto dei principi di economicità es. prezzi inferiori ai valori di mercato o a titolo gratuito, modifiche ai locali senza previa autorizzazione	4,25 basso	<p>Vendita: Asta Pubblica previa autorizzazione all'alienazione da parte di P.L.L. (con perizia dell'immobile redatto dall'Agenzia delle Entrate</p> <p>Locazioni attive: sinTel</p> <p>Sopralluoghi periodici effettuati dai referenti tecnici per verifica stato dei luoghi delle strutture aziendali. Acquisizione perizia di stima a seguito di accordi di collaborazione con Agenzia delle Entrate e pubblicazione di manifestazione di interesse tramite SinTel</p>	medio	verifiche periodiche sullo stato dei locali	modulo di verifica annuale	ogni anno	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	medio/bassa
			Procedure non trasparenti per favorire sé o terzi	4 basso	<p>procedura sinTel</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Canoni attivi non percepiti	3,5 basso	<p>Verifiche e eventuali solleciti di pagamento in accordo con uoc economico finanziaria e ufficio legale</p> <p>Monitoraggio costante e adozione scadenziario.</p>	alto	mantenimento procedura	pagato/non pagato	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
		5.2 Contratti di locazione passiva/ acquisizione immobili	Mancato rispetto dei principi di economicità es. prezzi superiori ai valori di mercato	3,75 basso	<p>verifica mq/valore contratto e contraddittorio con Ente proprietario locali e canone condiviso con la Direzione Strategica e sottoscritto dal Direttore Generale</p> <p>La stipula di qualsiasi contratto subordinato al benessere della Direzione Strategica.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
			Pagamento canoni passivi non dovuti	3,5 basso	<p>liquidazioni effettuate con adozione di formale provvedimento, a seguito di formale richiesta del proprietario, controllo effettuato trasversalmente con UOC economico finanziaria</p> <p>Scadenziario</p>	alto	mantenimento procedura	scadenziario	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
6	CONTRATTI DI COMODATO	6.1 attivo	Procedure non trasparenti per favorire sé o terzi e modifiche ai locali non autorizzati	4 basso	<p>contratti di comodato firmati dal Direttore Generale ed approvati con deliberazione</p> <p>verifiche periodiche sullo stato dei locali</p>	alto	mantenimento procedura	modulo di verifica annuale- scadenziario	ogni anno	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
		6.2 passivo	utilizzo improprio dei locali e modifiche locali senza previa autorizzazione proroghe non autorizzate	4 basso	<p>richiesta di approvazione progetti al proprietario in caso di modifiche scadenziario</p> <p>Sopralluoghi periodici con personale tecnico.</p>	alto	mantenimento procedura	scadenziario	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
7	GESTIONE PATRIMONIO MOBILIARE E IMMOBILIARE	7.1 investimenti nel rispetto costi e tempi	prevedere investimenti superiori o inferiori per favorire sé o altri	3,25 basso	<p>Interventi finanziari ad hoc: sono autorizzati nei tempi e nei costi da Regione Lombardia</p> <p>Interventi finanziari con fondi indistinti autorizzati dalla direzione strategica ed invio in regione lombardia di tutti gli elementi per il finanziamento (rendi, fatture, provv di affidamento, ecc)</p> <p>procedura immobilizzazioni - gestione beni immobili</p> <p>Gli interventi previsti dai contributi finalizzati assegnati all'ASST vengono rendicontati secondo le scadenze prefissate mediante elencazione di tutti i documenti contabili nonché di relazioni del RUP.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
		7.2 aggiornamento planimetrie	calcolo mq inferiori a quelli reali con determinazione di imposte e tasse aggiornamento planimetrie in tempi lunghi rispetto ai fini lavori	3,25 basso	<p>utilizzo di software per calcolo aree</p> <p>verifiche periodiche a seguito di lavori in corso</p> <p>invio ufficio igiene planimetrie aggiornate ai fini dell'appalto di pulizie</p> <p>il personale tecnico è incaricato di provvedere all'aggiornamento, contestuale allo svolgimento della propria attività. Costante.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
		7.3 provvede alla manutenzione edile (direttamente o attraverso ditte incaricate)	prevedere opere di manutenzione superiori o inferiori al necessario per favorire sé o terzi	3,75 basso	<p>Gli interventi di manutenzione straordinaria sono inseriti nel piano dei fabbisogni sottoposta alla Direzione Aziendale ;</p> <p>gli interventi di manutenzione ordinaria secondo il piano di manutenzione</p> <p>richieste di intervento sono richieste dai singoli reparti su applicativo software</p> <p>Monitoraggio costante, attivato servizio di FM</p> <p>incontro periodico con la Direzione Strategica per verifica, monitoraggio e programmazione dell'attività.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa
8	Gestione chiavi ingressi	Consentire accessi impropri per favorire sé o terzi - Indurre l'utente a dare o promettere denaro o altra utilità	3,75 basso	<p>copia chiavi richiesta tramite applicativo software</p> <p>La gestione delle richieste è assicurata tramite l'applicativo COSWIN.</p>	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale	bassa	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOS IMPIANTI E ATTREZZATURE

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (PxL)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
				Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/ economicità)	4,08 basso	<p>piano delle manutenzioni</p> <p>Registro interno delle determine/delibere (oggetto contratto e validità temporale)</p> <p>Valore economico del contratto viene effettuato a sistema con il programma ordine procedura immobilizzazioni redazione del piano investimenti (PAC)</p> <p>i registri delle determinazioni e delle deliberazioni adottati dall'U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale vengono costantemente aggiornati.</p> <p>La verifica della disponibilità economica dei singoli contratti viene effettuata con il programma di emissione degli ordini elettronici. Nel corso dell'anno 2020 è stato attivato il servizio di FM cui viene ricondotta la maggior parte delle attività di manutenzione di competenza, attivati nuovi contratti se servizio non attivo o non reso.</p>	medio	- Approvazione progetti di fattibilità pur in assenza di finanziamento.-	tempo trascorso tra cessazione contratto e attivazione del nuovo contratto	verifiche semestrali	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
			1.1 PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE: - Pianificazione e programmazione beni servizi lavori < 40.000 € - Adozione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi > 40.000 €	Conflitto d'interessi dovuto alla coincidenza tra chi propone l'acquisto e chi utilizza i materiali acquistati	4,66 basso	<p>Richieste con motivazione effettuate su dispositivo coswin e valutazione finale in capo a UOC che deve programmare;</p> <p>Scheda di valutazione di congruità proposta dal referente avallata da Responsabile sulla base della richiesta COSWIN</p> <p>Le richieste di intervento/fornitura dalle varie UU.OO. Aziendali vengono inserite sul portale COSWIN e valutate dal personale tecnico dell'UOC.</p> <p>Qualora dall'analisi condotta non sia possibile far fronte alla richiesta con risorse proprie (personale/materiale) il tecnico preposto acquisisce un preventivo per quanto richiesto e consegna al Direttore una scheda di congruità ai fini della sua approvazione.</p> <p>La documentazione sopra indicata non può dar luogo ad ordine se non viene avallata dal Direttore dell'UOC.</p>	alto	100% di valutazione congruità su tutte le richieste coswin	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa	
			FRAZIONAMENTO degli affidamenti (frazionamento di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto)		5,25 basso	<p>Rispetto del Piano di Manutenzione annuale</p> <p>Attivazione gara a cura UOC Acquisti e Logistica</p> <p>Attivazione del Servizio di Facility Management per la manutenzione nelle varie sedi aziendali.</p>	medio	Programmazione rispetto al Piano di manutenzione biennale Programmazione degli incarichi da affidare per adempimenti di legge determina a contrarre con definizione importo contratti almeno annuali e definizione della procedura da adottare	n. gare con uguale oggetto nello stesso anno	1 sem 2022	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa

<p>1.2 PROGETTAZIONE per AFFIDAMENTO SERVIZI (MANUTENZIONE ORDINARIA) > 1000 < 40.000 €</p> <p>1) Consultazioni preliminari di mercato; 2) Nomina del responsabile del procedimento (RUP); 3) individuazione degli elementi del contratto; 4) determinazione dell'importo del contratto; 5) scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata; 6) predisposizione di atti di gara incluso il capitolato; 7) definizione dei criteri di partecipazione di aggiudicazione e di distribuzione del punteggio</p> <p>> 40.000 Partecipazione al Capitolato predisponendo parte tecnica</p> <p>PER ACQUISTO ATTREZZATURE SANITARIE (APPARECCHIATURE ELETTRICMEDICALI)</p> <p>1) Partecipazione al Capitolato predisponendo parte tecnica</p>	<p>Improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (es. concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti</p>	13,75 medio	Trasparenza tramite ricorso a Sintel	medio	aumento ricorso a Sintel	n. procedure Sintel su totale	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	media	
	<p>Nomina del Responsabile del procedimento; conflitto d'interessi con le imprese concorrenti</p>	6,25 medio	Regolamento aziendale Trasparenza tramite ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione) Trasparenza per la nomina del RUP Astensione con dichiarazioni in caso di conflitto d'interesse Verifica dei fatturati progressivi nomina del RUP in ogni provvedimento	alto	mantenimento procedura	n.d.		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
	<p>Affidamento a professionisti esterni; impropria selezione dei professionisti esterni e non utilizzo delle competenze interne</p>	6,25 medio	Indicata motivazione del mancato conferimento a personale interno nella determina di affidamento Ricorso a Sintel Quotazione oggetto di procedura affidamento preveda possibilità di reperire professionisti presso altre PA, attivata procedura di richiesta presso altri Enti del SSF.	basso	invio proposta di determina di affidamento al Direttore di UOC e sua approvazione da riportare in determina	n. incarichi affidati tramite Sintel/n. totale incarichi nell'anno		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/alta
	<p>Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per favorire un'impresa</p>	5,83 basso	applicazione linee guida anac	alto	mantenimento procedura	verbal Commissioni tecniche		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
	<p>Opacità degli atti di progettazione</p>	5,75 basso	procedure complete di allegati dettagliati stesura capitolato tecnico in modo dettagliato Eventuali quesiti e chiarimenti comunicati dalla S.A. sono stati gestiti nelle comunicazioni in procedure su Sintel e recepiti nel report finale di procedura (allegato al provvedimento pubblicato sull'alto preteco).	alto	mantenimento procedura	n. di richieste di chiarimenti /n gare		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
	<p>Proroghe contrattuali in mancanza di valide ragioni</p>	4 basso	Motivato espressamente la scelta di ricorrere alla proroga ed adottata con deliberazione Monitoraggio in atto	alto	mantenimento procedura	n. proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti nell'anno		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
	<p>Frazionamento artificioso degli affidamenti - Abuso dell'affidamento diretto e in economia per favorire un'impresa</p>	6,6 medio	affidamento diretto comunque dopo selezione del contraente con RDO su SINTEL RDO su SINTEL aperte a tutti gli operatori che chiedono di partecipare	alto	mantenimento procedura	determina a contrane di pianificazione (determine di affidamento diretto		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
	<p>Mancata pubblicità/trasparenza (selezione non effettuata tramite Sintel); opacità del procedimento</p>	13,75 medio	Ricorso a Sintel Trasparenza - pubblicazione motivazione del non ricorso a sintel	medio	pubblicazione manifestazione di interesse per gli affidamenti diretti fino ad ora affidati senza ricorso a sintel	n pubblicazione manifestazioni di interesse		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	media
	<p>Mancata rotazione (il contraente selezionato risulta affidario anche del precedente appalto, in mancanza di ragioni che giustificano tale scelta) per acquisto di beni servizi ed esecuzione lavori < € 40.000</p>	6,66 medio	Ricorso a Sintel - Invito a tutte le ditte competenti per la fornitura e a tutte quelle interessate che ne facciano domanda	alto	Mantenimento procedura	Verifica delle ditte invitate a presentare offerta		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
	<p>Omissa/incompleta/non tempestiva verifica dei requisiti del fornitore per favorire un aggiudicatario privo di requisiti</p>	4 basso	lettera/contratto solo dopo aver verificato i requisiti previsti Verifiche condotte ai sensi della vigente normativa e raccolta di autocertificazioni.	medio	collegialità nella verifica	100% verifica		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
<p>1.4 AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI per acquisti beni/affidamento lavori e servizi < 40.000 €:</p> <p>1) Verifica requisiti 2) Esclusioni 3) Aggiudicazioni</p>	<p>aggiudicazione a contraente non idoneo</p>	4,25 basso	verifica dei requisiti del capitolato/bando con quelli dell'aggiudicatario Prima di procedere all'aggiudicazione delle procedure di gara espletate mediante l'ausilio di piattaforma Sintel il funzionario incaricato acquisisce parere del RUP per procedere.	medio	evidenza della verifica dei requisiti da capitolato	check list negli atti di gara	30/06/2022	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa	
	<p>Inadeguata verifica in materia di sicurezza e rischi d'interferenza</p>	4,25 basso	autorizzazione ai subappalti con atto formale e per subcontratti presa d'atto con lettera, dopo verifica da parte coordinatore sicurezza ; registro verifiche periodiche in materia di sicurezza Subcontratti autorizzati previa acquisizione di parere del CSE. Il personale di supporto al RUP verifica la documentazione trasmessa. Verifica documentazione trasmessa in caso di comunicazioni riferite a subappalti e/o subcontratti. Per il servizio di FM avviata comunicazione dedicata a tali richieste con ARIA.	medio	individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale (DEC RUP ed operatori) Monitoraggio circa l'affidabilità della ditta nell'esecuzione del contratto Controlli a campione DA PARTE DELL'OPERATORE E ULTERIORI CONTROLLI A CAMPIONE DA PARTE DELL'SPP	100% verifiche	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa	
<p>1.5 ESECUZIONE DEL CONTRATTO</p> <p>1) Approvazione delle modifiche del contratto; 2) Autorizzazione al subappalto; 3) Ammissione della variante; 4) Verifiche in corso di esecuzione; 5) Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI); 6) Apposizione di riserve; 7) Gestione delle controversie; 8) Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione 9) RENDICONTAZIONE (Verifica della regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettuazione dei pagamenti) 10) LIQUIDAZIONE FATTURA</p>	<p>Assenza o inadeguata verifica sullo stato di avanzamento dei lavori. Accettazione materiali non conformi al capitolato o utilizzo non giustificato di materiali fuori contratto/mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera</p>	4,5 basso	contestazioni per forniture difformi a cura del DEC o DL contestazione per lavori difformi a cura del DEC o DL Sul (stato di avanzamento) firmati da tutte le controparti in contraddittorio Avviata procedura per comunicare tempestivamente al Responsabile UOS in merito all'operato degli Operatori economici operanti per l'azienda. Liquidazione degli ordini emessi solo previa verifica di rispondenza tra quanto ordinato e quanto eseguito. Verifica condotta in contraddittorio tra tecnico competente e RUP.	alto	mantenimento procedura	100% verifiche (verbale)	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa	
	<p>Varianti al fine di favorire l'appaltatore (per recuperare lo sconto in sede di gara, per conseguire guadagni extra, per non partecipare ad una nuova gara)</p>	4,5 basso	varianti approvate solo in presenza dei casi previsti dalla normativa ed approvati con atto formale varianti lavori oltre ad essere proposte nei casi previsti per legge sono approvate da Regione Lombardia	medio	Controllo da parte del RUP Documentazione sempre verificata dal RUP.	n.d.		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa
	<p>approvazione riserve (accordi bonari per recuperare sconti di gara, conseguire guadagni extra)</p>	4,5 basso	accordo bonario sottoposto a 3 passaggi: 1 relazione riservata D.L. 2 verifica e valutazione del RUP 3 approvazione/riservio con atto deliberativo	alto	mantenimento procedura	n accordi bonari/tot contratti		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
	<p>Non conformità agli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (collaudi, regolare esecuzione/pagamenti effettuati senza i necessari controlli (es. Durc)</p>	5,5 basso	liquidazione SAL con determinazione liquidazione ordini visto del referente e del responsabile UOC L'ordine è predisposto previa compilazione di una scheda di congruità verificata in contraddittorio con il Redp. la UOS impianti ed Attrezzature. L'ordine, prima di essere validato anche dal Direttore UOC, è verificato dal tecnico di riferimento.	alto	mantenimento procedura	n.d.		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
<p>Rilascio del certificato di regolare esecuzione per prestazioni non eseguite</p>	4,25 basso	Collaudo rilasciato da professionista incaricato Certificato di regolare esecuzione controfirmato dalle parti e approvato formalmente con determina Prima di procedere all'approvazione della documentazione riferita a collaudi/CRE/stati finali la documentazione è firmata in contraddittorio tra OE/DL/RUP.	alto	mantenimento procedura	100% certificazioni		costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa	
<p>esecuzione del contratto oltre limite di tempo e di valore per non attivare altra gara</p>	4,75 basso	monitoraggio dal sistema ordini con scadenza annuale	medio	adozione di software per monitorare in tempo reale la disponibilità dei contratti	numero di richieste e valore di ordini non evase all'interno del contratto	30/11/2022		Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	medio/bassa	
<p>Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari</p>	3,75 basso	Acquisizione di tutti i CIG pagamenti con fattura elettronica dove viene indicato il cig Acquisizione conto corrente dedicato Nel corso dell'anno 2020, in considerazione dell'avvio del NSO, si è proceduto all'aggiornamento massivo dell'anagrafica dei fornitori di competenza. Mantenuta verifica di coerenza fra documenti emessi e documenti contabili ricevuti. Monitoraggio con scadenza annuale Nel corso dell'anno 2021 con l'avvio del NSO per lavori, forniture e servizi i cui estremi sono necessariamente da riportare in fattura è stato possibile tracciare tutti i pagamenti effettuati (ordini/fatture). Mantenimento della procedura di richiesta aggiornamento della tracciabilità dei flussi finanziari qualora si ricorra all'emissione di ordini in capo ad operatori economici la cui anagrafica non risulta aggiornata nel breve periodo (1 anno).	alto	mantenimento procedura	100% acquisizione CIG		costante	Direttore UOC Gestione Tecnico Patrimoniale e UOC Economico - Finanziaria	bassa	

2	ACQUISTI IN ESCLUSIVA			4 basso	Ricorso a Sintesi attraverso manifestazione di interesse e a seguire l'invito ai operatori economici interessati IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI/491 del 02/08/2018. Introduce le misure da adottare: - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore < 40,000 € - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore > 40,000 € Report che viene inviato all'IRPCT Predisposto un campo ad hoc (tag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civili) e attivato nella sezione "Statistiche > Report" la nuova voce "Registri An", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli. Ricorso ad affidamenti per gestione emergenza epidemiologica correlata al COVID-19, dettaglio al paragrafo P6).	alto	mantenimento procedura	n.procEDURE/affidamenti diretti	verifica semestrale	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
3	ACQUISTI ED ESECUZIONE LAVORI IN URGENZA		Ridurre i tempi procedurali per avvantaggiare una specifica Azienda	4,75 basso	dichiarazione del referente della motivazione per eseguire lavori d'urgenza Attivato registro in cartella condivisa: \\seriate.lcc\Condivisa\Marconi\Tecnico\AREA RIS.TAMMINISTRAZIONE\0. trasparenza - privacy\ADEMPIMENTI Regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Ricorso ad affidamenti per gestione emergenza epidemiologica correlata al COVID-19, dettaglio al paragrafo P6). D.L. 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" Procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA) Trasparenza: pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso del gestionale "delibere/determina". Segnalazione interna (Whistleblowing). Trasparenza: pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso del gestionale "delibere/determina".	alto	mantenimento procedura	n. giorni per affidamento /data di affidamento	ad ogni affidamento d'urgenza	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
4	UTENZE	4.1 vulture	Falsificazione per trame profitto	4,25 basso	procedura di vultura coinvolge almeno un soggetto esterno dall'ASST (es. ATS, Comuni,...) sulle vulture telefoniche vengono effettuati controlli da soggetto diverso interno all'UOC/UOS	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
		4.2 verifiche e liquidazioni	mancato o falsificato controllo per trame profitto	4,25 basso	distributori di rete diversi dal fornitore. fatture liquidate a seguito di controllo. Per telefonata al momento solo controllo a seguito di segnalazioni o di traffici anomali Attivato sistema VOP e possibilità di monitoraggio gestione addebiti. Verifica delle fatture previa verifica consumi, addebiti e registrazione del dato in registro excel di monitoraggio.	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa
5	DEBITO INFORMATIVO	5.1 inserimento dati - validazione	non corretta compilazione non corretto invio	2,5 basso	individuazione di almeno due referenti per ogni procedura e-mail di avvenuto adempimento cartella condivisa monitoraggio	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile UOS Impianti e Attrezzature	bassa

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione e stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
1	Progetto CRS-SISS		1.1 Adeguamento gestionali secondo le specifiche Regionali	trascurabile	trascurabile							trascurabile
			1.2 Adeguamento dell'infrastruttura informatica	trascurabile								
			1.3 Formazione/assistenza all'utente	trascurabile								
			1.4 Partecipazione ai SAL di Regione Lombardia	trascurabile								
			1.5 Rendicontazione per Direzione Strategica Aziendale e Direzione Medica	nessuno								
2	Conservazione Legale	2.1 Produzione flusso documenti amministrativi	Accesso abusivo e diffusione informazioni di un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
			Deterioramento, alterazione, soppressione di dati/informazioni/programmi	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
		2.2 Produzione flusso immagini Dicom	Accesso abusivo e diffusione informazioni di un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
			Deterioramento, alterazione, soppressione di dati/informazioni/programmi	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
		2.3 Produzione flusso Referti ambulatoriali firmati digitalmente	Accesso abusivo e diffusione informazioni di un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
			Deterioramento, alterazione, soppressione di dati/informazioni/programmi	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
		2.4 Conservazione	Accesso abusivo e diffusione informazioni di un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	
			Deterioramento, alterazione, soppressione di dati/informazioni/programmi	3,5 basso	Procedura periodica di verifica della leggibilità dei supporti -	medio	Adottare Manuale della conservazione Impone cambio trimestrale della password Password sicura con caratteri speciali	Conservazione al 100% dei documenti entro il mese successivo	Il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa	

3	Produzione e trasmissione flusso 730 inerente le spese sanitarie a carico del cittadino	3.1 Produzione flusso da CUP ASST	Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività, prima del loro invio al MEF al fine di avere un vantaggio	5,83 basso	Controlli a campione tra quanto registrato negli applicativi gestionali es cup ambulatorio e quanto presente nel flusso 730	basso	misure da adottare: estendere controlli a campione	I controlli a campione devono dare 100% della correttezza del flusso	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
		3.2 Produzione flusso da CUP Distretti	Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività, prima del loro invio al MEF al fine di avere un vantaggio	5,83 basso	Controlli a campione tra quanto registrato negli applicativi gestionali es cup ambulatorio e quanto presente nel flusso 730 Prossima elaborazione a gennaio 2020, relativa all'anno 2019. Come già fatto nelle precedenti elaborazioni sono stati implementati i controlli. Non sono state ricevute segnalazioni di anomalie da parte di cittadini. nel 2019	medio	misure da adottare: estendere controlli a campione	I controlli a campione devono dare 100% della correttezza del flusso	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
		3.3 Produzione flusso da contabilità	Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività, prima del loro invio al MEF al fine di avere un vantaggio	5,25 basso	Controllo sostanziale a carico della Contabilità che certifica correttezza dati	alto	mantenimento procedura	I controlli a campione devono dare 100% della correttezza del flusso	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
		3.4 Produzione flusso da laboratorio	Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività, prima del loro invio al MEF al fine di avere un vantaggio	5,83 basso	Controlli a campione tra quanto registrato negli applicativi gestionali es cup ambulatorio e quanto presente nel flusso 730 Prossima elaborazione a gennaio 2020, relativa all'anno 2019. Come già fatto nelle precedenti elaborazioni sono stati implementati i controlli. Non sono state ricevute segnalazioni di anomalie da parte di cittadini. nel 2019	medio	misure da adottare: estendere controlli a campione	I controlli a campione devono dare 100% della correttezza del flusso	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
		3.5 Caricamento su portale SMAF e gestione delle anomalie	Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività, prima del loro invio al MEF al fine di avere un vantaggio	5,25 basso	Sistema informatico regionale segnala le anomalie permettendo la loro gestione Gestione flusso SMAF	alto	mantenimento procedura	I controlli a campione devono dare 100% della correttezza del flusso	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
4	Gestione della sicurezza e riservatezza dei dati informatici		Accesso e diffusione abusivi ad un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	9 medio	All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, tutte le operazioni di aggiornamento. L'accesso a server viene tracciato dal sistema. Il sistema aziendale è protetto da firewall e antivirus contro eventuali attacchi esterni. L'Azienda per incrementare i livelli di sicurezza e di accesso alle informazioni e utilizzo degli strumenti informatici, ha aderito al piano biennale della sicurezza proposto da LUISPA, RLI e ACID. Adottato regolamento SIA per l'abilitazione di utenti all'accesso esterno. Predisposta ed implementata procedura per accesso controllato ed individuale da parte dei fornitori	alto	misure da adottare: Abolizione utenze di gruppo e gestione degli accessi effettuata tramite codice utente e pw personali. Procedura di accesso individuale da parte dei fornitori Sicurezza dati in caso di Smart Working	fatto/non fatto	entro il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Deterioramento, alterazione, soppressione di dati/informazioni/programmi	9 medio	All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, le operazioni ritenute più importanti. L'accesso a server viene tracciato dal sistema. Il sistema aziendale è protetto da firewall e antivirus contro eventuali attacchi esterni. L'Azienda per incrementare i livelli di sicurezza e di accesso alle informazioni e utilizzo degli strumenti informatici, ha aderito al piano biennale della sicurezza proposto da LUISPA, RLI e ACID. Adottato regolamento SIA per l'abilitazione di utenti all'accesso esterno. Predisposta ed implementata procedura per accesso controllato ed individuale da parte dei fornitori.	alto	misure da adottare: Abolizione utenze di gruppo e gestione degli accessi effettuata tramite codice utente e pw personali. Procedura di accesso individuale da parte dei fornitori Sicurezza dati in caso di Smart Working	fatto/non fatto	entro il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
5	Verifica e controllo dei servizi manutentivi HW E SW		Omettere inadempimenti e/o incongruenze ovvero attestare il rispetto delle SLA del contratto a fronte di sostanziale inadempimento autorizzando anche il pagamento di fatture	4,87 basso	Per ogni evento vengono declinate, all'interno del contratto, le tempistiche di risposta e le penali associate	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
6	Immobilizzazioni - beni immateriali	Emissione ordine - Consegna - Collaudo -Gestione movimentazione interna - Fuori uso	Accettazione di beni immateriali non conformi al capitolato	2,9 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Più soggetti coinvolti nelle vertice di collaudo	medio	misure da adottare: Revisione delle gare di collaudo all'interno della procedura degli acquisti (prevedendo il coinvolgimento di soggetti esterni al Servizio)	fatto/non fatto	il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
7	Accesso tramite budget		Consentire accessi impropri per favorire sé o terzi - Indurre l'utente a dare o promettere denaro o altra utilità	5 basso	Procedura per (Abilitazione per accesso) Registrazione informatica con banca dati consultabile per controlli a campione	alto	revisione procedura	indicatori procedura sui tempi di realizzazione	il sem. 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
8	Abilitazione utenze accesso rete esterna WPN		Consentire accessi impropri per favorire sé o terzi - Indurre l'utente a dare o promettere denaro o altra utilità	5 basso	Regolamento Per abilitazione WPN Procedura (Abilitazione per accesso) Registrazione informatica con banca dati consultabile per controlli a campione	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
9	Gestione del Backup			trascurabile							trascurabile
10	Gestione continuità operativa Disaster Recovery			trascurabile							trascurabile
	11.1 PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE: Analisi dei fabbisogni/necessità/ricieste pervenute		Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/economicità ma volontà di premiare interessi privati)	3,2 basso	Supervisione di Lombardia Informatica che approva/bocchia/riciende modifiche al Piano Incontri con le LU/OD. Interessato invio all'UOC Gestione Acquisti della propria programmazione per l'inserimento nello scadenziario Piano di maturità completato entro 17 giugno 2019 come da scadenziario di LUISPA, Riccontro di ARIA a Settembre 2019.	medio	Verifica della coerenza con il Piano di maturità annuale per evidenziare se la pianificazione è coerente con la risoluzione delle criticità	fatto/non fatto	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Orientare l'acquisto di materiale (HW) e/o di SW a favore di un preciso fornitore al fine di indurlo a dare/promettere o ricevere denaro o altra utilità non dovuta	3,2 basso	Fornire, da parte del richiedente, dettagliata motivazione delle scelte dei beni /servizi sia con riferimento alle caratteristiche tecniche prescelte che alle quantità richieste. Giustificare la richiesta di acquisto (piani evolutivi, obblighi normativi, progetti in essere, obsolescenza, messa a norma di sistemi etc.) Nelle RDA di beni e servizi informatici viene data motivazione in merito alle caratteristiche delle forniture.	medio	Analisi di soluzioni analoghe adottate da altre ASST Registro e controllo a campione delle richieste	n.d.	il semestre 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (es. concessione in luogo di appalti) o di procedure negoziate e affidamenti diretti	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Consultazioni preliminari di mercato: fuga di notizie sulle procedure di gara non ancora pubblicate	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Nomina del Responsabile del procedimento: conflitto d'interessi con le imprese concorrenti	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa

11	CONTRATTI PUBBLICI ACQUISTO DI BENI, SERVIZI	11.2 PROGETTAZIONE acquisti - servizi - opere: - 40.000 € 1) Consultazioni preliminari di mercato; 2) nomina del responsabile del procedimento (RUP); 3) individuazione degli elementi del contratto; 4) determinazione dell'importo del contratto; 5) scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata; 6) predisposizione di atti di gara incluso il capitolato; 7) definizione dei criteri di partecipazione di aggiudicazione e di attribuzione del punteggio -> 40.000 € 1) Partecipazione al Capitolato predisponendo parte tecnica 2) Consultazioni preliminari di mercato	Ricorso ad affidamento in ESCLUSIVA: elusione delle regole di affidamento mediante l'improprio ricorso alla procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire specifica impresa. Conflitto d'interesse dei soggetti proponenti l'acquisto che sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati	8,75 medio	Ricorso a Sintel IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI/491 del 02/08/2018 Introdotta le misure da adottare: - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore < 40.000 € - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore > 40.000 € Report che viene inviato all'RPCT Predisposto - un campo ad hoc (flag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civili) e attivato nella sezione "Statistiche -> Report" la nuova voce "Registri Ati", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli. Integrata la documentazione con documenti su infungibilità/ infungibilità	alto	Misure da adottare: mantenimento della procedura Mitigazione rischio lock-on	monitoraggio	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Opacità degli atti di progettazione	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Proroghe contrattuali in mancanza di valide ragioni	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Frazionamento artificioso degli affidamenti - Abuso dell'affidamento diretto e in economia per favorire un'impresa	3,5 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Ricorso a Sintel Collegialità (più soggetti coinvolti nella progettazione)	alto	Mantenimento procedura Controllo su tutte le procedure	100% ricorso a sintel per acquisti di nuovi SW e contratti di manutenzione	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
		11.3 SELEZIONE DEL CONTRAENTE: - 40.000 € 1) Pubblicazione del bando; 2) Assegnazione termini per la ricezione delle offerte; 3) Nomina commissione; 4) Conservazione documenti; 5) Gestione sedute; 6) Verifiche dei requisiti e delle anomalie dell'offerta; 7) Aggiudicazione provvisoria; 8) Annullamenti	Restringere indebitamente i partecipanti alla gara eludendo le norme sulla pubblicazione dei bandi	4,95 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Collegialità (più soggetti coinvolti nel capitolato o conseguente ampliamento delle ditte invitate)	alto	Mantenimento procedura monitoraggio	n. medio delle offerte escluse sulle offerte presentate	periodico come da procedura	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Applicare in maniera distorta i criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito	4,95 basso	Procedura PG 7.5 026 rev 0 (Approvvigionamento beni e servizi e Acquisti in affidamento diretto) Collegialità (più soggetti coinvolti nel capitolato o conseguente ampliamento delle ditte invitate)	alto	Mantenimento procedura monitoraggio	n. medio delle offerte escluse sulle offerte presentate	semestre 2022	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Immotulata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	4,95 basso	Delibera di modifica dei termini motivata e pubblicata	alto	Mantenimento procedura	trend n. proroghe	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Nomina commissari in conflitto di interesse o privi dei requisiti necessari - mancata verifica delle clausole di incompatibilità	4,95 basso	Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi da parte dei componenti della Commissione	alto	Mantenimento procedura	100% dichiarazioni assenza conflitto d'interesse	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Mancata pubblicità/trasparenza (selezione non effettuata tramite Sintel) - Opacità del procedimento di approvvigionamento	4,95 basso	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Utilizzo preponderante degli strumenti di e-procurement della PA in trasparenza	alto	Mantenimento procedura	monitoraggio % ricorso a Sintel	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Mancata rotazione (il contraente selezionato risulta affidatario anche del precedente appalto, in mancanza di ragioni che giustificano tale scelta)	4,95 basso	Ricorso a Sintel Utilizzo preponderante degli strumenti di e-procurement della PA in trasparenza	alto	Mantenimento procedura	monitoraggio % ricorso a Sintel	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
			Opacità relative alla istituzione delle commissioni di gara	4,95 basso	Rotazione dei membri della Commissione Acquisizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	alto	Mantenimento procedura	monitoraggio % ricorso a Sintel	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	bassa
		11.4 AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI -40.000 € 1) Verifica requisiti 2) Esclusioni 3) Aggiudicazioni	Omessa/incompleta/non tempestiva verifica dei requisiti del fornitore per favorire un aggiudicatario privo di requisiti	9,15 medio	Collegialità nella verifica	alto	Mantenimento procedura	100% verifica requisiti	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Nomina Dec in conflitto d'interesse	9,15 medio	Sottoscrizione attestazione assenza di conflitto di interesse acquisizione attestazioni assenza conflitto d'interesse del DEC	alto	Mantenimento procedura	100% acquisizione attestazioni assenza conflitto d'interesse	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
			Mancata assegnazione tramite meccanismi informatizzati (Sintel)	9,15 medio	Ricorso a Sintel Utilizzo preponderante degli strumenti di e-procurement della PA in trasparenza	alto	Mantenimento procedura	monitoraggio % ricorso a Sintel	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
		11.5 ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Accettazione materiali non conformi al capitolato o utilizzo non giustificato di materiali fuori contratto	6 medio	Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali e disposizioni di legge individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale tecnico	alto	Mantenimento procedura	% di disponibilità del servizio (> 99.6% per ogni contratto al fine di monitorare la continuità)	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa
Varianti al fine di favorire l'appaltatore (per recuperare lo sconto in sede di gara, per conseguire guadagni extra, per non partecipare ad una nuova gara)	6 medio		Procedura PG 7.5 026 REV. 0 2016 Nomina DEC e RUP in capo a differenti figure professionali Monitoraggio corretta applicazione clausole contrattuali e disposizioni di legge individuazione di figura preposta con indicazione dettagliata dei compiti Formazione del personale tecnico	alto	Mantenimento procedura	% di disponibilità del servizio (> 99.6% per ogni contratto al fine di monitorare la continuità)	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa		
Non conformità agli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (collaudi), regolare esecuzione/pagamenti effettuati senza i necessari controlli (es. Durc)	4,95 basso		Formalizzazione collaudo per nuovi acquisti Verifica congruenza dei valori con l'ordine per manutenzioni Acquisizione conto corrente dedicato	alto	Mantenimento procedura	n.d.	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE e UCC Economico-Finanziaria	bassa		
12	ACQUISTI IN ESCLUSIVA Acquisizione beni e servizi di valore < 40.000 € Acquisizione beni e servizi di valore > 40.000 € e < soglia comunitaria Acquisizione beni e servizi di valore > soglia comunitaria	8,75 medio	Ricorso a Sintel IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI/491 del 02/08/2018 Introdotta le misure da adottare: - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore < 40.000 € - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore > 40.000 € Report che viene inviato all'RPCT Predisposto - un campo ad hoc (flag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civili) e attivato nella sezione "Statistiche -> Report" la nuova voce "Registri Ati", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli. Integrata la documentazione con documenti su infungibilità/ infungibilità	alto	Misure da adottare: mantenimento della procedura Mitigazione rischio lock-on	N. affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato	costante	Responsabile SSD SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	medio/bassa		

13	ACQUISTI IN URGENZA (ES. EMERGENZA SANITARIA)			da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017". Ricorso ad affidamenti per gestione emergenza epidemiologica correlata al COVID-19, dettaglio al paragrafo P6). D.L. 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" Procedure contrattuali aperte e trasparenti (ad es. ricorso ad ARIA) Trasparenza; pubblicazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" degli acquisti effettuati in urgenza a causa della situazione di emergenza sanitaria legata al COVID - 19. Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso del gestionale "delibere/determina". Segnalazione interna (Whistleblowing)	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	mantenimento procedura	pubblicazione provvedimenti	ad ogni affidamento d'urgenza	Direttore UOC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA e UOC Economico - Pianziaria	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019
----	---	--	--	--	--	--	------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--	--

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOC FARMACIA

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'			
1	CONTRATTI PUBBLICI ACQUISTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI		1.1 PIANIFICAZIONE/PROGRAMMAZIONE	Analisi dei fabbisogni/necessità/rischi pervenute	Aumento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza	3,75 basso	Valutazione dei consumi storici (Indicazione del consumo storico nel gestionale di magazzino e nel foglio di richiesta del reparto) Dialogo con Centri utilizzatori Confronto tra unità operative omogenee	alto	mantenimento procedura	Verifica firma del paziente che riceve farmaci e numero della cartella clinica	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa		
					Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/ economicità ma volontà di premiare interessi privati)	3,75 basso	Processo di informazione per la prescrizione Controllo su un numero ridotto di farmaci e DM richiesti, ma di alto impatto economico Responsabilizzato e ristretto il numero di personale addetto a presentare richieste (accesso con PW personale) Gli affidamenti sono sempre espletati su piattaforma sintel Programmi di magazzino/gestione richieste reparto e gestione ordini	alto	mantenimento procedura	fatta/non fatta	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa		
					FRAZIONAMENTO degli affidamenti (Ritardazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto)	4,75 medio		alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	medio/bassa		
			1.2 PROGETTAZIONE	1) Partecipazione alla predisposizione del Capitolato 2) Ricerca di mercato (< 5.000€)	Falsa dichiarazioni di esclusività: inserimento di prodotti fra quelli necessari e imprescindibili. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore FARMACI	4,00 basso	In caso di acquisizione di farmaci infungibili ed esclusivi le indicazioni cliniche e di utilizzo sono quelle previste dall'autorità nazionale (AIFA). Ogni delibera è corredata da tre allegati: I) richiesta dall'UOC Farmacia con autorizzazione del Direttore Sanitario; II) autorizzazione AIFA; III) autorizzazione Arca. Nella richiesta risultano la segnalazione del fabbisogno ARCA, la motivazione e assenza di alternative in pronto. Controllo dei prezzi (che il costo a gara d'asta sia inferiore o pari al costo medio regionale per i DM, che sia quello contrattato AIFA per i farmaci) Sintel (trasparenza) Per dispositivi medici: Sintel	alto	mantenimento procedura	Analisi sui consumi Verifica dello speso su budget	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa		
						Falsa dichiarazioni di esclusività: inserimento di prodotti fra quelli necessari e imprescindibili. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore DISPOSITIVI MEDICI	4,00 basso	Rendicontazione a Direttore Amm.vo a fine anno IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI/491 del 02/08/2018 Introdotta le misure da adottare: - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore < 40.000 € - In caso di Acquisizione beni e servizi di valore > 40.000 € Report che viene inviato all'IPCT Predisposto un campo ad hoc (flag) che identifica gli acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 nel gestionale delle Delibere (Civilia) e attivato nella sezione "Statistiche -> Report" la nuova voce "Registri Ast", per ricercare tutte le pratiche con acquisti riconducibili all'art.63 D.lgs 50/2016 per rendere più agevole effettuare ricognizioni e controlli. Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	Analisi sui consumi Verifica dello speso su budget	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
						Selezione del fornitore influenzata da interessi esterni all'Azienda per inserimento in PTO di nuovi farmaci	3,75 basso	Analisi di appropriatezza secondo indicazioni AIFA e di evidenza da letteratura scientifica. Controlli NDC	alto	mantenimento procedura	Analisi sui consumi Verifica dello speso su budget	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
			1.3 SELEZIONE DEL CONTRAENTE	1) Lancio su piattaforma SINTEL della richiesta completa di tutti i dettagli (di default l'invito viene aperto a tutti gli operatori economici presenti sul mercato) 2) Verifica offerta (< 5.000€)	Opacità degli atti di progettazione	3,75 basso	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Controlli AIFA per i farmaci Controllo dei prezzi (che il costo a gara d'asta sia inferiore o pari al costo medio regionale) Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	n.d.	Direttore UOC FARMACIA	bassa			
						Proroghe contrattuali in mancanza di valide ragioni	3,75 basso	Verifica possibilità di adesione/agggregazione nel consorzio per acquisti regionale Controllo dei prezzi (che il costo a base d'asta per i DM sia inferiore o pari al costo medio regionale) Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
						Frazionamento artificioso degli affidamenti - Abuso dell'affidamento diretto e in economia per favorire un'impresa	3,75 basso	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Controlli AIFA per i farmaci Controllo dei prezzi (che il costo a gara d'asta sia inferiore o pari al costo medio regionale) Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
			1.4 AGGIUDICAZIONE	Verifica offerta (< 5.000€)	Descrizione del dispositivo tale da favorire un preciso fornitore	4,00 basso	Ricorso a Sintel Controllo dei prezzi (che il costo a base d'asta sia inferiore o pari al costo medio regionale) Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	monitoraggio del trend in aumento dei ricorsi a Sintel verificabile attraverso i sistemi informativi	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa		
						Mancata pubblicità/trasparenza (selezione non effettuata tramite Sintel) - Opacità del procedimento di approvvigionamento	4,00 basso	Trasparenza tramite ricorso a Sintel Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
						Mancata rotazione (il contraente selezionato risulta affidatario anche del precedente appalto, in mancanza di ragioni che giustificano tale scelta)	4,00 basso	Ricorso a Sintel Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa	
							Omissa/incompleta/non tempestiva verifica dei requisiti del fornitore per favorire un aggiudicatario privo di requisiti	4,00 basso	Ricorso a Sintel con fornitori accreditati da RL Verifica collegiale (multidisciplinare) con confronto con il reparto Verifica che tutte le ditte invitate abbiano risposto Richiesta di un campione per verificare Approvato nuovo regolamento aziendale con delibera n. 1154 del 24/12/2019 "Revisione 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 delibera n. 565 del 13.06.2017" Delibere per acquisti beni sanitari	alto	mantenimento procedura	Documentazione agli atti sull'identità e motivazione della non idoneità Verifica della durata della terapia domiciliare in caso di farmaci ad alto costo	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa

		<p>1.5 ESECUZIONE DEL CONTRATTO 1) Verifica della correttezza e coerenza con l'ordine effettuato e quanto ricevuto (con eventuale richiesta di nota di credito se fornitura non conforme) 2) Apposizione del nulla osta 3) EMISSIONE ORDINI</p>	<p>Dare/non dare idoneità al bene per favorire un preciso fornitore</p>	<p>4,37 basso</p>	<p>Richiesta ai reparti di regolare manutenzione e noleggio per dispositivi e attrezzature di elevato valore economico Verifica conformità su prodotti consegnati Verifica che i farmaci e DM consegnati abbiano almeno 2/3 di vita residua (scadenza) Controllo su tutti i beni Nuova procedura che prevede la dichiarazione dell'utilizzatore su corretto noleggio e manutenzione Delibera 1152 del 24/12/2019 PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC) DEL BILANCIO DELL'ASST DI BERGAMO EST: ADOZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE ALL'AREA I) DEBITI E COSTI. Verifica su fatture</p>	<p>medio</p>	<p> misure da adottare: Per il controllo prevedere che dove la fornitura coinvolga attrezzature il DEC sia l'utilizzatore e non l'ordinatore di spesa che può limitare il controllo solo ai beni</p>	<p>verifica di tutti i beni consegnati in farmacia</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>medio/bassa</p>		
		<p>1.6 RENDICONTAZIONE 1) Verifica della correttezza e coerenza con l'ordine effettuato e quanto ricevuto (con eventuale richiesta di nota di credito se fornitura non conforme) 2) Apposizione del nulla osta 3) LIQUIDAZIONE FATTURE Trasmissione all'UOC Economico Finanziario per gli adempimenti conseguenti.</p>	<p>Non conformità agli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (regolare esecuzione/pagamenti effettuati senza i necessari controlli (es. Durc)</p>	<p>3,5 basso</p>	<p>Controllo merce in arrivo Controllo su bolle Controllo sui prezzi applicati verifica su DDT materiale</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>Dare evidenza delle difformità con richiesta delle note di accredito</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Mancata effettuazione dei controlli (verifica prezzo e quantitativi pervenuti)</p>	<p>3,5 basso</p>	<p>Controllo merce in arrivo Controllo su bolle Controllo sui prezzi applicati verifica su DDT materiale</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Caricare bolle fittizie anche senza merce</p>	<p>3,5 basso</p>	<p>Controllo merce in arrivo Controllo su bolle Controllo sui prezzi applicati verifica su DDT materiale</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
2	ACQUISTI IN URGENZA O IN ATTESA DI AGGIUDICAZIONE		<p>Assenza di programmazione - inadeguata stima dei fabbisogni e dei costi (non rispetto dei principi di efficienza/efficacia/ economicità ma volontà di premiare interessi privati) Mancata verifica della presenza sul mercato di più operatori economici e assenza trasparenza verso fornitori (non ricorso a Sintel) per trarre profitto</p>	<p>6,37 medio</p>	<p>Verifica prezzo in DWH regionale - richiesta autorizzazione al responsabile di presidio Rendicontazione mensile alla Direzione Strategica (strumento di miglioramento per valutare eventuali gare future) richieste firmate dal direttore di dipartimento Segnalazione interna (Whistleblowing)</p>	<p>medio</p>	<p>Coinvolgimento dei Diretori di dipartimento per pianificare i fabbisogni (tramite mandato della Direzione Strategica) Controllo sui trend in miglioramento</p>	<p>% acquisti in economia sul totale degli acquisti</p>	<p>Il sem. 2022</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>media</p>		
3	ACQUISTI IN ESCLUSIVA Acquisizione beni di valore < 5.000 € Proposta all'UOC Gestione Acquisti e logistica per beni di valore > 5.000 € ed emissione ordine		<p>Elusione delle regole di affidamento mediante l'improprio ricorso alla procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire specifica impresa. Conflitto d'interessi dei soggetti proponenti l'acquisto che sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati</p>	<p>4,95 basso</p>	<p>In caso di acquisizione di farmaci infungibili ed esclusivi le indicazioni cliniche e di utilizzo sono certificate dall'autorità nazionale (AIFA). Ogni delibera è corredata da tre allegati: I) richiesta dall'UOC Farmacia con autorizzazione del Direttore Sanitario; II) autorizzazione Aifa per le indicazioni proposte; III) autorizzazione Arca. Nella richiesta risultano la segnalazione del fabbisogno ARCA, la motivazione e assenza di alternative in prontuario. Controllo dei prezzi (che il costo a base d'asta sia inferiore o pari al costo medio regionale) Sintel (trasparenza) Per dispositivi medici: Sintel IL REGOLAMENTO AZIENDALE PER GLI ACQUISTI IN ESCLUSIVA E' STATO APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 396 DEL 19.04.2019. In linea con indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI491 del 02/08/2018 delibere per farmaci</p>	<p>medio</p>	<p>Misure da adottare: Nella rendicontazione periodica da trasmettere alla Direzione Strategica ed RPCT specificare se, nel periodo di riferimento, la tipologia di bene indicata sia stata acquistata più volte</p>	<p>Analisi sui consumi Verifica dello speso su budget</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>medio/bassa</p>		
4	VALUTAZIONE NUOVA ACQUISIZIONE DISPOSITIVI MEDICI	4.1 Analisi delle richieste pervenute	<p>Falsa dichiarazioni di esclusività da parte dell'utilizzatore: inserimento di prodotti tra quelli necessari e imprescindibili. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore</p>	<p>6,33 medio</p>	<p>Manifestazione d'interesse su Sintel Valutazione fatta da CADM (Direzione Sanitaria, Farmacia, DPSS) sicuramente da implementare</p>	<p>medio</p>	<p>Misure da adottare: Aggiornamento Regolamento aziendale a seguito indicazioni Internal Auditing 2018, linee Guida Anac 8/2016 ed indicazioni Regionali Deliberazione n. XI491 del 02/08/2018 (a cura UOC Gestione Acquisti e Logistica) Implementare la composizione e l'attività della CADM Rendicontazione con indicazione su ripetizione dell'acquisto Aumentare le valutazioni fatte dal CADM (semestrale)</p>	<p>N. affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>media</p>		
		4.2 Sottoposizione alla CADM (Commissione Aziendale Dispositivi medici)	<p>Richiesta di inserimento in Repertorio conseguenti alla campionatura di prova di dispositivi medici</p>	<p>6,33 medio</p>	<p>Analisi di appropriatezza e di evidenza da letteratura scientifica, raffronto con dispositivi in uso. Analisi dei costi correlati con il DRG / rimborso della prestazione Collegialità della valutazione che deve essere fatta da CADM (Direzione Sanitaria, Farmacia, DPSS) Campionatura deve passare obbligatoriamente per l'UOC Farmacia</p>	<p>medio</p>		<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>media</p>		
		4.3 Analisi da parte della commissione e valutazione finale sulla base del vigente regolamento aziendale pubblicato in intranet	<p>Concussione art. 317 c.p.: il pubblico ufficiale che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro od altra utilità.</p>	<p>6,33 medio</p>	<p>Regolamento aziendale pubblicato in intranet (Delibera n. 565 del 13/06/2017) Collegialità (Direzione Sanitaria, Farmacia, DPSS)</p>	<p>medio</p>	<p>Aumentare il numero di valutazioni fatte dal CADM (semestrale) Aggiornare Regolamento</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>media</p>		
		4.4 Verifica preventiva delle convenzioni in ARCA	<p>trascorabile</p>	<p>trascorabile</p>					<p>trascorabile</p>				
		4.5 Eventuale espletamento gara (di concerto con il provveditorato).	<p>vedere pto 1.1 (pianificazione/programmazione)</p>										
5	VALUTAZIONE NUOVA ACQUISIZIONE FARMACI	5.1 Analisi della richiesta	<p>Falsa dichiarazioni di esclusività: inserimento di prodotti tra quelli necessari e imprescindibili. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore</p>	<p>4,95 basso</p>	<p>Regolamento aziendale per la Commissione del Farmaco (CoF) pubblicato in intranet Multidisciplinarietà - coinvolgimento di professionisti (medici e farmacisti) che operano nell'ambito della stessa area - composizione della CoF che ricomprende la ATS per la valutazione delle invadute sul territorio</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
		5.2 Sottoposizione alla commissione del farmaco	<p>Concussione art. 317 c.p.: il pubblico ufficiale che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro od altra utilità.</p>	<p>4,95 basso</p>	<p>Regolamento aziendale pubblicato in intranet Verifica periodica dei prezzi massimi di cessione al SSN inviata da RL</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
		5.3 Analisi da parte della commissione e valutazione finale sulla base del vigente regolamento aziendale pubblicato in intranet	<p>Concussione art. 317 c.p.: il pubblico ufficiale che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro od altra utilità.</p>	<p>4,95 basso</p>	<p>Regolamento aziendale pubblicato in intranet Valutazione della letteratura disponibile (per studi comparativi)</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
		5.4 Segnalazione fabbisogno ad ARCA per espletamento gara.	<p>trascorabile</p>	<p>trascorabile</p>					<p>trascorabile</p>				
		6.1 Presa visione quotidiana delle richieste delle diverse unità operative	<p>trascorabile</p>	<p>trascorabile</p>									<p>trascorabile</p>
6	MOVIMENTAZIONE MAGAZZINO DI FARMACIA	6.2 Stoccaggio farmaci e preparazione dei farmaci e DM richiesti	<p>Omettere di rilevare inadempienze/ incongruenze e attestare regolarità a fronte di un inadempimento</p>	<p>4 basso</p>	<p>Controllo del coordinatore infermieristico tra quanto in bolle e quanto consegnato Richiesta verifiche incrociate per l'inventario di fine anno a reparti con giacenze con alto valore economico</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Falsificare la bolle di consegna (riducendo le quantità ricevute)</p>	<p>5,4 basso</p>	<p>Misure informatiche e esito processo garantito attraverso attività di più operatori Formazione ed addestramento del personale Tracciabilità informatica dei carichi /scarichi - richiesta e carico bolle ed evasione delle richieste Verifica inventariale del magazzino - controllo tra giacenza informatica e reale Pubblicazione Report di consumi- segnalazione consumi di rilevanza economica elevata</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Furto - sottrazione di beni</p>	<p>5,4 basso</p>	<p>Formazione ed addestramento del personale Tracciabilità informatica dei carichi /scarichi - richiesta e carico bolle ed evasione delle richieste Verifica inventariale del magazzino - controllo tra giacenza informatica e reale Pubblicazione Report di consumi- segnalazione consumi di rilevanza economica elevata</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Omettere di rilevare inadempienze e attestare regolarità a fronte di un inadempimento</p>	<p>4 basso</p>	<p>Frazionamento del processo su più persone e servizi Controllo da parte del farmacista nel caso di farmaci ad alto costo o consegnati direttamente al paziente Verifica sulla congruità tra il materiale consegnato e quello richiesto da parte del reparto.</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
			<p>Furto - sottrazione di beni</p>	<p>5,4 basso</p>	<p>Formazione ed addestramento del personale Tracciabilità informatica dei carichi /scarichi - richiesta e carico bolle ed evasione delle richieste Verifica inventariale del magazzino - controllo tra giacenza informatica e reale Pubblicazione Report di consumi- segnalazione consumi di rilevanza economica elevata</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>		
	<p>6.4 Ricezione merci: controllo vita media residua del materiale superiore ai 2/3</p>	<p>Consegne di dispositivi medici e/o Farmaci con vita media residua inferiore ai 2/3 per conseguire un indebito guadagno o utilità</p>	<p>4 basso</p>	<p>Controlli dei lotti /scadenze Il magazzino controlla le scadenze all'atto della ricezione merce</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento procedura</p>	<p>n.d.</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore UOC FARMACIA</p>	<p>bassa</p>			

			5.5 Registrazione informatica dei movimenti in entrata e uscita e delle relative scadenze e lotti	Omettere di rilevare inadempimenti e attestare regolarità a fronte di un inadempimento	4 basso	Tracciabilità informatica dei carichi /scarichi - richiesta e carico bolle ed evasione delle richieste verifica inventariale del magazzino - controllo tra giacenza informatica e reale	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa
				Furto - sottrazione di beni	4 basso		alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa
			6.6 Verifica periodica delle giacenze fisiche e informatiche	Omettere di rilevare inadempimenti e attestare regolarità a fronte di un inadempimento	4 basso	Tracciabilità informatica dei carichi /scarichi - richiesta e carico bolle ed evasione delle richieste verifica inventariale del magazzino - controllo tra giacenza informatica e reale	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa
				Furto - sottrazione di beni	4 basso		alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa
			6.7 Scadenze - revoche - resirriti farmaci	Mettere in commercio o distribuire farmaci scaduti o revocati per garantire un ingiusto guadagno o utilità per sé o altri	4 basso	Relazione annuale del Revisore dei Conti Azioni di controllo del lotto e della data di scadenza dei prodotti presenti.	alto	mantenimento procedura	n.d.	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa
			6.8 Inventario annuale.	trascurabile	trascurabile							trascurabile
7	FARMACI STUPEFACENTI			Mancato corretto controllo nella ricezione e dispensazione dei farmaci stupefacenti per trarre vantaggi	2,04 basso	Formazione del personale Codice di comportamento Procedura di magazzino Registro stupefacenti Casalorte nei reparti Controlli interni Controlli nei reparti	alto	mantenimento procedura	correttezza tra giacenza reale e registro	costante	Direttore UOC FARMACIA	bassa

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOC GESTIONE RISORSE UMANE

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pst)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
		Funzione di supporto alla Direzione Strategica programmazione annuale delle Risorse Umane	Definizione del fabbisogno	trascurabile	trascurabile							trascurabile
		1.A) Procedure concorsuali dirigenza e comparto; 1.B) Procedura mobilità personale comparto e dirigenza; 1.C) Procedure per assunzioni temporanee; 1.D) Procedure per conferimento incarichi di struttura complessa ambito Sanitario; 1.E) Procedure comparative per collaborazioni esterne; 1.F) Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del D. Lgs. 502/1992; 1.G) Procedure per conferimento Borse di Studio; 1.H) Comando in entrata; 1.I) Mobilità volontaria personale Comparto e Dirigenza (in ingresso - in uscita); 1.L) Provvedimenti inerenti la richiesta di riammissione in servizio.	1.1 Indizione procedura concorsuale	Omessa attivazione di ter procedurali pregiudiziali alla procedura di acquisizione risorse. Indicazione di requisiti divergenti da quelli previsti dalla norma di riferimento.	3,33 basso	Il processo coinvolge l'attività di figure appartenenti ad uffici diversi e con differenti mansioni. Pubblicazione del bando / avviso. 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).	alto	mantenimento procedura	Delibera di adozione del regolamento.	Ogni singola procedura è oggetto di monitoraggio.	Direttore Generale	bassa
			1.2 Ammissione candidati / definizione dei profili dei candidati	Ammissione di candidati in carenza di requisiti richiesti per l'accesso al profilo.	2,9 basso	Nel processo vengono coinvolte figure appartenenti a uffici diversi con mansioni diverse inoltre, la lista dei candidati ammessi viene regolarmente pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	Attuazione costante.	Direttore UOC Risorse Umane	bassa
			1.3 Nomina commissione esaminatrice	Composizione della commissione al fine di favorire determinati candidati. Nomina di un Componente della Commissione in situazione di incompatibilità con i candidati.	4,5 basso	Pubblicità nella designazione delle commissioni. Pubblicazione della composizione delle commissioni.	alto	mantenimento procedura nonché acquisizione di dichiarazione circa l'inesistenza di situazione di incompatibilità/non conflitto di interessi con i candidati	n. dichiarazioni / n. componenti=100%	tempestivo	Direttore Generale	bassa
			1.4 Valutazione dei candidati	Uso distorto della discrezionalità, mancato o carente uso dei criteri di imparzialità e di trasparenza anche al fine di favorire determinati candidati.	4,5 basso	Nel processo vengono coinvolte figure appartenenti a uffici diversi con mansioni diverse. Adozione dei criteri di valutazione definiti dalla normativa di riferimento. Pubblicazione della valutazione e possibilità di accesso alla documentazione relativa alle prove effettuate dal candidato.	alto	mantenimento procedura	mantenimento.	tempestivo	Direttore Generale	bassa
			1.5 Esito e nomina vincitore / procedure di conferimento	Atribuzione di titoli di precedenza arbitrari o omissioni di motivazioni laddove richieste. Atribuzione di incarico a soggetto che si trova in situazione di inconfirmità di incarico.	3 basso	Acquisizione e controllo di dichiarazioni circa l'inesistenza di situazioni di inconfirmità successivamente al conferimento dell'incarico.	alto	Acquisizione preventiva di dichiarazioni circa l'inesistenza di situazioni di inconfirmità di incarico o conflitto di interesse	introduzione per procedure bandite a far data dal 1° semestre dell'anno 2019 di n. dichiarazioni / n. componenti=100%	Attuazione costante.	Direttore Generale	bassa
			2.1 incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti a tempo indeterminato con meno 5 anni di attività	trascurabile	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane
		2.A) Procedure per conferimento incarichi dirigenziali / incarichi di direzione di Struttura Semplice; 2.B) Procedure per conferimento incarichi dirigenziali di Struttura Complessa Dirigenza PTA 2.C) Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo	2.2 incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con più di 5 anni di attività	trascurabile	trascurabile							
			2.3 incarichi di alta specializzazione, di Struttura Semplice, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura Semplice Extradipartimentale conferibili ai dirigenti con più di 5 anni di attività - avviso interno	Eccessiva discrezionalità nell'attribuzione di punteggi al fine di favorire uno specifico Dirigente.	2,26 basso	Espletamento di procedura comparativa con emanazione di avviso interno, contenente i requisiti di partecipazione, nonché i titoli valutabili e i relativi criteri di valutazione, pubblicato sul sito dell'Azienda. Pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del nominativo del destinatario dell'incarico di struttura.	alto	costante	nessuno	costante	Direttore Generale	bassa
		3A) Assunzioni straordinarie di personale DGR n. 2903 del 02/03/2020 recante "Prime determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica Covid"	reclutamento straordinario di personale sanitario, con contratti di lavoro a tempo determinato, incarichi libero professionali, ricorso ad agenzie interinali oltre a reclutamento di personale in quiescenza già appartenente ai ruoli del SSR	favore determinati candidati	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Trasparenza - Pubblicazione provvedimenti	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Applicare indicazioni Anac - Orac	pubblicazione	costante	Direttore UOC Risorse Umane	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019
1 - ECONOMICO			3.1 Liquidazione mensile al personale dipendente del trattamento economico fondamentale e accessorio in applicazione delle disposizioni contrattuali - presa d'atto.	Falsificazione delle ore di lavoro effettuate, dei giorni di presenza e attribuzione di voci aggiuntive liquidabili non dovute.	2,33 basso	Controllo mensile sulla base di stampe prodotte da software gestionale HR.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	costante	Direttore UOC Risorse Umane	bassa

TRATTAMENTO PRESENZE ASSENZE

3. Trattamento economico del dipendente.	3.2 Liquidazione importi legati alla Produttività Collettiva (Area del Comparto) e alla Retribuzione di Risultato (Aree della Dirigenza)	Discrezionalità nell'attribuzione degli importi e mancato rispetto dei vincoli imposti dalla contrattazione.	5 basso	L'attribuzione della Premialità è resa pubblica, considerata la formalizzazione, attraverso Determina Dirigenziale.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	costante	Direttore UOC Risorse Umane	bassa
	3.3 Liquidazione Risorse Aggiuntive Regionali personale Aree del Comparto e della Dirigenza.	Discrezionalità nell'attribuzione degli importi e mancato rispetto dei vincoli imposti dalla contrattazione	3.33 basso	L'attribuzione della Premialità è resa pubblica, considerata la formalizzazione attraverso Determina dirigenziale. E' altresì prevista la rendicontazione annuale a Regione Lombardia.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	costante	Direttore UOC Risorse Umane	bassa
4. Procedure conseguenti a decesso dipendente	4.1 presa d'atto cessazione del rapporto di lavoro	trascurabile								
	4.2 Liquidazione importi a eredi	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
5. Riconoscimento di inabilità assoluta e permanente: - a qualsiasi proficuo lavoro o alle mansioni svolte (L.274/91); - a qualsiasi attività lavorativa (L.335/95) -	5.1 domanda di accertamento delle condizioni di salute del dipendente alla commissione medica competente	trascurabile								
	5.2 presa atto verbale della commissione medica	trascurabile	trascurabile						Direttore Generale	trascurabile
	5.3 Trattamento di quiescenza e previdenza	trascurabile								
6. Permanenza in servizio oltre il limite d'età (facoltà attribuita ai dirigenti sanitari)		trascurabile	trascurabile						Direttore generale	trascurabile
7. Cessazione del rapporto di lavoro per recesso del dipendente		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
8. Cessazione del rapporto di lavoro per recesso da parte dell'azienda		Carenza dei requisiti previsti dalla legge/ C.C.N.L. affinché il recesso sia legittimo.	2.9 basso	mantenimento	alto	mantenimento procedura	mantenimento procedura	tempestivo / sistematico	Direttore UOC Risorse Umane / Direttore Generale	bassa
9. Cessazione del rapporto di lavoro per raggiunti limiti d'età		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
10. Comando in uscita	10. 1 richiesta da parte altra Azienda	trascurabile	trascurabile						Direttore Generale	trascurabile
11. Comando o distacco per ricongiungimento coniuge		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
12. Aspettativa non retribuita	12.1 Ricezione istanza dipendente	trascurabile	trascurabile						Direzione competente / Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	12.2 concessione/diniego aspettativa non retribuita a favore del dipendente interessato	Concessione o diniego volto a favorire / sanzionare determinati dipendenti.	4.12 basso	Motivazione puntuale circa le criticità organizzative che la concessione dell'aspettativa può determinare e, conseguente individuazione dell'interesse pubblico da tutelare.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	sistematico	Direzione competente / Direttore UOC Risorse Umane	bassa
13. Concessione congedo ai sensi dell'art.42 D.Lgs. 151/01 e s.m.l.	13.1 Ricezione istanza dipendente	trascurabile								
	13.2 autorizzazione istanza a seguito valutazione documentazione	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
14. Applicazione di norme giuridiche/economiche al personale dipendente relative a permessi retribuiti - non retribuiti -		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
15. Determinazione monte ore dei permessi sindacali retribuiti (aree della dirigenza e area del comparto)		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
16. Rapporti di lavoro a tempo parziale: richiesta variazione part-time; riammissione tempo pieno -	16.1 determinazione di contingenti massimi di personale da destinare a tempo parziale	trascurabile								
	16.2 presentazione on line domanda di variazione da parte del dipendente	trascurabile								
	16.3 redazione graduatorie e conseguente pubblicazione sul sito internet aziendale	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	16.4 trasformazione del rapporto di lavoro	trascurabile								
17. Diritto allo studio concessione benefici al personale dipendente	17.1 ricezione istanza dipendente	trascurabile								
	17.2 accoglimento/diniego	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	18.1 ricezione istanza dipendente	trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile

	18. Autorizzazione incarichi extra istituzionali a personale dipendente	18.2 successivo accoglimento/diniego	Concessione di autorizzazione anche in presenza di situazione di conflitto di interessi, di incompatibilità o in carenza del requisito dell'occupazionalità	4.12 basso	Il processo tende a fare una verifica interna puntuale circa il coinvolgimento del dipendente in altre procedure che possano determinare resistenza di conflitto di interesse, nonché, di incompatibilità o di concorrenza con l'attività istituzionale.	alto	costante	mantenimento	tempestivo / sistematico	U.O.C. Farmacia / U.O.C. Gestione Acquisti e Logistica / Direttore UOC Risorse Umane	bassa
	19. Gestione infortuni sul lavoro e malattie professionali		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	20. L.104/92 - prima applicazione		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	21. Sostituzione del direttore di Struttura Complessa		trascurabile	trascurabile						Direttore Sanitario/Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	22. Gestione SMART WORKING Ordinario in emergenza sanitaria		abuso dello Smart Working	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	deliberazione n. 1139 del 23/12/2019 ha adottato il Regolamento per la sperimentazione dello Smart Working come modalità di lavoro flessibile, finalizzata alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale dipendente. In coerenza 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" Deliberazione n. 83 del 29/11/2021 ha approvato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA). Applicazione provvedimenti ministeriali per semplificare l'accesso allo Smart Working e diffonderne l'utilizzo nella PA	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Nuova mappatura delle attività	vedere POLA	vedere POLA	Direttore UOC Risorse Umane -SIA	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019
SPECIALISTI AMBULATORIALI	22. Attribuzione ore a tempo determinato - a tempo indeterminato, cessazione incarico, riduzione ore, aspettative, a tempo indeterminato liquidazione premio di operosità connesso al rapporto convenzionale		Falsificazione delle ore di lavoro effettuate, dei giorni di presenza e attribuzione di voci aggiuntive liquidabili non dovute. Discrezionalità nell'attribuzione degli importi e mancato rispetto dei vincoli imposti dalla contrattazione.	2.33 basso	Controllo mensile sulla base di stampe prodotte da software gestionale HR. Tutti gli altri processi sono puntualmente motivati. L'accantonamento della quota del premio di operosità, dopo essere stata liquidata, viene rendicontata in bilancio.	alto	mantenimento procedura	mantenimento	costante	Direttore UOC Risorse Umane	bassa
LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA	23. CONVENZIONI ATTIVE - STRUTTURE DEL SSN O ACCREDITATE		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	24. CONVENZIONI ATTIVE - STRUTTURE PRIVATE		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
25. Attività libero professionale (soggetta ad aggiornamenti da parte del RPCT)	25.1. autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale intramuraria (ALPI) 2. svolgimento effettivo dell'attività		fatte dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramuraria allargata rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profili inebriati, a vantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	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 invio dei monitoraggi trimestrali alle strutture regionali preposte, separazione del tempo/uomo dedicato alla libera professione intramuraria (imbituratura causalizzata) sulla base delle indicazioni pervenute da Regione Lombardia adottate a seguito della relazione del Comitato dei Controlli regionali	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Monitoraggio attività libero professionale	verifica	costante	Direttore UOC Risorse Umane Direzione Mediche Direzione Sanitaria	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019
	25.2. svolgimento effettivo dell'attività		rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profili inebriati, a vantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio		Funzione e supporto dell'attività libero professionale denominata Ufficio Aziendale Libera Professione (UALP), con funzioni di indirizzo, gestione e di marketing, al fine di coordinare e omogeneizzare tutte le competenze connesse alla progettazione, gestione, rilevazione e controllo della attività libero-professionali erogate dall'Azienda.		Verifica del rispetto dei volumi	verifica del rispetto dei volumi - percentuale attività libero professionale/attività ordinaria	trimestrale		
26. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE (ANNUALE E PERIODICA)			trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile
	27. RELAZIONI SINDACALI E CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE		trascurabile	trascurabile						Delegazione di parte pubblica	trascurabile
	28. FLUSSI INFORMATIVI ISTITUZIONALI (MINISTERIALI E REGIONALI)		trascurabile	trascurabile						Direttore UOC Risorse Umane	trascurabile

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'	
1		RILEVAZIONI, ANALISI E TRADUZIONE DEL FABBISOGNO IN PIANO FORMATIVO Individuazione delle esigenze formative per lo sviluppo professionale del personale a supporto degli obiettivi nazionali/regionali ed aziendali e della congruenza con il dossier dei diversi Dipartimenti/Servizi;	1.1 Avvio Rilevazione del fabbisogno formativo a livello Dipartimentale (incontri per definizione e confronto metodologica, invio schede e indicazioni);	Faviosa valutazione del fabbisogno	4.5 basso		alto	Mantenimento della procedura	Conferma della congruità e dell'attinenza dell'offerta formativa da parte di tutti gli interlocutori coinvolti	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa	
			1.2 Analisi, controllo, verifica dell'esito e della coerenza della raccolta con riferimento agli obiettivi nazionali/regionali ed aziendali e della congruenza con il dossier dei diversi Dipartimenti/Servizi;	Faviosa valutazione del fabbisogno	4.5 basso	Procedura 6.2 002 rev 2 per rilevazione Procedura 6.2 005 rev 2 per gestione Collegialità nella definizione del Piano formativo Rilevazione del fabbisogno formativo in fase di avvio e attualmente in fase 1.1 "Avvio Rilevazione del fabbisogno formativo a livello Dipartimentale"	alto	Mantenimento della procedura	Conferma della congruità e dell'attinenza dell'offerta formativa da parte di tutti gli interlocutori coinvolti	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa	
			1.3 Traduzione del fabbisogno in Piano Formativo; individuazione condivisa con la Direzione Strategica dei criteri di traduzione delle necessità, bisogni di formazione individuali, nella nuova pianificazione;	Faviosa valutazione del fabbisogno	4.5 basso		alto	Mantenimento della procedura	Conferma della congruità e dell'attinenza dell'offerta formativa da parte di tutti gli interlocutori coinvolti	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa	
			1.4 Verifica con il Comitato Scientifico della congruità del Piano con i profili professionali presenti in Azienda;	Inadeguata verifica per trarre vantaggi	4.3 basso		alto	Mantenimento della procedura	Conferma della congruità e dell'attinenza dell'offerta formativa da parte di tutti gli interlocutori coinvolti	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa	
			1.5 Trasmissione della nuova programmazione al Direttore delle Risorse Umane per acquisizione parere OOSS;	trascurabile	trascurabile								trascurabile
			1.6 Definizione Piano formativo aziendale	Faviosa impostazione	4.5 basso	Procedura 6.2 002 rev 2 per rilevazione Procedura 6.2 005 rev 2 per gestione Collegialità nella definizione del Piano formativo	alto	Mantenimento della procedura	Conferma della congruità e dell'attinenza dell'offerta formativa deliberata da parte di tutti gli interlocutori coinvolti	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa	

2	ACCREDITAMENTO ANNUALE DELL'AZIENDA COME PROVIDER Predisposizione e caricamento sul Portale regionale ECM della documentazione richiesta per soddisfare i requisiti di accreditamento previsti per i Provider regionali Lombardi e inserimento degli eventi	2.1 Predisposizione e caricamento sul Portale regionale ECM della documentazione richiesta per soddisfare i requisiti di accreditamento previsti per i Provider regionali Lombardi e inserimento degli eventi 2.2 Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento istruttorio, riguardante la conformità della documentazione presentata relativamente al Piano Formativo	trascurabile trascurabile	trascurabile						trascurabile
3	GESTIONE PIANO FORMATIVO AZIENDALE CONFERIMENTO INCARICHI PER DOCENZE A PROFESSIONISTI INTERNI ED ESTERNI : programmazione, pianificazione, organizzazione ed eventuale accreditamento di un evento formativo	3.1 Definizione provvedimenti e gestione rapporti finalizzati alla realizzazione di iniziative di formazione deliberate dal Direttore Generale; incarico docenti, reclutamento partecipanti, corrispondenza con amministrazioni ed esterni per l'utilizzo di sale, materiale didattico ecc.; corrispondenza con eventuali sponsor, pubblicazione degli eventi; 3.2 Provvedimenti finalizzati all'organizzazione di iniziative formative ricomprese nel PFA e/o valutate dalla Direzione Strategica, comportanti spese nei limiti di cui alla delibera n.717/17 "Corsi di formazione, perfezionamento, aggiornamento: principi generali in ambito di docenze esterne e relativi compensi" (Incarico docenti, reclutamento partecipanti, corrispondenza con amministrazioni ed esterni per l'utilizzo di sale, materiale didattico ecc.; pubblicazione degli eventi); 3.3 Inserimento delle iniziative nel sistema informativo regionale al fine dell'accREDITamento degli stessi;	conferimento incarico di docenza a persona senza requisiti, favorendo professionisti, garantendo un ingiusto profitto o utilità per sé o altri conferimento incarico di docenza a persona senza requisiti, favorendo professionisti, garantendo un ingiusto profitto o utilità per sé o altri	5,83 basso 5,83 basso	alto alto	Mantenimento della procedura Mantenimento della procedura	100% controlli su conferimento incarichi 100% controlli su conferimento incarichi	costante costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa bassa
4	STIPULA CONTRATTI DI SPONSORIZZAZIONE PER EVENTI FORMATIVI Gestione e perfezionamento delle richieste di sponsorizzazione di un evento formativo, in specifico contratto tra le parti, nel quale si stabiliscono i termini, le condizioni e la finalità del contributo (non sempre economico) corrisposto dallo sponsor	4.1 Definizione contratto di sponsorizzazione; 4.2 Stipula contratto	elargizione di liberalità o contratti di sponsorizzazioni da parte di privati con il fine di assecondare finalità diverse da quelle ufficiali (es. garantire una remunerazione in modo celato o di ottenere un indebito beneficio) elargizione di liberalità o contratti di sponsorizzazioni da parte di privati con il fine di assecondare finalità diverse da quelle ufficiali (es. garantire una remunerazione in modo celato o di ottenere un indebito beneficio)	5,25 basso 5,25 basso	alto alto	Verificare che le attività proposte programmate rientrino nell'ambito degli interessi aziendali Definire linee guida aziendali Gestione condivisa con l'UOC Economico Finanziaria delle risorse acquisite con sponsorizzazione e specificatamente finalizzate	100% controlli su richieste di sponsorizzazione 100% controlli su richieste di sponsorizzazione	costante costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa bassa
5	GESTIONE DELLA PIATTAFORMA E-LEARNING AZIENDALE L' erogazione di eventi formativi attraverso la piattaforma e-learning aziendale presuppone interventi, per lo più di help desk e consulenza, a supporto dell'utente	5.1 Individuazione dei partecipanti e iscrizione degli stessi in piattaforma; attività di help desk e consulenza a supporto dell'utente	inesatta individuazione dei partecipanti	2,80 basso	alto	Mantenimento della procedura	Assenza di osservazioni e/o reclami	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa
6	CHIUSURA EVENTO FORMATIVO A conclusione dell'evento formativo, oltre a curare gli aspetti di valutazione del percorso (Customer Satisfaction, apprendimento e risultato, ricadute in termini organizzativi e di comportamento), si procede agli aspetti formali: registrazione dei partecipanti, rilascio attestazioni, invio riepiloghi e riepiloghi ECM verso le strutture preposte (ECM, SMART, Cognapi) secondo le modalità richieste, pagamento docenti, strutture o materiali, etc...	6.1 Analisi e elaborazione dei dati relativi alla valutazione dei percorsi (Customer Satisfaction, apprendimento e risultato, ricadute in termini organizzativi e di comportamento); registrazione dei partecipanti, rilascio attestazioni, pagamento docenti, strutture o materiali, etc... 6.2 Trasmissione al CoGeAPS e alla Regione, Ente accreditante dei flussi relativi ai crediti formativi secondo le modalità e i tempi definiti.	Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione interna aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto guadagno o altra utilità	2,9 basso trascurabile	alto trascurabile	Controlli a campione incrociati con altre UO OO (es. Ufficio rilevazione assenze presenze) Fogli firme inviati a Settore Rilevazione presenze (UOC Risorse Umane)	100% controlli	costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa trascurabile
7	RELAZIONE ATTIVITA' ANNUALE Analisi e elaborazione statistica dei dati relativi alla formazione aziendale (in e fuori sede) o volontaria e delle attività legate alla struttura: piattaforma e-learning, biblioteca aziendale, portale web	7.1 Analisi e elaborazione statistica dei dati relativi alla formazione aziendale (in e fuori sede) o volontaria e delle attività legate alla struttura: piattaforma e-learning, biblioteca aziendale, portale web; 7.2 Trasmissione all'ente accreditante della relazione sulle attività formative svolte durante l'anno, entro i termini stabiliti.	trascurabile trascurabile	trascurabile	trascurabile	trascurabile	trascurabile	trascurabile	trascurabile	trascurabile
8	AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO FUORI SEDE Gestione della formazione obbligatoria fuori sede secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalla relativa procedura aziendale, dalla raccolta e valutazione delle richieste, al perfezionamento dei provvedimenti autorizzativi necessari per l'accesso alle diverse attività formative esterne, che si concludono con la registrazione nel gestionale in ricordo con altri servizi aziendali	8.1 Acquisizione delle richieste dei Responsabili di autorizzare operatori a partecipare ad iniziative di aggiornamento obbligatorio esterno all'Azienda particolarmente significative per l'attività di servizio; 8.2 verifica dei requisiti richiesti dalle procedure/regolamenti; 8.3 adozione dei provvedimenti di autorizzazione per richieste di aggiornamento non comportanti spese d'iscrizione o comunque spese fino a 500 € 8.4 adozione dei provvedimenti di autorizzazione per richieste comportanti spese d'iscrizione oltre i 500 € 8.5 notifica al dipendente autorizzato e ai Responsabili di competenza	1) Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione obbligatoria aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità 2) Implementazione di eventi formativi col fine di celare un ingiusto guadagno o altra utilità per sé o altri	4 basso 4 basso 4 basso 4 basso trascurabile	alto alto alto alto trascurabile	mantenimento procedura mantenimento procedura mantenimento procedura mantenimento procedura	100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute	costante costante costante costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa bassa bassa bassa
9	AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO FUORI SEDE Gestione della formazione facoltativa fuori sede secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalla relativa procedura aziendale, dalla raccolta, valutazione e autorizzazione delle richieste alla registrazione nel gestionale in ricordo con altri servizi aziendali	9.1 Acquisizione richieste di autorizzazione alla partecipazione ad iniziative formative con l'utilizzo degli istituti contrattualmente previsti per l'aggiornamento facoltativo comunque connesso all'attività di servizio; 9.2 Acquisizione del parere dei Responsabili preposti 9.3 Verifica della sussistenza dei requisiti previsti e regolamentari (completezza, correttezza, pertinenza, compatibilità, dichiarazioni assenza conflitto d'interesse per partecipazioni sponsorizzate) 9.4 Autorizzazione	1) Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione facoltativa o obbligatoria aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità 2) Implementazione di eventi formativi col fine di celare un ingiusto guadagno o altra utilità per sé o altri	4 basso 4 basso 4 basso 4 basso	alto alto alto alto	mantenimento procedura mantenimento procedura mantenimento procedura mantenimento procedura	100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute	costante costante costante costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa bassa bassa bassa
10	COMANDO Gestione delle procedure di comando, secondo le modalità previste dalla normativa vigente, dalla raccolta e valutazione delle richieste, al perfezionamento dei provvedimenti autorizzativi necessari per l'accesso alle strutture esterne	10.1 Verifica della sussistenza dei presupposti previsti dalla normativa contrattuale per la concessione del comando e l'esistenza di un interesse aziendale a che il dipendente compia studi speciali o acquisisca tecniche particolari onde garantire il miglior funzionamento del servizio in cui opera. 10.2 In relazione all'interesse viene determinata la durata del comando e la misura del trattamento economico di durata; 10.3 Il Dirigente adotta il provvedimento di autorizzazione al comando	1) Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione facoltativa o obbligatoria aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità 2) Implementazione di eventi formativi col fine di celare un ingiusto guadagno o altra utilità per sé o altri	3,5 basso 3,5 basso 3,5 basso	alto alto alto	mantenimento procedura mantenimento procedura mantenimento procedura	100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute 100% di controllo su richieste pervenute	costante costante costante	Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento Responsabile UOS Formazione e Aggiornamento	bassa bassa bassa

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxi)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
												trascurabile
	11	GESTIONE DELL'ATTIVITA' DELLA BIBLIOTECA AZIENDALE Gestione dell'accesso alla letteratura EBM (Evidence Based Medicine) attraverso il sistema SBBL e altre banche dati e supporto alla ricerca bibliografica	10.4 Notifica all'Azienda o Ente presso cui il Dipendente sarà comandato	trascurabile	trascurabile							trascurabile
			11.1 Supporto bibliografico e di ricerca scientifica all'attività di aggiornamento professionale degli operatori	trascurabile	trascurabile							trascurabile
STRUTTURA ORGANIZZATIVA: GESTIONE AMMINISTRATIVA INTEGRATA												
	1	Procedura per il recupero del credito per prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Servizio Sanitario Nazionale e di Libera Professione nonché di prestazioni amministrative mediante ATTO DI DIFFIDA	1.1 elaborare il report delle prestazioni erogate e non pagate 1.2 richiedere alla UIJOO interessate copia delle prescrizioni mediche e piani di lavoro; 1.3 emettere gli atti di diffida	non sanare o sanare impropriamente per tramite profitto	4 basso	Codice di comportamento Delibera n. 499 del 9.08.2006 "Approvazione del Regolamento dell'attività di recupero crediti" Delibera 645 del 04.09.2008 "Revisione della procedura per il recupero dei crediti derivanti dal mancato pagamento dei ticket sanitari e di altre prestazioni rivolte all'utenza" Report informatizzato numero atti di diffida annullati sprovvisti di motivazione Condivisione cartelle di lavoro tra gli operatori Con Delibera n. 898 del 21/10/2019 è stato approvato il PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' (PAC) DEL BILANCIO DELL'ASST DI BERGAMO EST: ADOZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE ALL'AREA F) CREDITI E RICAVI E G) DISPONIBILITA' LIQUIDE	medio	Misure da adottare: Attività di sensibilizzazione agli operatori coinvolti nel processo	Report informatizzato: numero atti di diffida annullati sprovvisti di motivazione	Report trimestrale	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	medio/bassa
	2	Procedura per il recupero del credito per prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Servizio Sanitario Nazionale e di Libera Professione mediante AVVISO DI PAGAMENTO.	2.1 le UIJOO di laboratorio d'analisi procedono: - elaborare il report delle prestazioni erogate e non pagate; - validare/verificare le accettazioni. 2.2 il settore recupero crediti procede: - elaborare i documenti di pagamento non emessi; - emettere gli avvisi di pagamento.	non sanare o sanare impropriamente per tramite profitto	4 basso	Codice di comportamento Condivisione cartelle di lavoro tra gli operatori Con Delibera n. 898 del 21/10/2019 è stato approvato il PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' (PAC) DEL BILANCIO DELL'ASST DI BERGAMO EST: ADOZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE ALL'AREA F) CREDITI E RICAVI E G) DISPONIBILITA' LIQUIDE	medio	Misure da adottare: Attività di sensibilizzazione agli operatori coinvolti nel processo	Report informatizzato: numero lettere di invito a pagare annullate sprovviste di motivazione	Report trimestrale	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	medio/bassa
	3	Procedura per il recupero del credito per prestazioni ambulatoriali erogate in regime di Servizio Sanitario Nazionale e di Libera Professione mediante ISCRIZIONE A RUOLO di atti di diffida insoluti	3.1 Ogni atto di diffida emesso e non pagato viene iscritto a ruolo mediante il portale agenzia delle entrate - riscossione.	non sanare o sanare impropriamente per tramite profitto	4 basso	Codice di comportamento Condivisione cartelle di lavoro tra gli operatori Con Delibera n. 898 del 21/10/2019 è stato approvato il PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' (PAC) DEL BILANCIO DELL'ASST DI BERGAMO EST: ADOZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE ALL'AREA F) CREDITI E RICAVI E G) DISPONIBILITA' LIQUIDE	medio	Misure da adottare: Attività di sensibilizzazione agli operatori coinvolti nel processo	Report informatizzato: numero di iscrizioni a ruolo disaccettate sprovviste di motivazione	Report trimestrale	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	medio/bassa
	4	Istanza inoltrata all'ufficio anagrafe comunale relativa a STATI DI FAMIGLIA e di RESIDENZA per iscrizioni a ruolo di minori e per altro secondo invio di atti di diffida irregolari.	4.1 All'occorrenza, l'ufficio inoltra tramite protocollo pec, alle amministrazioni comunali di competenza, la richiesta di stato di famiglia/residenza del soggetto debitore.	trascurabile	trascurabile							trascurabile
	5	Procedura per il recupero degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate a favore di cittadini stranieri COMUNITARI o di PAESI CONVENZIONATI	5.1 Mensilmente, i servizi di front office, accettazione specialisti e di pronto soccorso inoltrano la documentazione, come previsto dalla modalità operativa aziendale, alla direzione sanitaria ospedaliera di riferimento o alla UIOS Gestione Amministrativa Integrata 5.2 Il settore stranieri procede alla verifica della documentazione e del corretto inserimento del regime di erogazione sulla scorta della documentazione ricevuta dalle UIJOO di competenza 5.3 Per le prestazioni di ricovero: mensilmente, il settore stranieri riceve dai Flussi Informativi l'elenco dei dimessi - Onere degenza 9 - suddiviso per ospedale e dall'UOC Economico Finanziaria l'elenco dei dimessi - Onere degenza 7, 8 e 9 riieplogativo delle sedi ospedaliere e comprensivo del DRG. 5.4 Per le prestazioni ambulatoriali: mensilmente, il settore stranieri riceve dai Flussi Informativi l'elenco delle prestazioni ambulatoriali - Onere 7 - suddiviso per ospedale/poliambulatorio. 5.5 L'ufficio ultimata l'attività di competenza, trasmette al Dipartimento PAC Servizio NAPS dell'ASST di Bergamo le pratiche relative ai ricoveri e all'ambulatoriale assoggettate al recupero.	mancata raccolta della documentazione (rischio aziendale di non recupero oneri presso ATS) o improprio inserimento negli applicativi in uso (rischio aziendale e/o profitto personale o di terzi)	5.5 basso	Circolare Ministero della Salute prot. 7366 del 20.03.2012 Nota AdB prot. U0037478/II del 07.02.2017 Circolare ASL Bg Prot. U0083449 del 11.07.2014 Nota operativa interna indirizzata a UIJOO, interessate dal processo Ricezione da parte dei flussi informativi e dell'UOC Economico Finanziaria dei report relativi all'attività ambulatoriale e di ricovero Controllo incrociato da parte dell'Ufficio tra i flussi e le pratiche agli atti In caso di difformità le pratiche mancanti vengono richieste alle UIJOO interessate. Procedura in uso. Procedura GAI PG 7.5 001	alto	mantenimento procedura	Corrispondenza tra il report dei flussi informativi mensile per i ricoveri e trimestrale per l'ambulatoriale e la documentazione agli atti	Report flussi: mensile sia per i ricoveri che per l'ambulatoriale	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	bassa
	6	Procedura per il recupero degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate a favore di cittadini stranieri EXTRACOMUNITARI (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP)	6.1 Mensilmente, i servizi di front office, accettazione specialisti e di pronto soccorso inoltrano la documentazione, come previsto dalla modalità operativa aziendale, alla direzione sanitaria ospedaliera di riferimento o alla UIOS Gestione Amministrativa Integrata 6.2 Il settore stranieri procede alla verifica della documentazione e del corretto inserimento del regime di erogazione sulla scorta della documentazione ricevuta dalle UIJOO di competenza 6.3 Per le prestazioni di ricovero: mensilmente, il settore stranieri riceve dai Flussi Informativi l'elenco dei dimessi - Onere degenza 9 - suddiviso per ospedale e dall'UOC Economico Finanziaria l'elenco dei dimessi - Onere degenza 8 e 9 riieplogativo delle sedi ospedaliere e comprensivo del DRG. 6.4 Per le prestazioni ambulatoriali: ogni quadrimestre, il settore stranieri riceve dai Flussi Informativi l'elenco delle prestazioni ambulatoriali - Onere 9 - suddiviso per ospedale/poliambulatorio.	mancata raccolta della documentazione (rischio aziendale di non recupero oneri - in fase di definizione)	3.5 basso	In attesa di indicazioni da parte di Regione Lombardia per la gestione del 01.01.2017 come da nota del Ministero dell'Interno prot. n. 436 del 13.01.2017 e della Circolare di Regione Lombardia prot. n. 23479 del 30.01.2017 Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24.03.2000 Nota aziendale del 02.10.2007 Nota operativa interna indirizzata alle UIJOO, interessate dal processo Ricezione da parte dei flussi informativi e dell'UOC Economico Finanziaria dei report relativi all'attività ambulatoriale e di ricovero Controllo incrociato da parte dell'Ufficio tra i flussi e le pratiche agli atti In caso di difformità le pratiche mancanti vengono richieste alle UIJOO interessate.	alto	Misure da adottare: Aggiornamento procedura	Corrispondenza tra il report dei flussi informativi mensile per i ricoveri e trimestrale per l'ambulatoriale e la documentazione agli atti	Report flussi: mensile sia per i ricoveri che per l'ambulatoriale	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	bassa
	7	Procedura per il recupero degli oneri relativi alle prestazioni ambulatoriali di ricovero erogate in regime di Servizio Sanitario Nazionale a favore di cittadini del Ministero della Salute: S.A.S.N. (Servizio Assistenza Sanitaria Navighanti)	7.1 Mensilmente, i servizi di front office, di accettazione specialisti e di pronto soccorso, inoltrano la documentazione, come previsto dalla modalità operativa aziendale, al settore stranieri. 7.2 Il settore stranieri provvede all'ispesimento delle attività di verifica di competenza e all'invio dell'istanza di recupero al Ministero della Salute - S.A.S.N. di Genova per le prestazioni ambulatoriali e S.A.S.N. di Trieste per le prestazioni di ricovero. 7.3 A conclusione, l'ASST riceve dal S.A.S.N. di riferimento il nulla osta per procedere con l'emissione delle fatture (a cura dell'UOC Economico Finanziaria)	mancata raccolta della documentazione (rischio aziendale di non recupero oneri)	5.75 basso	Circolare ASL prot. U92856 del 18.07.2002 Circolare Ministero della Salute prot. 3556 del 04.05.2015 Richiesta a campione del flusso S.A.S.N. all'Ufficio Flussi Informativi Procedura GAI PG 7.5 001	alto	Misure da adottare: Invio continuativo del flusso da parte dell'Ufficio Flussi Informativi	Corrispondenza tra il report dei flussi informativi e la documentazione agli atti	Report flussi: mensile	Responsabile S.S. Gestione Amministrativa Integrata	bassa
				trascurabile	trascurabile							trascurabile

8	FRONT OFFICE (CUP) GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE relative all'attività ambulatoriale resa in regime del SSN e libera professionale	Prenotazione di prestazioni ambulatoriali su agende informatizzate (in regime di SSN e libera professione)	In caso di rinuncia della prestazione da parte dell'utente sostituzione di altro nominativo a favore proprio o di terzi (in SSN e LP) opportunistic allungamenti dei tempi di attesa in attività condotta in regime istituzionale	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Esposizione nelle sale d'attesa e sul sito internet aziendale della lista dei liberi professionisti Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Nota operativa: rafforzamento diffusione di indicazioni comportamentali e sensibilizzazione dei dipendenti Sensibilizzazione del Referente a sovrintendere a episodi di parzialità nella gestione dell'agenda e nella scelta dello specialista. Possibilità di effettuare la revoca della prestazione in LP tramite indirizzo e-mail dedicato numero telefonico dedicato. In attesa di adesione al CCR per attività di prenotazione/eposamento e revoca in LP. Possibilità di effettuare la revoca della prestazione in SSN tramite indirizzo e-mail e tramite canali esterni (CCR, farmacia e Internet - Privato cittadino).					medio/bassa
			Indicazioni non corrette rilasciate al paziente in merito alle modalità e tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali, con possibilità di lavoro fattiva in LP dei singoli professionisti rispetto a quella in SSN	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Mantenimento della differenziazione dei percorsi di prenotazione telefonica, mezzo e-mail e front office ludove presenti sportelli dedicati. Formazione e rafforzamento delle indicazioni comportamentali per gli operatori addetti - Codice di comportamento; Sensibilizzazione del Referente C.U.P. a sovrintendere a episodi di parzialità nella gestione dell'agenda e nella scelta dello specialista e a comportamenti/segnalazioni/episodi anomali Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Nota operativa: diffusione di indicazioni comportamentali e sensibilizzazione dei dipendenti Sensibilizzazione del Referente a sovrintendere a episodi di parzialità nella gestione dell'agenda e nella scelta dello specialista e a comportamenti/segnalazioni/episodi anomali				medio/bassa	
			Indirizzo dell'utente verso l'attività libera professionale esercitata da uno specifico specialista aziendale	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Esposizione nelle sale d'attesa e sul sito internet aziendale della lista dei liberi professionisti Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Nota operativa: diffusione di indicazioni comportamentali e sensibilizzazione dei dipendenti Sensibilizzazione del Referente a sovrintendere a episodi di parzialità nella gestione dell'agenda e nella scelta dello specialista. In attesa di adesione al CCR per attività di prenotazione/eposamento e revoca				medio/bassa	
			Accordo tra l'operatore ed il professionista nell'esercizio di attività libera professionale, nel reclutamento di utenti ai di fuori dei canali istituzionali, senza prevederne la registrazione negli applicativi aziendali per vantaggio personale e del singolo professionista	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Nota operativa: rafforzamento delle indicazioni comportamentali e sensibilizzazione dei dipendenti Sensibilizzazione del Referente a sovrintendere a episodi di parzialità nella gestione dell'agenda e nella scelta dello specialista. In attesa di adesione al CCR per attività di prenotazione/eposamento e revoca	a) Rilevazione semestrale su ciascuna sede ospedaliera cup di 10 ricette per controllo a campione (per un totale di 120 controlli annui) per prestazioni ambulatoriali erogate in regime di SSN b) Verifica semestrale di n. 5 piani di lavoro di prestazioni ambulatoriali erogate in regime di LP, per ciascuna sede, per verificare la congruenza tra quanto riportato nei pdi e quanto rendicontato		semestrale		medio/bassa
			Assegnazione di appuntamento in agenda informatizzata con classe di priorità più alta di quella prevista dall'impegnativa. Liste d'attesa: trattamento di favore (prenotazioni con tempi più brevi)	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Misure da adottare: Nota operativa: rafforzamento delle indicazioni comportamentali ai dipendenti Sensibilizzazione del Referente C.U.P. a sovrintendere a comportamenti/segnalazioni/episodi anomali A seguito della diffusione della ricetta elettronica, si è richiesto un'implementazione dell'applicativo per non consentire all'operatore una modifica manuale del tipo di priorità. Facoltà dell'utente di provvedere alla prenotazione attraverso l'uso dei canali esterni (CCR, farmacie e Internet - privato cittadino)				medio/bassa	
			Registrazione di prestazioni diverse da quelle prescritte sull'impegnativa al fine di diminuire il valore del ticket da corrispondere, a favore proprio o di terzi	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Misure da adottare: Nota operativa: rafforzamento delle indicazioni comportamentali ai dipendenti Sensibilizzazione del Referente C.U.P. a sovrintendere a comportamenti/segnalazioni/episodi anomali Rilevazione semestrale su ciascuna sede ospedaliera cup di numero 10 ricette per controllo a campione (per un totale di 120 controlli annui)				medio/bassa	
			manipolazione impegnativa RUP con apporzione di esenzione non posseduta al fine di non corrispondere il ticket, a favore proprio o di terzi	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Misure da adottare: Nota operativa: rafforzamento diffusione di indicazioni comportamentali ai dipendenti Sensibilizzazione Referente C.U.P. a sovrintendere a comportamenti/segnalazioni/episodi anomali La progressiva implementazione della ricetta elettronica, non consentirà all'operatore di intervenire manualmente. Facoltà dell'utente di provvedere alla prenotazione attraverso l'uso dei canali esterni (CCR, farmacie e Internet - privato cittadino)				medio/bassa	
			Effettuazione storno di cassa per prestazione erogata già pagata dall'utente con appropriazione della somma risultante dall'operazione	5 basso	Ogni operatore stampa mensilmente l'elenco degli storni effettuati. Il referente C.U.P. procede a verificare la correttezza/congruità della documentazione presentata rispetto all'erogazione effettuata tramite l'applicativo CUP; procede altresì alla verifica che lo storno sia controfirmato dal cittadino o suo delegato e che sia corredato dal documento di identità dell'interessato e in caso di delega anche del delegato. Archiviazione mensile presso il C.U.P. di riferimento per eventuali consultazioni. Procedure interne relative alla verifica: 1) della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP; 2) della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure di cui ai punti 1) e 2). Procedura e verbali delle verifiche allegati al presente documento. Sono state effettuate le verifiche e redatti verbali relativamente alle procedure "Verifica della correttezza dell'attività di prenotazione/registrazione dei CUP e "Verifica della corretta rendicontazione dei CUP dell'attività libera professionale".	medio	Misure da adottare: Rilevazione semestrale su ciascuna sede ospedaliera cup di numero 10 ricette per controllo a campione (per un totale di 120 controlli annui)				medio/bassa	
Dichiarazione di ammanco di cassa con appropriazione della somma riscossa	5 basso	Codice di comportamento - modalità comportamentali - sensibilizzazione Al verificarsi dell'episodio, l'operatore deve dare immediata comunicazione scritta al Responsabile. A fine mese la medesima comunicazione viene rilevata nel prospetto "Modulo gestione cassa mensile" inoltrato a UOC Economico - Finanziaria	medio	Misure da adottare: Nota operativa: rafforzamento delle indicazioni comportamentali ai dipendenti Quantificazione su base annuale degli ammanchi in Incontro alla Direzione Amministrativa per i provvedimenti di competenza	Quantificazione annuale degli ammanchi		annuale		medio/bassa			
Rimborso agli utenti di prestazioni sanitarie non erogate		Effettuare falsi rimborsi agli utenti con la causale prestazione non erogata, sottraendo alle casse aziendali il relativo importo	5 basso	Ogni operatore stampa mensilmente l'elenco degli storni effettuati. Il referente C.U.P. procede a verificare la correttezza/congruità della documentazione presentata rispetto all'erogazione effettuata tramite l'applicativo CUP; procede altresì alla verifica che lo storno sia controfirmato dal cittadino o suo delegato e che sia corredato dal documento di identità dell'interessato e in caso di delega anche del delegato. Archiviazione mensile presso il C.U.P. di riferimento per eventuali consultazioni. E' stato effettuato il monitoraggio della corretta rendicontazione degli storni effettuati dal CUP	medio	Mantenimento della procedura in essere				medio/bassa		

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: UOC ECONOMICO FINANZIARIA

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Px)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione e stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
			1.1 raccolta documentazione	trascurabile	trascurabile							trascurabile
				Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità ecc) per il perseguimento di interessi diversi	3.33 basso	Automatismi contabili e percorso attivo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio (Previsione del bilancio (Rete Regione Lombardia)) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Preso atto del completamento del percorso attivo 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.	alto	Mantenimento procedura Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa
			1.2 elaborazione dati raccolti	Mancato rispetto dei vincoli di bilancio	3.33 basso	Automatismi contabili e percorso attivo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio (Previsione del bilancio (Rete Regione Lombardia)) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Preso atto del completamento del percorso attivo 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.	alto	Mantenimento procedura Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa

				Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio 3) redazione del bilancio (fonte Regione Lombardia) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autorizzazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa
		1.3 caricamento in Co.Ge. dei dati	trascurabile							
		1.4 compilazione dei documenti numerici sulla base di format regionali	trascurabile						trascurabile	
		1.5 compilazione dei documenti descrittivi sulla base di format regionali	trascurabile							
		1.6 revisione dei risultati con il DA ed il DG	trascurabile							
		1.7 adozione del provvedimento	trascurabile							
2	ADOZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO	2.1 raccolta documentazione	trascurabile						trascurabile	
		2.2 elaborazione dati raccolti	trascurabile							
		2.3 caricamento in Co.Ge. dei dati	trascurabile							
		2.4 compilazione dei documenti numerici sulla base di format regionali	trascurabile							
		2.5 compilazione dei documenti descrittivi sulla base di format regionali	trascurabile							
		2.6 revisione dei risultati con il DA ed il DG	trascurabile							
		2.7 adozione del provvedimento	trascurabile							
		3.1 raccolta documentazione	trascurabile						trascurabile	
				Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio 3) redazione del bilancio (fonte Regione Lombardia) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autorizzazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa
				Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio 3) redazione del bilancio (fonte Regione Lombardia) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autorizzazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa
				Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio 3) redazione del bilancio (fonte Regione Lombardia) Sono state adottate le procedure PAC Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autorizzazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa
3	CERTIFICAZIONE ECONOMICA TRIMESTRALE PERIODICA	3.3 compilazione dei documenti numerici sulla base di format regionali	trascurabile							
		3.4 compilazione dei documenti descrittivi sulla base di format regionali	trascurabile							
		3.5 revisione dei risultati con il DA ed il DG	trascurabile						trascurabile	

					9.5 medio	PAC - Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Verifica casata da parte del Collegio Sindacale ogni mese. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	medio/bassa
					9.5 medio	PAC - Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Verifica casata da parte del Collegio Sindacale ogni mese. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	medio/bassa
		8.5.3 trasmissione degli ordinativi al Tesoriere	trascurabile	trascurabile								trascurabile
9	TENUTA DELLE SCRITTURE CONTABILI E DEI REGISTRI RILEVANTI AI FINI DELLE IMPOSTE	9.1 Attività integrata negli applicativi contabili in uso.	Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non venute allo scopo di occultare fatti aziendali	6.33 medio	Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi; 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio (Riduzione del bilancio (Borle Regione Lombardia) Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	medio/bassa	
10	PRESENTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI FISCALI OBBLIGATORIE (Unico ENC, 770, IRAP, IVA)	10.1 raccolta documentazione 10.2 elaborazione dati raccolti 10.3 analisi istruzioni Agenzia Entrate e Riscossione 10.4 compilazione dichiarazioni 10.5 presentazione telematica delle dichiarazioni	trascurabile trascurabile trascurabile trascurabile trascurabile	trascurabile								trascurabile
11	CICLO ATTIVO (EMISSIONE FATTURE, GESTIONE DEI CREDITI, EMISSIONE ORDINATIVI DI RISCOSSIONE presso titolari di partita IVA)	Non garantire il corretto abbainamento tra incassi e relative quietanze di pagamento per garantire un ingiusto profitto per sé o altri	4.5 basso	Automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazione di RL. Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Pressa 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. Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio-sanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, da qui a fine anno, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate. L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio e rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni.	alto	Mantenimento procedura	come da procedura	costante	Direttore UOC Economico-Finanziaria	bassa		
12	EROGAZIONI LIBERALI NELL'EMERGENZA - COVID 19	Frude	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Art. 99 comma 5 del Decreto Legge n.18/2020 (cosiddetto "Decreto Cura Italia"), convertito con L. n.27/2020 Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 è stato rettificato il Regolamento per la disciplina dei progetti di sponsorizzazione delle donazioni, dell'acquisizione di beni in comodato d'uso gratuito ed in conto visione, approvato e successivamente modificato e integrato con le deliberazioni n. 525 del 17 giugno 2016, n. 526 del 27.10.2016, n. 106 del 27.12.2017 e n. 136 del 15/02/2018. Trasparenza: Pubblicazione rendicontazione in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza" Pubblicazione provvedimenti di accettazione donazioni per Covid-19 in Amministrazione Trasparente sezione "Interventi straordinari e di emergenza". Pubblicazione che a partire dal 16.10.2020 avviene tramite il flusso dal gestionale "delibere/determine". Segnalazione Interna (Whistleblowing)	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	Pubblicazione rendicontazione in ordine alle erogazioni liberali secondo istruzioni fornite da Anac con Comunicato del Presidente del 29/07/2020 e successiva integrazione del 07/10/2020	pubblicazione	rendicontazione trimestrale pubblicazione provvedimenti tempestiva	Direttore UOC Economico-Finanziaria	da valutare secondo nuova metodologia PNA 2019	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: SSD AFFARI GENERALI E LEGALI

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxi)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
1		ACCESSO AI DOCUMENTI DI PERTINENZA DELLA STRUTTURA: Diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi.	1.1 Verifica sussistenza presupposti di legge	omessa verifica dei presupposti di legge al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Regolamento aziendale per l'accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico (delib. n. 654 del 10.7.2017) Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condizione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura	Registro degli accessi pubblicato in amministrazione trasparente	costante	Resp. AAGLL	bassa
			1.2 Trasmissione della documentazione richiesta o diniego motivato in caso di rigetto nei termini di legge	omissione documentazione o ritardo nella trasmissione al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Regolamento aziendale per l'accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico (delib. n. 654 del 10.7.2017) Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condizione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura	Registro degli accessi pubblicato in amministrazione trasparente	costante	Resp. AAGLL	bassa
2		ACCESSO DATI PERSONALI DI PERTINENZA DELLA STRUTTURA: All'interessato compete l'esercizio dei diritti previsti dal Reg. UE n. 679/2016. L'Ufficio garantisce l'applicazione della normativa sulla tutela dei dati personali qualora l'istanza provenga da terzi (diversi dall'interessato).	2.1 Verifica sussistenza presupposti di legge	omessa verifica dei presupposti di legge al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condizione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura		costante	Resp. AAGLL	bassa
			2.2 Trasmissione della documentazione richiesta o diniego motivato in caso di rigetto nei termini di legge	omissione documentazione o ritardo nella trasmissione al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condizione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura		costante	Resp. AAGLL	bassa
			3.1 Verifica sussistenza presupposti di legge	omessa verifica dei presupposti di legge al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Regolamento aziendale per l'accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico (delib. n. 654 del 10.7.2017) Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condizione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura	Registro degli accessi pubblicato in amministrazione trasparente	costante	Resp. AAGLL	bassa

3	ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO" DI PERTINENZA DELLA STRUTTURA. Diritto di chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Ufficio, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.	3.2 Trasmissione della documentazione richiesta o diniego motivato in caso di rigetto	omissione documentazione o ritardo nella trasmissione al fine di agevolare alcuni soggetti	3 basso	Regolamento aziendale per l'accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico (delib. n. 654 del 10.7.2017) Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condivisione documentazione Pubblicazione in Amministrazione Trasparente del registro di accesso agli atti	alto	mantenimento procedura	Registro degli accessi pubblicato in amministrazione trasparente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
4	EVASIONE A ISTANZE E A ESPOSTI/RECLAMI /CONTESTAZIONI: A seguito della presentazione di un reclamo (inferito all'ambito di attività amministrative), in forma scritta da parte di un utente, viene aperta un'istruttoria al fine di fare chiarezza sul caso e fornire adeguata risposta all'interessato. L'avvio dell'istruttoria comporta la trasmissione della segnalazione ricevuta al Dirigente / Responsabile della Struttura coinvolta, con richiesta di spiegazione. In base al riscontro ottenuto, l'Ufficio predispone quindi la risposta all'utente. L'Ufficio evade inoltre le contestazioni pervenute da studi legali o collabora con LUOC interessate per il riscontro.	4.1 Indagine interna e verifica della normativa	Omissa verifica dei presupposti di legge Manipolazione documentazione al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità	3 basso	Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condivisione documentazione Registrazione di tutti i reclami attraverso il protocollo informatico	alto	mantenimento procedura	100% registrazioni dei reclami attraverso il protocollo informatico	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		4.2 Risposta motivata	Manipolazione documentazione agli atti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità	3 basso	Segregazione dei compiti con controllo da parte del superiore gerarchico Condivisione documentazione Registrazione di tutti i reclami attraverso il protocollo informatico	alto	mantenimento procedura	100% registrazioni dei reclami attraverso il protocollo informatico	costante	Resp. AAGLL	bassa	
5	RICHESTE RISARCIMENTO DANNI DA PARTE DI TERZI Gestione delle richieste risarcimento danni per casi di malpractice sanitaria e altri. Gestione diretta dei sinistri sotto soglia SIR - Gestione in associazione con il competente assicuratore per i sinistri oltre soglia SIR (Istruttoria, CVS, trattative, eventuale atto transattivo, predisposizione delibera di liquidazione, eventuale comunicazione di reiezione)	5.1 Invio, tramite Broker, della denuncia di sinistro EXTRA SIR o della segnalazione sinistro SIR al competente assicuratore (a seguito di richiesta risarcimento danni da parte di terzi)	trascurabile	trascurabile	trascurabile							trascurabile
		5.2 Istruttoria: acquisizione documentazione sanitaria e relazioni sull'evento	acquisizione parziale al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio a un determinato soggetto o categoria di soggetti	1,12 basso	Procedura Gestione Polizza RCTO - Gestione sinistri - Comitato Valutazione Sinistri (UFL PS 7.5 005)	alto	mantenimento procedura		costante	Resp. AAGLL	bassa	
		5.3 Nomina medico legale per la valutazione del caso istruito (per sinistri sotto soglia SIR) (acquisizione preventivo, predisposizione proposta di delibera)	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	3,79 basso	Condivisione della nomina con DS - Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse - pubblicazione Pavia PA - Regolamento patrocino legale (delib. n. 616 del 11.7.2018) - Pubblicazione avviso medici-legali e albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1147 del 28.12.2016) Ogni atto deliberativo (o determinazioni) è corredato di attestazione e CV per inserimento automatizzato in Amministrazione Trasparente verificabile sia in Civiltà che nel link. Aggiornamento elenco semestrale (in presenza di nuovi iscritti). Attestazione assenza incompatibilità	alto	mantenimento procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		5.4 Discussione caso in CVS, in composizione plenaria con il competente assicuratore per i sinistri extra sir	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		5.5 Avvio trattative (invio comunicazioni ex art. 13 L. n. 24/2017 ai sanitari coinvolti) o reiezione del sinistro	Uso improprio o distorsione della discrezionalità nella interlocuzione con la controparte ovvero ingiustificato trattamento di favore o di sfavore della controparte al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio a un determinato soggetto o categoria di soggetti	3,79 basso	Verifica tabelle puntuali su tutti i sinistri Garanzia dell'istruttoria (verbale) - Valutazione interdisciplinare da parte del CVS (verbale) - Valutazioni di 2° istanza dal raggruppamento interaziendale	alto	mantenimento procedura	100% verbali CVS motivati	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		5.6 Predisposizione atto transattivo	Uso improprio o distorsione della discrezionalità al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio a un determinato soggetto o categoria di soggetti	3,79 basso	Verbale CVS	alto	mantenimento procedura	100% importo transazioni autorizzate da CVS (verbale)	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		5.7 Trasmissione atto transattivo	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		5.8 Predisposizione proposta di delibera di liquidazione in esito alle trattative	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		5.9 Comunicazioni LUOC Economico-Finanziaria, Broker, Direzioni mediche.	trascurabile	trascurabile								trascurabile
6	RICHIESTA RISARCIMENTO CONNESSA AD UN ATTO GIUDIZIARIO: mediazione, atto di citazione, ricorso ex art. 696 bis c.p.c., apertura di procedimento penale etc. (secondo definizioni di polizza)	6.1 Trasmissione dell'atto al competente assicuratore per il tramite del Broker	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		6.2 Istruttoria: acquisizione documentazione sanitaria e relazioni sull'evento	acquisizione parziale al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio a un determinato soggetto o categoria di soggetti	3,25 basso	Procedura Gestione Polizza RCTO - Gestione sinistri - Comitato Valutazione Sinistri (UFL PS 7.5 005)	alto	mantenimento procedura		costante	Resp. AAGLL	bassa	
		6.3 Comunicazione di ricevimento atto ai sanitari coinvolti ex art. 13 L. n. 24/2017	invio parziale al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio a un determinato soggetto o categoria di soggetti	3,25 basso	Confronto con DS e/o Medico-legale	alto	mantenimento procedura		costante	Resp. AAGLL	bassa	
		6.4 Nomina legale a difesa dell'Azienda o dei dipendenti (acquisizione preventivo, predisposizione proposta di delibera)	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,79 basso	Condivisione della nomina con DA - Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse pubblicata su amministrazione trasparente - pubblicazione Pavia PA - Regolamento patrocino legale (delib. n. 616 del 11.7.2018) - Pubblicazione regolamento albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1117 del 23.12.2016) - Pubblicazione avviso medici-legali e albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1147 del 28.12.2016) Ogni atto deliberativo (o determinazioni) è corredato di attestazione e CV per inserimento automatizzato in Amministrazione Trasparente verificabile sia in Civiltà che nel link. Aggiornamento elenco semestrale (in presenza di nuovi iscritti) Attestazione assenza incompatibilità Trasparenza Pubblicazione in amministrazione trasparente	alto	mantenimento procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
6.5 Comunicazioni	trascurabile	trascurabile								trascurabile		
7	DENUNCE SINISTRI ALLE COMPAGNIE ASSICURATIVE (RCA - ALL RISKS - INFORTUNI): Denuncia dei sinistri coperti da polizze assicurative aziendali a seguito di formale richiesta da parte del terzo danneggiato (per terzo si intende sia l'utente esterno che interno)	7.1 Invio, tramite Broker, della denuncia di sinistro	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		7.2 Istruttoria: acquisizione documentazione sull'evento e trasmissione all'assicuratore - quantificazione del danno	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		7.3 Ricevimento atto di transazione da parte dell'assicuratore - verifica dell'importo proposto a rimborso - restituzione atto sottoscritto (per sinistri all risks)	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		7.4 Verifica liquidazione del danno	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		8.1 Ricevimento segnalazione sinistro (dipendente in missione con veicolo proprio o aziendale) - istruttoria	Dipendente dichiarato falso per far coprire i danni del proprio veicolo a spese dell'Azienda	3,25 basso	Procedura UFL PS 7.5 001 - Attestazione del Responsabile dell'effettivo stato di missione	alto	mantenimento procedura	100% attestazione del responsabile dell'effettivo stato di missione	costante	Resp. AAGLL	bassa	

8	LIQUIDAZIONE DANNI VEICOLO PROPRIO (MISSIONE); Gestione diretta in autorizzazione della copertura danni materiali veicoli aziendali e dipendenti in missione	8.2 Affidamento incarico al perito per la valutazione del danno in caso di preventivi > € 1.000,00	trascurabile considerata l'esiguità della spesa annua complessiva (€1.156,9 anno 2017)	trascurabile								trascurabile	
		8.3 Liquidazione ditta esecutrice dei lavori per i mezzi aziendali - Rimborso ai dipendenti per i veicoli propri	trascurabile										
9	RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI A TERZI PER DANNI AI BENI AZIENDALI; Gestione richieste risarcimento per danni ai beni aziendali	9.1 Ricevimento segnalazione del danno riportato in Azienda e del dati del terzo responsabile	trascurabile	trascurabile									trascurabile
		9.2 Quantificazione del danno	alterazione del danno al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio al danneggiante	3,25 basso	Garanzia dell'istruttoria - Condivisione delle cartelle informatiche all'interno dell'ufficio.	alto	mantenimento della procedura	100% denunce dei casi segnalati	costante	Resp. AAGLL			bassa
		9.3 Messa in mora dei responsabili	manca messa in mora per agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Garanzia dell'istruttoria - Condivisione delle cartelle informatiche all'interno dell'ufficio.	alto	mantenimento della procedura	acquisizione preventivi e fatture	costante	Resp. AAGLL			bassa
		9.4 Verifica della liquidazione del danno	manca definizione / definizione transattiva al fine di arrecare un vantaggio o uno svantaggio al danneggiante	4 basso	Garanzia dell'istruttoria - Condivisione delle cartelle informatiche all'interno dell'ufficio.	alto	mantenimento della procedura	100% definizione richieste azionate - transazioni approvate con deliberazione	costante	Resp. AAGLL			bassa
10	OPPOSIZIONE SANZIONI AMMINISTRATIVE E ORDINANZE INGIUNZIONI	10.1 Istruttoria e valutazione della sussistenza di presupposti per presentare scritti difensivi all'autorità competente ai fini dell'archiviazione o per proporre opposizione all'ordinanza-ingiunzione	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Verifica con Direzione strategica secondo competenza	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL			bassa
		10.2 Scritti difensivi/opposizione	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Verifica con Direzione strategica secondo competenza	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL			bassa
		10.5 In caso di esito negativo della procedura viene attivato il Responsabile dell'UOC Economico- Finanziaria per il pagamento della sanzione ed il Responsabile dell'UOC Gestione Risorse Umane per l'eventuale addebito sulle competenze stipendiali del dipendente responsabile dell'infrazione	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Delibera in caso di pagamento con oneri carico Ente	alto	mantenimento della procedura	100% pagamento sanzioni autorizzato con delibera	costante	Resp. AAGLL			bassa
11	SEGNALAZIONE CORTE DEI CONTI SINISTRI RCT LIQUIDATI CON ONERI A CARICO DELL'AZIENDA per ipotesi di danno erariale / MESSA IN MORA	11.1 Segnalazione del caso alla Corte dei Conti	manca segnalazione per agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio con controllo condiviso all'interno dell'Ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% segnalazioni	costante	Resp. AAGLL			bassa
		11.2 Messa in mora dei responsabili o dei soggetti coinvolti - Interruzione prescrizione	manca messa in mora per agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio con controllo condiviso all'interno dell'Ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% messe in mora	costante	Resp. AAGLL			bassa
12	SEGNALAZIONE CORTE DEI CONTI ATTIVITA' EXTRA LAVORO NON AUTORIZZATE / MESSA IN MORA a seguito di accertata violazione dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001	12.1 Istruttoria	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	4,33 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL			bassa
		12.2 Richiesta pagamento compensi percepiti Messa in mora	manca messa in mora per agevolare alcuni soggetti	4,33 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% messe in mora	costante	Resp. AAGLL			bassa
		12.3 Segnalazione del caso alla Corte dei Conti in caso di esito negativo della richiesta di pagamento	manca segnalazione per agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% segnalazioni	costante	Resp. AAGLL			bassa
13	ESECUZIONE DELLE SENTENZE DI CONDANNA DELLA CORTE DEI CONTI (recupero crediti nei confronti di terzi per sentenze ed ordinanze di condanna della Corte dei Conti a carico dei responsabili per danni erariali)	13.1 a) Applicazione procedura prevista dal D.P.R. 260/1998 nei confronti dei dipendenti b) Incarico ad avvocato per la notifica della sentenza con contestuale atto di precetto e successiva eventuale procedura esecutiva immobiliare e mobiliare	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% esecuzioni avviate	costante	Resp. AAGLL			bassa
		13.2 Comunicazioni: Corte dei Conti, eventuali Enti Previdenziali e datori di lavoro, UOC Economico Finanziaria, interessati	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL			bassa
14	RICHIESTE A TERZI DI PAGAMENTI, RIMBORSI, RISARCIMENTI, ESCUSSIONE POLIZZE FIDEJUSSORIE su richiesta di intervento UJ.CO. interessate	14.1 a) acquisizione documentazione necessaria b) richiesta pagamento / escussione polizza fidejussoria	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,5 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	100% evasione richieste degli uffici interessati	costante	Resp. AAGLL			bassa
		14.2 Incarico avvocato in caso di esito negativo	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,75 basso	Condivisione della nomina con DA -Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse pubblicata su amministrazione trasparente - pubblicazione Perla PA - Regolamento patronio legale (delib. 616 del 11.7.2016) - Pubblicazione regolamento albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 952 del 26.10.2016 - n. 1117 del 23.12.2016)	alto	mantenimento della procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL			bassa
15	REGISTRAZIONE CONTRATTI Repertorio aziendale - Controllo tenuta repertorio nel sistema di archiviazione informatica	15.1 Ricevimento atti	trascurabile	trascurabile									trascurabile
16	RIVALSA DATORE DI LAVORO Richiesta risarcitoria al terzo responsabile in caso di sinistro al di fuori dell'orario di lavoro occorso a un dipendente	16.1 Ricevimento della documentazione relativa al sinistro e calcolo degli emolumenti stipendiali corrisposti al dipendente infortunato nel periodo di assenza per malattia	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,5 basso	Procedura rivalsa datore di lavoro (UFL PS 7.5 002)	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL			bassa
		16.2 Messa in mora dei responsabili	manca messa in mora per agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Procedura rivalsa datore di lavoro (UFL PS 7.5 002)	alto	mantenimento della procedura	100% messe in mora	costante	Resp. AAGLL			bassa

17	GESTIONE POLIZZE- TRASMISSIONE DATI PER REGOLAZIONE PREMI ASSICURATIVI (L'acquisto delle polizze è di competenza dell'UOC Acquisti e Logistica)	17.1 Richiesta, tramite note interne ai Responsabili di Servizio, di Direzione Medica, di Area o U.O.C. Amministrativa, ciascuno per la propria competenza, dei dati consuntivi chiesti dagli assicuratori	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		17.2 Trasmissione dati agli assicuratori per il tramite del Broker	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL	bassa	
18	LIQUIDAZIONE PREMI ASSICURATIVI	18.1 Ricezione lettera invito del Broker aziendale al pagamento dei premi o regolazione premi delle polizze aziendali	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		18.2 Verifica calcolo premi	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	procedura d'ufficio	alto	mantenimento della procedura	n.d.	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		18.3 Comunicazione scritta a UOC Economico-Finanziaria per liquidazione	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		18.4 Trasmissione delle attestazioni di pagamento al Broker	trascurabile	trascurabile								trascurabile
19	NOMINA AVVOCATI E PERITI/CONSULENTI (contenzioso sinistri)	19.1 In caso di PROCEDIMENTI PENALI a carico di dipendenti: il dipendente è tenuto a darme informazione; ha il diritto di chiedere (modulistica tutela legale / penale) nelle modalità indicate dal regolamento/procedura	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,25 basso	Regolamento patrocinio legale (delib. 616 del 11.7.2018)	alto	mantenimento della procedura	pubblicazione in intranet del regolamento	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		19.2 In caso di PROCEDIMENTI CIVILI / MEDIAZIONI (sinistri lesa siri): discussione del caso in CVS, condivisione con l'Assicuratore dei nominativi da incaricare - scelta della rosa dei fiduciari previsti in polizza	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		19.3 In caso di PROCEDIMENTI CIVILI / MEDIAZIONI (sinistri sotto siri): discussione del caso in CVS, scelta dei nominativi da incaricare dall'albo aziendale avvocati e medici legali, richiesta preventivo e modulo assenza conflitto di interesse (predisposizione proposta di delibera)	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,79 basso	Condivisione della nomina con DA e DS - Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse pubblicata su amministrazione trasparente - pubblicazione Perla PA - Regolamento patrocinio legale (delib. 616 del 11.7.2018) - Pubblicazione regolamento albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 952 del 28.10.2016 - n. 1117 del 23.12.2016) - Pubblicazione avviso medici-legali e albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1147 del 28.12.2016)	alto	mantenimento procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		19.4 In caso di sinistri stragiudiziali sotto siri per valutazione medico legale: discussione caso in CVS e scelta del nominativo da incaricare dall'albo aziendale medici legali (acquisizione preventivo, predisposizione proposta di delibera)	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,79 basso	Condivisione della nomina con DS - Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse - pubblicazione Perla PA - Regolamento patrocinio legale (delib. n. 616 del 11.7.2018) - Pubblicazione regolamento albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1147 del 28.12.2016)	alto	mantenimento procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		19.5 Disposizione del provvedimento di nomina (accoglimento tutela legale o nomina difensori)	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		19.6 Disposizione del provvedimento di incarico per valutazione medico legale	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		19.7 Comunicazione del provvedimento agli interessati (istanti, assicuratore, nominati)	trascurabile	trascurabile								trascurabile
20	NOMINA AVVOCATI L'incarico di un avvocato può rendersi necessario per: - difesa dell'Ente in giudizi promossi da terzi - promuovere azioni nei confronti di terzi - richiesta di parere pro veritate e assistenza in casi di particolare complessità e/o di notevole rilevanza economica.	20.1 La scelta, condivisa con il vertice aziendale, viene fatta, di norma, tra i legali iscritti nell'albo aziendale secondo i criteri stabiliti nel regolamento preventivo, predisposizione proposta di delibera	inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta al fine di agevolare alcuni soggetti	3,79 basso	Condivisione della nomina con DA - Rotazione - Dichiarazione assenza conflitto d'interesse pubblicata su amministrazione trasparente - pubblicazione Perla PA - Regolamento patrocinio legale (delib. 616 del 11.7.2018) - Pubblicazione regolamento albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 952 del 28.10.2016 - n. 1117 del 23.12.2016) - Pubblicazione avviso medici-legali e albo aziendale aggiornato semestralmente (delib. n. 953 del 28.10.2016 - n. 1147 del 28.12.2016)	alto	mantenimento procedura	100% pubblicazione delle attestazioni e CV - pubblicazione albo aziendale aggiornato semestralmente	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		20.2 Disposizione del provvedimento di nomina	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
21	LIQUIDAZIONE PARCELLE AVVOCATI E PERITI/CONSULENTI	21.1 Verifica delibera di incarico e della congruità delle spese in relazione al preventivo e attività prestate	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		21.2 Predisposizione nota di liquidazione e trasmissione alla UOC Economico-Finanziaria	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
22	PATROCINIO LEGALE DEL DIPENDENTE Gestione delle istanze di tutela legale avanzate dai dipendenti (valutazione della sussistenza dei presupposti per accoglimento/differimento/ diniego)	22.1 Acquisizione istanza tutela legale/penale il dipendente può: - nominare un legale scelto nell'albo aziendale con osservanza del regolamento (oneri carico Ente sin dall'inizio, salvo rimborso del dipendente secondo CCNL) - nominare un proprio fiduciario con osservanza del regolamento (oneri sin dall'inizio a carico del dipendente, salvo rimborso dell'Azienda secondo CCNL)	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.2 Valutazione presupposti sussistenza accoglimento/differimento/ diniego	abusi nello svolgimento delle attività di competenza al fine di agevolare alcuni soggetti	2,79 basso	Regolamento patrocinio legale (delib. 616 del 11.7.2018) e contratto (CCNL)	alto	mantenimento procedura	numero istanze accolte con delibere	costante	Resp. AAGLL	bassa	
		22.3 In caso di sinistro, determinazione, secondo le condizioni di polizza, del soggetto che prende in carico gli oneri per la difesa	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.4 Acquisizione preventivo	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.5 Predisposizione proposta di delibera in caso di accoglimento	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.6 Diniego / differimento	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.7 Rimborso spese legali se a carico dell'Azienda	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		22.8 Comunicazioni	trascurabile	trascurabile								trascurabile

28	APPROVAZIONE CONVENZIONI CON SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA PER ATTIVITA' DI FORMAZIONE E DI TIROCINIO	28.2 Acquisizione richiesta di convenzionamento da parte della scuola di specializzazione in psicoterapia.	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		28.3 Acquisizione parere del Responsabile SSD Psicologia.	trascurabile									
		28.4 Se favorevole, approvazione convenzione	trascurabile									
		28.5 Sottoscrizione della convenzione	trascurabile									
		28.6 Trasmissione alla scuola di specializzazione	trascurabile									
		28.7 Repertorio della convenzione	trascurabile									
29	APPROVAZIONE, SOTTOSCRIZIONE, CONVENZIONI CON SCUOLE, ISTITUTI ED ALTRE STRUTTURE PER ATTIVITA' DI FORMAZIONE E DI TIROCINIO	29.1 Trasmissione del provvedimento alle articolazioni aziendali interessate	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		29.2 Fase istruttoria atta a verificare: a) le caratteristiche della struttura che chiede il convenzionamento b) il parere favorevole delle strutture coinvolte nell'attività c) l'esistenza delle garanzie assicurative necessarie	trascurabile									
		29.3 Approvazione della convenzione, sottoscrizione e comunicazioni conseguenti	trascurabile									
		29.4 Verifica disponibilità del Responsabile di U.O., presso cui il tirocinio deve essere svolto, a ricevere lo studente	trascurabile									
		29.5 Individuazione di un tutor aziendale assistente di tirocinio	trascurabile									
		29.6 Progetto formativo in cui siano evidenziate le finalità del tirocinio	trascurabile									
		29.7 Assunzione da parte della struttura inviante di tutti gli oneri assicurativi (responsabilità civile ed infortunio)	trascurabile									
30	RILASCIO CERTIFICAZIONI ATTESTANTI L'ATTIVITA' DI VOLONTARIATO E TIROCINIO Sottoscrizione di certificazioni attestanti lo svolgimento di attività di volontariato, di tirocinio presso le strutture aziendali.	30.1 Notifica del provvedimento al soggetto inviante nonché ai responsabili delle strutture presso cui il tirocinio è svolto e al medico competente dell'Azienda per i provvedimenti di competenza.	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		30.2 Acquisizione dei dati relativi alla presenza del volontario tirocinante: elaborazione delle ore di attività prestate	falso in atto pubblico nella determinazione del monte ore dell'attività svolta allo scopo di far conseguire un vantaggio personale al volontario		3.5 basso	Regolamento aziendale Formatura di badge per le timbrature d'ingresso e uscita dal servizio	alto	mantenimento procedura	Registrazione manuale e/o informatizzata di tutti i tirocinanti volontari	costante	Resp. AAOGLL Posizione Org.	bassa
31	AUTORIZZAZIONE FREQUENZA DI SPECIALIZZANDI Autorizzazione alla frequenza di studenti iscritti a Scuole di Specializzazione.	31.1 Redazione della certificazione che indica: L'U.O. presso la quale è stata prestata l'attività, il periodo di presenza, il numero totale di attività prestate.	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		31.2 Verifica dei presupposti necessari: - esistenza di un rapporto convenzionale tra l'ASST Bergamo Est e la scuola di Specializzazione per l'utilizzo delle strutture ospedaliere per il tirocinio - lettera del Direttore della Scuola di specializzazione convenzionata in cui comunica il nominativo dello specializzando che dovrà frequentare la struttura ospedaliera	trascurabile									
32	AUTORIZZAZIONE FREQUENZA TIROCINANTI	32.1 Notifica alla Scuola di specializzazione convenzionata, al Responsabile di U.O. sede di tirocinio ed alle strutture aziendali coinvolte, per gli adempimenti di competenza	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		32.2 Verifica dell'esistenza di un rapporto convenzionale tra la ASST Bergamo Est e la struttura richiedente l'inserimento del/degli tirocinanti	trascurabile									
		32.3 Acquisizione del parere favorevole del Responsabile della struttura sede del tirocinio	trascurabile									
		32.4 Adozione del provvedimento di autorizzazione	trascurabile									
33	AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA DELLE STRUTTURE AZIENDALI CON FINALITA' PROFESSIONALE	33.1 richiesta di accesso alle strutture aziendali per attività di volontariato con finalità professionali	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		33.2 Verifica dei presupposti necessari per poter accedere alle strutture aziendali: - parere favorevole del Responsabile dell'U.O. presso la quale è svolta l'attività di volontariato - possesso dell'iscrizione all'ordine se il volontario è laureato in Medicina o Psicologia - possesso della copertura assicurativa per infortunio - sottoscrizione del regolamento interno di volontariato	trascurabile									
		33.3 Adozione del provvedimento di autorizzazione	trascurabile									
34	APPROVAZIONE CONVENZIONI E PROTOCOLLI CON ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	34.1 Acquisizione richiesta di convenzionamento/ sottoscrizione protocolli da parte di associazioni di volontariato	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		34.2 Acquisizione parere della direzione strategica: a) se favorevole, predisposizione bozza di convenzione da sottoporre aliglio della associazione b) se negativo invio diniego alla associazione	trascurabile									
		34.3 Approvazione del protocollo, sottoscrizione dello stesso	trascurabile									
		34.4 Trasmissione della convenzione/protocollo alla associazione	trascurabile									

35	APPROVAZIONE PROGETTI DI SPONSORIZZAZIONE/DONAZIONE	35.1 Acquisizione progetto di sponsorizzazione predisposto dal responsabile della UO sanitaria e/o amministrativa interessata	Confitto d'interessi nella predisposizione del progetto	5,66 medio	Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse tra proponente progetto e sponsor candidato Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 è stato rettificato il Regolamento per la disciplina dei progetti di sponsorizzazione delle donazioni, dell'acquisizione di beni in comodato d'uso gratuito ed in conto visione, approvato e successivamente modificato e integrato con le deliberazioni n. 552 del 17 giugno 2016, n. 928 del 27.10.2016, n. 1090 del 27.12.2017 e n. 136 del 15/02/2018 Confronto con principi contenuti nel Regolamento	alto	Prevedere di non nominare quale componente di commissione di gara per acquisto beni individuati nel progetto il Direttore che ha presentato il progetto, qualora la ditta sponsor/onoratrice partecipi alla gara Verifica allineamento del regolamento aziendale con le linee guida ORAC (delibera n. 13 del 07/12/2020 allegato 1) ed eventuale aggiornamento	comunicazione al Provveditore delle ditte sponsor/onoratrici e del nominativo del Direttore che ha presentato il progetto	Il sem. 2022	Direttore di Struttura Complessa che propone il progetto Posizione Org.	medio/bassa	
		35.2 Acquisizione parere della direzione strategica	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		35.3 Approvazione progetto di sponsorizzazione/donazione	Stipulazione contratti sfavorevoli all'Azienda per trame profitto	7,08 medio	Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse tra proponente progetto e sponsor candidato Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 è stato rettificato il Regolamento per la disciplina dei progetti di sponsorizzazione delle donazioni, dell'acquisizione di beni in comodato d'uso gratuito ed in conto visione, approvato e successivamente modificato e integrato con le deliberazioni n. 552 del 17 giugno 2016, n. 928 del 27.10.2016, n. 1090 del 27.12.2017 e n. 136 del 15/02/2018 Confronto con principi contenuti nel Regolamento	alto	Prevedere di non nominare quale componente di commissione di gara per acquisto beni individuati nel progetto il Direttore che ha presentato il progetto, qualora la ditta sponsor/onoratrice partecipi alla gara Verifica allineamento del regolamento aziendale con le linee guida ORAC (delibera n. 13 del 07/12/2020 allegato 1) ed eventuale aggiornamento	comunicazione al Provveditore delle ditte sponsor/onoratrici e del nominativo del Direttore che ha presentato il progetto	Il sem. 2022	Direttore Generale	medio/bassa	
		35.4 Pubblicazione progetto sul sito web aziendale	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		35.5 Predisposizione provvedimento o approvazione contratto di sponsorizzazione	Stipulazione contratti sfavorevoli all'Azienda per trame profitto	6,37 medio	Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse tra proponente progetto e sponsor candidato Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 è stato rettificato il Regolamento per la disciplina dei progetti di sponsorizzazione delle donazioni, dell'acquisizione di beni in comodato d'uso gratuito ed in conto visione, approvato e successivamente modificato e integrato con le deliberazioni n. 552 del 17 giugno 2016, n. 928 del 27.10.2016, n. 1090 del 27.12.2017 e n. 136 del 15/02/2018 Confronto con principi contenuti nel Regolamento	alto	Prevedere di non nominare quale componente di commissione di gara per acquisto beni individuati nel progetto il Direttore che ha presentato il progetto, qualora la ditta sponsor/onoratrice partecipi alla gara Verifica allineamento del regolamento aziendale con le linee guida ORAC (delibera n. 13 del 07/12/2020 allegato 1) ed eventuale aggiornamento	comunicazione al Provveditore delle ditte sponsor/onoratrici e del nominativo del Direttore che ha presentato il progetto	Il sem. 2022	Direttore di Struttura Complessa che propone il progetto Posizione Org.	medio/bassa	
		35.6 Comunicazione all'operatore economico delle coordinate bancarie per l'erogazione liberale	trascurabile	trascurabile								trascurabile
36	GESTIONE DEL PROTOCOLLO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI	36.1 Gestione e tenuta del protocollo unico aziendale, nonché del registro del protocollo di emergenza e del protocollo riservato	albo materiale o ideologico della protocollazione	4,5 basso	Protocollo informatico - tracciabilità di tutte le operazioni effettuate sul registro di protocollo Condizione di tutto il registro di protocollo con P.O. e Direttore di Struttura Amministrativa che verifica costantemente la piena funzionalità del protocollo	alto	In corso di redazione il manuale di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali	Redazione giornaliera registro informatizzato del sistema di protocollo	Manuale di gestione: 31.12.2023	Posizione Org. Resp. SIA	bassa	
37	SCARTO DOCUMENTI con cadenza annuale ciascun responsabile di U.O. verifica il periodo di conservazione dei documenti gestiti nell'ambito di attività della propria unità operativa e propone lo scarto dei documenti per i quali sono scaduti i tempi di conservazione.	37.1 Tenuta degli archivi aziendali con censimento di tutte le tipologie di documenti gestiti in Azienda e depositati negli archivi correnti o negli archivi di deposito	sottrazione, occultamento, distruzione documentazione al fine di trame profitto/attività per sé o altri	4,5 basso	Regolamento gestione archivi (delib. n. 37 del 21.1.2016)	alto	Aggiornamento regolamento	n. d.	31.12.2023	Posizione Org.	bassa	
		37.2 Verifica scadenza dei tempi di conservazione dei documenti sulla base di quanto previsto nel massimario di scarto	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		37.4 Richiesta nulla osta della Soprintendenza Archivistica Regionale	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		37.3 Adozione provvedimento finale con cui viene disposto lo scarto dei documenti	trascurabile	trascurabile								trascurabile
38	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	38.1 Attività UPD	Collusione con il dipendente e adozione sanzioni non congrue	3,5 basso	Pubblicazione codici disciplinari Contratti collettivi nazionali Registro contenente i comportamenti sanzionati (a pari comportamento corrisponde stessa sanzione) Organo collegiale	alto	mantenimento procedura	100% rispetto dei tempi procedurali	costante	Componenti Organo Collegiale Pos. Org.	bassa	
		38.2 Attività supporto UPD: a) contestazione addebito b) istruttoria del procedimento disciplinare c) audizione del dipendente d) applicazione della sanzione	Mancato rispetto dei termini allo scopo di occultare il comportamento illecito del dipendente	2,5 basso	Pubblicazione codici disciplinari Contratti collettivi nazionali Registro contenente i comportamenti sanzionati (a pari comportamento corrisponde stessa sanzione) Condizione Registro Organo collegiale	alto	mantenimento procedura	100% rispetto dei tempi procedurali	costante	Posizione Org.	bassa	
		38.2 attività di assistenza e consulenza a tutti i servizi dell'Azienda per problematiche relative all'applicazione dei provvedimenti disciplinari	trascurabile	trascurabile								trascurabile
		38.3 Verifica applicazione del Codice di Comportamento - Monitoraggio sull'attuazione	trascurabile	trascurabile								trascurabile
39	TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio		4,87 basso	Nomina DPO (delib. n. 422 del 15.5.2018) Inserimento nei contratti di lavoro e nei provvedimenti di autorizzazione alla frequenza o ingresso in ambito ospedaliero di soggetti esterni di prescrizioni circa il rispetto della normativa Privacy. Aggiornamento personale fatto MUA Delibera n.1101 del 17.12.2019 ADOZIONE PRIMA VERSIONE DEL REGISTRO DELLE ATTIVITA' DI TRATTAMENTO DELL'ASST BERGAMO EST AI SENSI DELL'ART. 30 PARAGRAFO 1 DEL REGOLAMENTO EUROPEO (UE) 2016/679 Predisposto Piano per l'attuazione di un modello organizzativo protezione dati ASST Bergamo Est	alto	Aggiornamento costante del personale dipendente Mappatura dei rischi da parte del DPO Regolamento Programmata attività anno 2020 compresa analisi rischi	mappatura dei rischi	al 31/12/2022	DPO Resp. AAGOLL Posizione Org.	bassa	
		Frode informatica		4,87 basso	Nomina DPO (delib. n. 422 del 15.5.2018) Inserimento nei contratti di lavoro e nei provvedimenti di autorizzazione alla frequenza o ingresso in ambito ospedaliero di soggetti esterni di prescrizioni circa il rispetto della normativa Privacy. Regolamento utilizzo strumenti informatici (delib. n. 438 del 15.5.2018) Aggiornamento personale fatto MUA Delibera n.1101 del 17.12.2019 ADOZIONE PRIMA VERSIONE DEL REGISTRO DELLE ATTIVITA' DI TRATTAMENTO DELL'ASST BERGAMO EST AI SENSI DELL'ART. 30 PARAGRAFO 1 DEL REGOLAMENTO EUROPEO (UE) 2016/679 Predisposto Piano per l'attuazione di un modello organizzativo protezione dati ASST Bergamo Est	alto	Aggiornamento costante del personale dipendente Mappatura dei rischi da parte del DPO Regolamento Programmata attività anno 2020 compresa analisi rischi	mappatura dei rischi	al 31/12/2022	DPO Resp. AAGOLL Posizione Org. Resp. SIA	bassa	
40	GESTIONE MOVIMENTAZIONE POSTA INTERNA E DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA E SANITARIA	Apertura, occultamento, manomissione della corrispondenza con il fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa		5 basso	Condizione della corrispondenza all'interno del Servizio protocollo In corso di perfezionamento prima del parere definitivo della Soprintendenza archivistica Predisposto Piano per l'attuazione di un modello organizzativo protezione dati ASST Bergamo Est	alto	In corso di redazione il manuale di gestione del protocollo informatico e dei flussi documentali	Redazione giornaliera registro informatizzato del sistema di protocollo	Manuale di gestione: 31.12.2023	Posizione Org.	bassa	
41	UTILIZZO DEI VEICOLI AZIENDALI	Utilizzo dei veicoli aziendali per scopi non istituzionali		5 basso	Regolamento aziendale (delib. n. 957 del 19.12.2011) Codice di comportamento Rendicontazione giornaliera Reportio giornaliero sullo stato del mezzo e sui chilometri effettuati	alto	Aggiornamento regolamento	redazione giornaliera recante utilizzatori e località di viaggio	costante	Dirigenti di Struttura assegnatari di mezzi Posizione Org. per aggiornamento regolamento	bassa	
		trasporto di persone non a fini istituzionali, al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa		5 basso	Regolamento aziendale (delib. n. 957 del 19.12.2011) Codice di comportamento Rendicontazione giornaliera Reportio giornaliero sullo stato del mezzo e sui chilometri effettuati	alto	Aggiornamento regolamento	redazione giornaliera recante utilizzatori e località di viaggio	costante	Dirigenti di Struttura assegnatari di mezzi Posizione Org. per aggiornamento regolamento	bassa	
		Conflitto di interessi tra sperimentatore e promotore dello studio - rischio in capo al CE		8,33 medio	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi raccolte dal CE di Bergamo	medio	Se sperimentatore è medico dell'Azienda: Controlli a campione con richiesta attestazione al CE di Bergamo di verifica (in accordo con CE di Bg proposta di protocollo) L'assenza di conflitto d'interesse è dichiarata dallo sperimentatore all'atto della richiesta di autorizzazione dello studio al Comitato Etico. Il Comitato Etico unitamente al verbale di autorizzazione trasmette all'ASST Bergamo Est la documentazione comprensiva della dichiarazione di cui trattasi	verifiche assenza di conflitto d'interesse a campione e su sperimentazioni economicamente rilevanti	Il sem. 2022	Direttore Sanitario	media	

			3.6 PUBBLICAZIONE SCHEDE DI SICUREZZA AGGIORNATE	trascurabile									
4	SICUREZZA FORNITURE	4.1 VALUTAZIONE DELLE RICHESTE DI PARERE PREVENTIVO	Non veritiera valutazione per favorire professionisti/garantendo un ingiusto profitto o utilità per sé o altri	7,08 medio	D.Lgs 81/2008 e s.m.l.Documento di Valutazione dei Rischi DVR 00 rev.11 maggio 2018.Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" Le spese che vengono effettuate dall' Ufficio derivano da gare sottosoglia, gli inviti vengono effettuati secondo normativa in vigore.	medio	Incrementare l'applicazione del Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" eventualmente fatto diventare una procedura aziendale. Per eliminare il più possibile il fattore discrezionale		costante	Ordinatori di spesa -Direttore Generale RSPP Responsabile Servizio Prevenzione protezione - ASPP	media		
			Accordo con gli ordinatori di spesa su omessa segnalazione di eventuali acquisti soggetti a valutazione rischio sicurezza.	7,08 medio	D.Lgs 81/2008 e s.m.l.Documento di Valutazione dei Rischi DVR 00 rev.11 maggio 2018.Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" Vengono evase le richieste parere per donazioni e proposte di visione/prova che arrivano generalmente per tramite dell'ufficio Economico	medio	Incrementare l'applicazione del Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" eventualmente fatto diventare una procedura aziendale. Per eliminare il più possibile il fattore discrezionale	il 100% delle spese che richiedono parere devono aver dato origine a un parere espresso per iscritto (su moduliistica, via mail...) da RSPP	costante	Ordinatori di spesa -Direttore Generale RSPP Responsabile Servizio Prevenzione protezione - ASPP	media		
			4.2 INCONTRI/INDICAZIONI A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DI VALUTAZIONE RICHESTA	Non veritiera valutazione per favorire professionisti/garantendo un ingiusto profitto o utilità per sé o altri	7,08 medio	D.Lgs 81/2008 e s.m.l.Documento di Valutazione dei Rischi DVR 00 rev.11 maggio 2018.Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" Vengono evase le richieste parere per donazioni e proposte di visione/prova che arrivano generalmente per tramite dell'ufficio Economico. Le aggiudicazioni di gare vengono fatte in base alle corrispondenza o meno ai parametri indicati nel capitolato di gara.	medio	Incrementare l'applicazione del Protocollo n°16 "Parere preventivo Servizio Prevenzione e Protezione" eventualmente fatto diventare una procedura aziendale. Per eliminare il più possibile il fattore discrezionale		costante	Ordinatori di spesa -Direttore Generale RSPP Responsabile Servizio Prevenzione protezione - ASPP	media	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: SSD CONTROLLO DI GESTIONE

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
SSD CONTROLLO DI GESTIONE	1	PROCESSO DI BUDGET - L'attività annuale diretta alla declinazione degli obiettivi aziendali e all'allocatione delle risorse, a livello di Centro di Responsabilità, in piena coerenza con la Programmazione Economico-Finanziaria e le Regole di Sistema Regionali. (Gli esecutivi aziendali sono riconducibili a tre aree di intervento: - ATTIVITA'; - COSTO; - QUALITA'/EFFICIENTAMENTO. PROCESSO A RILEVANZA INTERNA		Favorire specifiche Strutture nell'assegnazione di obiettivi e nella misurazione degli stessi	2,04 basso	Procedura CDG_PS_8.2 REV 2: Predisposizione obiettivi a cura Comitato Budget Certificazione a cura di soggetti terzi' NVP	alto	mantenimento procedura		costante	Responsabile SSD Controllo di Gestione	bassa
	2	DEBITO INFORMATIVO REGIONALE: A) Flussi Co.An. (1 Per Ogni Trimestre Progressivo + 1 Annuale + Preventivo + Assesamento); B) Modello La (Costi Per Livelli Essenziali Di Assistenza, Annuale) C) Osservatorio Servizi Non Sanitari (Semestrale) PROCESSO A RILEVANZA ESTERNA VERSO LA REGIONE		trascurabile	trascurabile							trascurabile
	3	ATTIVITA' di REPORTING che si articola: a) nella predisposizione di prospetti mensili di sintesi (Report Economici) con la misurazione dei risultati in rapporto ai valori obiettivi definiti nella Scheda Budget negoziata; b) nella pubblicazione mensile sul pannello gestionale dei Report Economici per Centro di Responsabilità. PROCESSO A RILEVANZA INTERNA LO STRUMENTO ALLA BASE DEI PROCESSI 1-2-3 è la tenuta della contabilità analitica.		trascurabile	trascurabile							trascurabile

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: DIREZIONI MEDICHE:
Presidio 1 - Presidio 2 - Presidio 3
e POT CALCIATE (a partire dal 2° semestre 2019)

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'
	1	DENUNCIA DI NASCITA	1.1 Archiviazione attestazione di nascita redatta dall'ostetrica che ha assistito al parto e verifica della regolarità.	trascurabile	trascurabile							trascurabile
			1.2 Raccolta: processo verbale delle dichiarazioni di nascita redatto in duplice esemplare/una dei quali da valere come originale verrà trasmesso al comune e l'altro da valere come copia autentica viene conservato presso la Direzione Medica	trascurabile								
			1.3 Trasmissione dichiarazione di nascita (nati vivi) ed attestazione di nascita al comune di residenza della madre (o ad altro comune legittimamente indicato dal dichiarante)	trascurabile								
			1.4 Verifica mensile ricezione e conferma avvenuta iscrizione nel registro degli atti di nascita del comune al quale è stato inviato il processo verbale della dichiarazione di nascita.	trascurabile								
			1.5 Verifica avvenuta iscrizione in registro atti di nascita comunale di tutti i nati nell'Ospedale di Seriate	trascurabile								
	2	GESTIONE DECESSI	2.1 Redazione certificazione medico legale prevista dal regolamento di Polizia Mortuaria	trascurabile	trascurabile						Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calciate)	trascurabile
			Comunicare in anticipo dati relativi a decessi ad una determinata impresa di onoranze funebri, per trarre ingiusti compensi per sé o per terzi	6,66 medio	medio							media
			Segnalare ai parenti, da parte di addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, una specifica impresa di onoranze funebri, per trarre ingiusti compensi per sé o per terzi	7,5 medio	medio							media
			2.2 Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero - camera mortuaria - servizio funerario			Codice di Comportamento aziendale Procedure PT DIRMP 0003 REV 8- PT DIRMS 0004 REV 8 - PT DIRMA_0002_Rev 6 - PT DIRMA_0002_Rev10 Adempimento circolare Regionale n. 19 del 14/06/2008 "Vigilanza nell'ambito delle camere mortuarie" Trasmissione di elenchi telefonici da mettere a disposizione dei parenti dei pazienti ricoverati per la ricerca dei recapiti di imprese di onoranze funebri nonché delle associazioni/ditte abilitate al trasporto dei pazienti (comunicazione diramata alle Direzioni Mediche di Presidio dalla Direzione Sanitaria)	medio	Mantenimento procedura e Sensibilizzazione al personale delle degenze da parte della Coordinatrice durante le riunioni periodiche di Reparto A seguito dell'emergenza Covid 19, potenziamento delle misure di prevenzione e di contrasto degli eventi connessi in ambito funerario: Sensibilizzazione al personale delle degenze con decalogo sui comportamenti ad uso interno -	Ricevimento verbale della riunione	costante		media

			<p>Richiedere e/o accettare regalie o compensi per l'espletamento di proprie funzioni o compiti (Es: trasporto salma dal reparto alla camera mortuaria)</p> <p>Contresistenza dei dipendenti verso determinati fornitori di servizi</p>	<p>7,5 medio</p> <p>7,5 medio</p>	<p>Sensibilizzazione al personale delle degenze da parte della Coordinatrice durante le riunioni periodiche di Reparto</p>	<p>medio</p> <p>medio</p>	<p>Revisione delle informative – Check list di tracciamento dei beni fino alla camera mortuaria</p>			<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p>	<p>media</p> <p>media</p>
3	GESTIONE CARTELLE CLINICHE (Archivio corrente, movimentazione, copia)	<p>3.1 conferimento all'archivio da parte delle Degenze</p> <p>3.2 ricevimento richieste da parte degli aventi diritto</p> <p>3.3 relativi adempimenti a seguire nei tempi previsti dettati dal D.L. 8/3/2017</p>	<p>trascurabile</p> <p>trascurabile</p> <p>Letture/fotocopiatura/occultamento/manomissione per procurare vantaggi a sé o a terzi</p>	<p>trascurabile</p> <p>5 basso</p>	<p>Protocollo PT DIRMS 0002 REV 2 - Protocollo PT DIRMS 0002 REV 2 - Protocollo PT DIRMS 0002 REV 2 - Protocollo PT DIRMA_001 Revisione 07</p> <p>Cartella informatizzata (70%)</p> <p>Controllo mensile su cartelle codificate e non codificate/controllo della corrispondenza tra dimessi e cartella clinica giunta in archivio</p> <p>Controllo della corrispondenza tra dimessi e cartella clinica giunta in archivio</p> <p>Non viene più restituita la cartella clinica cartacea una volta giunta in archivio (è consentita la consultazione e viene rilasciata solo la copia) salvo casi adeguatamente motivati</p>	<p>alto</p>	<p>mantenimento della procedura</p>	<p>100% verifica completezza cartelle cliniche</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p>	<p>trascurabile</p> <p>bassa</p>
4	ATTIVITA' INFORMATIVA - INFORMATORI SCIENTIFICI		<p>Esposizione/divulgazione di materiale pubblicitario a favore di società commerciali</p> <p>Regalie da parte degli informatori e/o distribuzione farmaci</p> <p>Ricevere vantaggi economici in cambio di prescrizioni</p>	<p>2,62 basso</p> <p>5,25 basso</p> <p>5,25 basso</p>	<p>Regolamento (Delibera n. 367 del 24/05/2007)</p> <p>Protocolli</p> <p>Sensibilizzazione</p> <p>Sopraluoghi</p> <p>PT DIRSA_0045_REV00 AGGIORNATO MARZO 2019</p> <p>In emergenza sanitaria - pandemia Covid 19 sono sospesi gli ingressi in Ospedale da parte degli Informatori Medici Scientifici, potranno essere effettuate con modalità da remoto.</p> <p>Codice di comportamento</p> <p>Applicazione Regolamento attuale (Delibera n. 367 del 24/05/2007)</p> <p>PT DIRMS 0016 REV 00</p> <p>Sensibilizzazione</p> <p>Sopraluoghi</p> <p>PT DIRSA_0045_REV00 AGGIORNATO MARZO 2019</p> <p>In emergenza sanitaria - pandemia Covid 19 sono sospesi gli ingressi in Ospedale da parte degli Informatori Medici Scientifici, potranno essere effettuate con modalità da remoto.</p> <p>Codice di comportamento</p> <p>Applicazione Regolamento attuale (Delibera n. 367 del 24/05/2007)</p> <p>PT DIRMS 0016 REV 00</p> <p>Sensibilizzazione</p> <p>Sopraluoghi</p> <p>PT DIRSA_0045_REV00 AGGIORNATO MARZO 2019</p> <p>In emergenza sanitaria - pandemia Covid 19 sono sospesi gli ingressi in Ospedale da parte degli Informatori Medici Scientifici, potranno essere effettuate con modalità da remoto.</p>	<p>alto</p> <p>alto</p> <p>alto</p>	<p>mantenimento della procedura</p> <p>Sensibilizzazione operatori</p> <p>mantenimento della procedura</p> <p>Sensibilizzazione operatori</p> <p>mantenimento della procedura</p> <p>Sensibilizzazione operatori</p>	<p>fatto/non fatto</p> <p>Verbal sopraluoghi</p> <p>fatto/non fatto</p> <p>fatto/non fatto</p>	<p>costante</p> <p>30/11/2022</p> <p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p>	<p>bassa</p> <p>bassa</p> <p>bassa</p>
5	GESTIONE LISTE D'ATTESA RICOVERI E AMBULATORIALI (BIC,BOCA e MAC) Accesso del paziente alla richiesta/prenotazione prestazione	<p>5.1 Proposta del medico</p> <p>5.2 Registrazione della proposta sul modulo ADTR Liste d'attesa</p> <p>5.3 Gestione delle liste</p>	<p>Non vennero classificazione della priorità e della tipologia di visita (prima visita- controllo)</p> <p>Indurre l'utente a rivolgersi alla libera professione. Creazione di liste d'attesa lunghe. Fornire indicazioni incomplete o errate circa le modalità e tempi di accesso per fruire ad analoghe prestazioni in regime di SSN</p> <p>Utilizzo di pw generiche che non consentirebbero la tracciabilità dell'incaricato che ha provveduto alla registrazione</p> <p>Manipolare le liste d'attesa per favorire un terzo garantendosi un ingiusto profitto o altra utilità</p> <p>Ordine di convocazione: Mancata e/o falsata valutazione per garantire a sé o ad altri un ingiusto profitto o altra utilità</p>	<p>3,75 basso</p> <p>5,25 basso</p> <p>5,25 basso</p> <p>5,25 basso</p> <p>5,25 basso</p>	<p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5</p> <p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5</p> <p>Informazione della registrazione nelle LA</p> <p>Pubblicità delle LA in Amministrazione Trasparente</p> <p>Predisposizione Report</p> <p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5</p> <p>Tutti gli incaricati, individuati formalmente per la registrazione delle LA, devono accedere al modulo tramite pw personale</p> <p>Predisposizione Report</p> <p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5</p> <p>Informazione della registrazione nelle LA</p> <p>Predisposizione Report</p> <p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5</p> <p>Informazione della registrazione nelle LA</p> <p>Compilazione campo note amministrative per tracciare le motivazioni giustificanti l'ordine d'insediamento dei pazienti</p> <p>Predisposizione Report</p>	<p>medio</p> <p>alto</p> <p>alto</p> <p>alto</p> <p>alto</p>	<p>Monitoraggio retrospettivo sulla corretta classificazione (percentuale pazienti oltre soglia per classe di priorità)</p> <p>mantenimento procedura</p> <p>Sensibilizzazione addetti</p> <p>mantenimento procedura</p> <p>mantenimento procedura</p> <p>mantenimento procedura</p> <p>Gestione informatizzata tra sistema ospedaliero e quello delle sale operatorie</p>	<p>% pazienti oltre soglia per classe di priorità</p> <p>come da procedura</p> <p>come da procedura</p> <p>come da procedura</p> <p>come da procedura</p>	<p>30/11/2022</p> <p>costante</p> <p>costante</p> <p>costante</p> <p>costante</p> <p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p> <p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinale)</p>	<p>medio/bassa</p> <p>bassa</p> <p>bassa</p> <p>bassa</p> <p>bassa</p>

			<p>Aggiornamento Procedura PG 7.5 014 REV 5 Sviluppato un set di controlli: D.M. predisporre relazione semestrale di analisi della reportistica fornita dal SIA (eventualmente condivisa con i Diretori di UO) e la trasmettere al DS Monitoraggio regionale dei tempi d'attesa (piattaforma SMAF) da parte della Direzione Sanitaria Pubblicazione liste in Amministrazione Trasparente Predisposizione Report Le Liste d'attesa vengono pubblicate in Amministrazione Trasparente - Servizi Erogati - Liste d'attesa. E' stato aggiunto il collegamento con Regione Lombardia Con riferimento al periodo di emergenza Covid - 19 , l'erogazione dell'attività deferibile è ridotta, pertanto, la pubblicazione dei dati aziendali è intesa come una "stima" rispetto ai tempi d'attesa</p>	alto	mantenimento procedura	come da procedura	semestrale	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	bassa
	<p>6.1 PROGRAMMAZIONE: (vedere SERVIZIO IGIENE) 1) Predisposizione Capitolato 2) Delibera 3) Protocollo aziendale 4) Vigilanza * predisposizione Capitolato e delibera * Protocollo Aziendale</p>								
	<p>6.2 PRODUZIONE:</p>								
	<p>1) Controllo adeguata produzione e differenziazione rifiuti</p>	Mancata raccolta differenziata	<p>6,75 basso</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>medio/bassa</p>
	<p>Attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Omesso o parziale controllo sulle attività del concessionario nella gestione dell'intero ciclo dei rifiuti aziendali dietro compenso o altra utilità</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>2) Raccolta rifiuti - Stoccaggio intermedio - trasporto dei rifiuti dal punto di produzione alla piazzola ecologica -deposito temporaneo</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Individuazione di rifiuti pericolosi in altro tipo non pericoloso al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Smaltimento di rifiuti non generati in Azienda</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
6	<p>GESTIONE RIFIUTI: SANITARI GENERICI RADIOATTIVI</p>								
	<p>3) Formulario carico - scarico cartaceo</p>	<p>fatte indicazioni su natura, composizione, caratteristiche chimico -fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>	<p>6,37 medio</p>	<p>basso</p>	<p>Procedura PT IQOSV 0012 Rev 5 del 2017 Verifica su formulari Mantenimento procedura</p>	<p>100% controllo formulari</p>	<p>costante</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>medio/alta</p>
	<p>6.3 RITIRO RIFIUTI</p>	<p>Attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>	<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Omesso o parziale controllo sulle attività del concessionario nella gestione dell'intero ciclo dei rifiuti aziendali dietro compenso o altra utilità</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Individuazione di rifiuti pericolosi in altro tipo non pericoloso al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>medio</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>media</p>
	<p>Formulario contenente dati inesatti o incompleti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto</p>		<p>6,75 medio</p>	<p>basso</p>	<p>Aggiornare procedura con specifica indicazione dei controlli da effettuare anche in ordine alla gestione di rischi collegati all'emergenza sanitaria Covid-19 (a cura del Servizio Igiene Ospedaliera) E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022</p>	<p>fatto/non fatto</p>	<p>30/11/2022</p>	<p>Direttore Medico Presidio 1 Direttore Medico Presidio 2 Direttore Medico Presidio 3 Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia (per POT Calcinate)</p>	<p>medio/alta</p>

IGIENE OSPEDALIERA	2	DISINFESTAZIONE E DERATTIZZAZIONE VIGILANZA IN TUTTE LE FASI	2.2 SORVEGLIANZA SUL CORRETTO SERVIZIO DI DISINFESTAZIONE E DERATTIZZAZIONE DA PARTE DELLA DITTA	trascurabile	trascurabile															trascurabile		
	3	SERVIZIO DI CONVALIDA sterilizzazione	4.1 -PREDISPOSIZIONE CAPITOLATO - DELIBERA (Numero 484 del 24/07/2014)	trascurabile																	trascurabile	
			4.2 VERIFICA SUL SERVIZIO CICLI DI STERILIZZAZIONE A VAPORE PER: a) AUTOCICLI b) SISTEMI DI LAVAGGIO STRUMENTI CHIRURGICI, c) SISTEMI DI TERMOSALDATURA E AMBIENTI A CONTAMINAZIONE CONTROLLATA DEI BLOCCHI OPERATORI E CAMERE BIANCHE DELL'U.O. FARMACIA IN ESERCIZIO PRESSO L'ASST-BERGAMOEST.	trascurabile																		
	4	PULIZIA E SANIFICAZIONE VIGILANZA IN TUTTE LE FASI	5.1 -PREDISPOSIZIONE CAPITOLATO -DELIBERA (numero 468 15/07/2014) E PROTOCOLLO	trascurabile	trascurabile																	trascurabile
			5. 2-VERIFICHE ISPETTIVE DEL SERVIZIO DI PULIZIA E SANIFICAZIONE IN TUTTI I PRESIDI OSPEDALIERI,SEDI OPERATIVE E PRESIDII TERRITORIALI DELL'ASST-BERGAMO EST. L'incaricato dell'Ufficio Igiene verifica le fasi di: *Metodologia di pulizia *Aspetti qualitativi *Verifica della pulizia per elemento *Giudizio complessivo della qualità del Servizio	trascurabile	omissioni e/o discrezionalità e/o parzialità nell'esercizio delle attività stesse	5.5 basso	Protocollo interno n. 11 Registro anomalie Presenza del Referente Direzione Medica in fase di verifica Utilizzo di modelli standard di verbali con check list Verifiche ispettive Protocollo Pulizie e Sanificazione COVID -19 in quanto in periodo emergenziale pandemico PT IGOSP 0019 "Protocollo di applicazione del capitolo di appalto per l'esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione covid-19 revisione 1 - agosto 2020" E il Protocollo "Coronavirus" rev.12.25/02/2021	medio	misure da adottare: Aggiornamento protocollo interno Trasparenza nella gestione del controllo (organizzazione condivisa tra gli operatori interessati: UOC Acquisti e Logistica - Servizio Igiene -Direzioe Medica - Reparti/Servizi/Presist) Protocollo ARCA.	n. anomalie sul totale delle ispezioni	costante aggiornamento delle procedure	Responsabile Igiene Ospedaliera									medio/bassa	
	5	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE INFEZIONI		trascurabile	trascurabile																	trascurabile
	6	VISITE ISPETTIVE AREA RISTORAZIONE		Omissioni e/o discrezionalità e/o parzialità nell'esercizio delle attività stesse	4.50 basso	Protocollo interno n. 17 Registro anomalie Presenza del Referente Direzione Medica in fase di verifica Utilizzo di modelli standard di verbali con check list Ispezioni Protocollo Pulizie e Sanificazione COVID -19 in quanto in periodo emergenziale pandemico PT IGOSP 0019 "Protocollo di applicazione del capitolo di appalto per l'esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione covid-19 revisione 1 - agosto 2020" E il Protocollo "Coronavirus" rev.12.25/02/2021 Per il servizio di ristorazione dei dipendenti è prevista la prenotazione mensa che consente il corretto distanziamento sociale	alto	mantenimento procedura	n. anomalie sul totale delle ispezioni	annuale	Responsabile Igiene Ospedaliera										bassa	
	7	VISITE ISPETTIVE LAVANOLO		trascurabile	trascurabile																	trascurabile
8	VISITE ISPETTIVE INTERNE su corretta applicazione dei protocolli di igiene ospedaliera		Omissioni e/o discrezionalità e/o parzialità nell'esercizio delle attività stesse	3.75 basso	Protocollo interni n. 1 a n.37 Registro anomalie Presenza del Referente Direzione Medica in fase di verifica Utilizzo di modelli standard di verbali con check list Aggiornato PT IGOSP_0002 codice di comportamento nel blocco operatorio. Audit e gestione anomale e non conformità rilevate. PT IGOSP_0018 Prevenzione della diffusione delle Malesse Infettive. Aggiornamenti normativi, aggiornamento schede di sorveglianza molestie infettive come da Circolari Regionali Protocollo Pulizie e Sanificazione COVID -19 in quanto in periodo emergenziale pandemico PT IGOSP 0019 "Protocollo di applicazione del capitolo di appalto per l'esecuzione del servizio di pulizia e sanificazione covid-19 revisione 1 - agosto 2020" E il Protocollo "Coronavirus" rev.12.25/02/2021 Continua attività di predisposizione percorsi sporco / pulito. Incontri formativi corretto utilizzo DPI in collaborazione con SPP e medicina del lavoro. Vestizione /Ivestizione . Corretto utilizzo di disinfectanti	alto	misure da adottare: mantenimento procedura	aggiornamento dell'80% delle procedure	costante aggiornamento delle procedure	Responsabile Igiene Ospedaliera											medio/bassa	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA- DIREZIONE SOCIOSANITARIA

STRUTTURA	n.	PROCESSI	FASI	EVENTI A RISCHIO	Livello di rischio (Pxl)	MISURE ESISTENTI	VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CONTROLLO (peso: alto, medio, basso)	PIANO D'AZIONE	INDICATORE DI VERIFICA	MONITORAGGIO (tempi di attuazione o stato di attuazione)	RESPONSABILITA'	PRIORITA'		
1		ISCRIZIONI ai SSR DI CITTADINI ITALIANI e STRANIERI / GESTIONE ASSISTITI L'utente può scegliere il proprio medico di fiducia in relazione ai medici di riferimento nel proprio ambito territoriale tenuto conto del massimale individuale di ciascun medico. Scelta in deroga: l'utente presenta domanda per la scelta di un Medico/Pediatra in deroga alle scelte ordinarie (fuori ambito, fuori massimale, ecc...) Inviò delle richieste ai Comitati per la Medicina Generale e per la Pediatria per valutazione ed espressione parere.	1.1 accesso diretto dell'utente allo sportello S-R	trascurabile	trascurabile							trascurabile		
			1.2 scelta del MAP	illegittima assegnazione di MaP e PdF art. 317- 318-319-319 quater	3.5 basso	Istruzione operativa PG33 REV. 1 del 1 agosto 2018(IONAPS)/1 manuale relativo all'iscrizione al SSN dei cittadini stranieri e all'assistenza sanitaria all'estero) Procedura n. MSR 02 - MSR 08	alto	mantenimento procedura	- Controllo a campione sul 5% delle domande in deroga evase nel corso dell'anno	semestrale	Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia Direttore Direzione Sociosanitaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa		
			1.3 rilascio della tessera sanitaria provvisoria in attesa di quella definitiva inviata per posta dalla Regione	trascurabile	trascurabile									trascurabile
2		VACCINAZIONI (Vaccinazioni per bambini e neonati, persone adulte, vaccinazioni antimeningococciche e copagamento, per categorie a rischio, percorso formale di recupero delle vaccinazioni obbligatorie)	2.1 convocazione tramite posta dei vaccinand i inseriti nell'Anagrafe Vaccinale	trascurabile										
			2.2 accesso in ambulatorio con appuntamenti estemporanei anche in caso di vaccinazioni a copagamento	trascurabile	trascurabile									
			2.3 somministrazione della vaccinazione e registrazione sulla tessera vaccinale individuale	trascurabile										
			2.4 gestione soggetti inadempienti obbligo vaccinale	Falso ideologico nella valutazione sanitaria art. 317-318-319-323	3.5 basso	Circolare MDS 1174 del 15/01/2018e successive note /circolari.	alto	misure da adottare: controllo totale	controllo 100% dei valutati da esentare alla vaccinazione	annuale	Direttore Direzione Sociosanitaria Est Provincia Direttore Direzione Sociosanitaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa		

3	INVALEDDITA' CIVILE Lo stato di invalidità civile comporta il riconoscimento in capo al cittadino di una serie di provvidenze poste a carico dell'Inps, previo accertamento dell'effettiva difficoltà a svolgere le attività tipiche della vita quotidiana, lavorativa.	3.1 estrapolazione on line delle domande dal sito INPS - organizzazione seduta Commissione	Illecita gestione della cronologia di chiamata art. 317-318-319 quater-323	4,37 basso	Procedura Operativa della PG17 REV/3 del 23/12/2015(accertamenti sanitari dell'IC, della cecità e sordità, dell'handicap e della disabilità) Formazione su etica e legalità Verifica rispetto cronologia e procedure	alto	mantenimento procedura	Verifica cronologia e procedure	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		3.2 lettera di convocazione ai patronati/sindacati/utente (ente o individuo che ha inserito la domanda)	Illecita gestione della cronologia di chiamata art. 317-318-319 quater-323	4,37 basso	Procedura Operativa della PG17 REV/3 del 23/12/2015(accertamenti sanitari dell'IC, della cecità e sordità, dell'handicap e della disabilità) Formazione su etica e legalità Verifica rispetto cronologia e procedure	alto	mantenimento procedura	Verifica cronologia e procedure	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		3.3 accesso a visita dell'utente	Illecita gestione della cronologia di chiamata art. 317-318-319 quater-324	4,37 basso	Procedura Operativa della PG17 REV/3 del 23/12/2015(accertamenti sanitari dell'IC, della cecità e sordità, dell'handicap e della disabilità) D. L. n. 66/2017 (Inclusioni degli studenti con disabilità) Tracciabilità degli accessi agli applicativi Verifica rispetto cronologia e procedure	alto	mantenimento procedura	Verifica cronologia e procedure	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		3.4 effettuazione della visita ed invio dei verbali all'INPS (Accertamento sanitario)	Falso ideologico nella valutazione della documentazione sanitaria art. 317-318-319-323 Esprimere giudizi complacenti Utilizzare informazioni riservate Falsificare verbali e documenti	6 medio	Collegialità della Commissione Verbale definitivo da parte dell'INPS Controlli da parte dell'INPS Dichiarazione nel verbale finale di assenza di conflitto d'interessi dei componenti la Commissione.	alto	mantenimento procedura	Monitoraggio circa la garanzia della rotazione dei componenti di nostra designazione	verifica semestrale delle presenze dei componenti di nostra designazione	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	medio/bassa	
		3.5 Valutazione visita domiciliare	Alterazione delle valutazioni e false certificazioni mediche art.317-318-319-323 Esprimere giudizi complacenti Utilizzare informazioni riservate Falsificare verbali e documenti	4,36 basso	Procedura operativa "accertamenti sanitari IC,cecità e sordità civile handicap e disabilità (REV. 3-23/12/2015) Circolare INPS n° 131 del 28 dicembre 2019. Verbale di visita domiciliare Tracciabilità nell'applicativo Formazione su etica e legalità Dichiarazione di assenza conflitto d'interesse	alto	mantenimento procedura come consuetudine	controllo dichiarazioni	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		3.6 Rendicontazioni economiche	Falsificare il numero di sedute e la tipologia di accertamenti a favore dei componenti esterni Ritardare la trasmissione dei prospetti di rendicontazione	4,37 basso	Controllo prospetti rendicontazione dei componenti esterni e verifica da parte della Medicina Legale	alto	mantenimento procedura	Verifica congruità tra n. sedute e gettoni segnalati (2/commissione) affatto della firma del riepilogo di liquidazione.	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
4	CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI patenti di guida e nautiche , porto d'armi, cessione del V dello stipendio, adozioni nazionali ed internazionali, e ditte di sicurezza, certificati per accompagnatori per soggetti affetti da handicap e/o patologie invalidanti in cabina elettorale, maternità anticipata a rischio per motivi sanitari, altro.	4.1 prenotazione allo sportello S/R (accesso diretto o telefonico)	Istruire una pratica in modo favorevole priva dei requisiti Illecita gestione della cronologia di chiamata art. 317-318-319 quater-324 utilizzare o diffondere informazioni riservate	3,5 basso	Formazione su etica e legalità - tracciabilità dei nominativi inseriti e visibilità a più operatori	alto	mantenimento procedura	n. d.	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		4.2 effettuazione della visita e rilascio della certificazione (Svolgimento seduta)	Falso ideologico nella valutazione sanitaria art. 318-319-323	3,79 basso	Formazione su etica e legalità	medio	misure da adottare: controllo a campione della documentazione sanitaria là dove prevista	1 % controlli a campione oppure n. controlli su totale certificati	annuale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	medio/bassa	
5	PATENTI SPECIALI Rilascio o rinnovo della patente di guida da parte di una specifica commissione ("Commissione Medica Locale Patenti di Guida"), nei casi di patologie che possano interferire con l' idoneità alla guida, limitazioni motorie o sensoriali , ecc.)	5.1 effettuazione della visita e rilascio della certificazione	Esprimere giudizi complacenti Utilizzare informazioni riservate Omettere, falsificare, eliminare documenti delle pratiche patenti in sospeso Falso ideologico nella valutazione sanitaria art. 318-319-323	3,5 basso	Decreto Legislativo n.59/2011 e ss.mm. Formazione su etica e legalità - controlli effettuati da ASST PG 23 Dichiarazione di assenza conflitto di interessi nel verbale	alto	mantenimento procedura	verbale Commissione	costante	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
6	RIMBORSI DIALIZZATI "Disposizioni normative in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche	6.1 accesso dell'utente (diretto o via mail) agli Uffici del PreSST	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		6.2 compilazione da parte dell'utente di un apposito modello	trascurabile									
		6.3 conteggio degli accessi mensili da parte dell'Ufficio PreSST preposto	Illecita liquidazione di somme non dovute art. 318-319-319 quater-323	3,79 basso	L.R.33/2009 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità) DGR n.X/4702 del 29/12/2015. Formazione su etica e legalità Verifica a campione	alto	mantenimento procedura	5 % controlli a campione: -presenza certificazione centro dialisi -distanza Km -mezzo autorizzato	trimestrale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		6.4 verifica ed approvazione da parte dei Responsabili PreSST (Richiesta rimborso e controllo documentazione)	Illecita liquidazione di somme non dovute art. 318-319-319 quater - 323	3,79 basso	Formazione su etica e legalità Verifica a campione	alto	mantenimento procedura	5 % controlli a campione: -presenza certificazione centro dialisi -distanza Km -mezzo autorizzato	trimestrale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		6.5 bonifico sul conto dell'utente	trascurabile	trascurabile								trascurabile
7	PRESCRIZIONE ED AUT. PROTESI ED AUSILI Insieme dei servizi utili a garantire ai cittadini affetti da minorazioni fisiche psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, l'erogazione di protesi e di ausili (pannolini, cateteri, carrozzine, letti, materassi antidecubito, montascale ecc) al fine di favorire l'autonomia personale. OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE	7.1 Dimissione Protetta: a, richiesta via fax di ausili per la dimissione protetta di utenti tagliati da strutture sanitarie pubbliche b, inserimento in Assistenti-RL da parte dei medici PreSST c. consegna degli ausili da parte di una ditta convenzionata	trascurabile	DGR n.X/7770 del 17/01/2018 (interventi di programmazione in materia di ADI)							trascurabile	
		7.2 prescrizioni dai parte dei MAP o prescrittori abilitati che inseriscono direttamente in Assistenti-RL e consegna all'utente da parte di una ditta convenzionata	trascurabile	D.M 332 del 27/08/1999 L.R. 33/2009, D.P.C.M. 12/01/2017 DGR 6917/2017 (S.U.P.I)								trascurabile
		7.3 Valutazione e autorizzazione	Irregolari autorizzazioni delle pratiche e forniture art. 317-318-319-319 quater	4,37 basso	Formazione su etica e legalità	medio	misure da adottare: Verifica a campione Adozione procedure	n. 20 casi per la parte sottoposta al controllo amministrativo	annuale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	medio/bassa	
8	CONSULTORIO OSTETRICO GINECOLOGICO Il Consultorio familiare è un servizio pubblico del territorio ad accesso libero che ha la finalità di promuovere e tutelare la salute della donna ,della famiglia, della coppia e del singolo nelle varie fasi della vita, avvalendosi della presenza di diversi professionisti:	8.1 prenotazione allo sportello S/R (accesso diretto o telefonico)	trascurabile								trascurabile	
		8.2 accesso in ambulatorio	trascurabile									
		8.3 effettuazione della screening/vista	trascurabile									trascurabile
		8.4 rilascio del referto o della ricetta medica	trascurabile									
9	ATTIVITA' PSICOSOCIALE DISTRETTUALE Il Consultorio familiare è un servizio fortemente orientato alla prevenzione ed alla promozione della salute e del benessere della persona in senso globale, in quanto punto riferimento nei momenti di transizione, mutamento e crisi della vita.	9.1 accesso diretto o telefonico con il psicologo o assistente sociale	trascurabile	trascurabile							trascurabile	
		9.2 colloquio in ambulatorio e presa in carico della problematica individuale o familiare dell'utente con eventuale attivazione dei servizi disponibili	Falso ideologico nella valutazione art. 317-318-319-323	4,08 basso	Procedura Operativa: PO_DSSATS_004_007 Formazione su etica e legalità	alto	mantenimento procedura	Audit clinico interno su 5% delle nuove prese in carico	annuale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	
		9.3 Verifica idoneità all'adozione	Falso ideologico nella valutazione della idoneità genitoriale art. 317-318-319-323	4,08 basso	Formazione su etica e legalità	alto	mantenimento procedura	Audit clinico interno su 5% delle nuove prese in carico	annuale	Direttore Direzione Socosantaria Est Provincia Direttore Direzione Socosantaria Valle Seriana e Val di Scalve	bassa	

		2.6 Certificazioni per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali: Apertura cartella clinica e firma consensi con l'P. colloquio con l'operatore dell'accoglienza e compilazione del questionario; effettuazione degli esami ematici e tossicologici diagnostici; effettuazione dei colloqui diagnostici con gli operatori dell'equipe (medico, assistente sociale, psicologo); restituzione dei referti degli esami da parte del medico ed eventuale compilazione della certificazione specifica per l'inserimento in CT regionali ed extra-regionali	Concussione verso l'utente e/o corruzione da parte di un utente da sottoporre a valutazione	5,25 basso	IOD17 indicazioni per il trattamento di soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti nei servizi residenziali e semiresidenziali accreditati (D.G.R. 7 aprile 2003 - n. 71/2621) Codice deontologico Rotazione del personale adibito alla gestione dei pazienti in valutazione Tracciabilità informatica Completta applicazione della catena di custodia Presenza telecamera con operatore (tranne per esame capello ed esame ematico) Monitoraggio: Equipe settimanale (multidisciplinare) per valutare criticità, gestione anomalie, aggiornamenti normativi certificazione di dipendenza patologica; progetto terapeutico individuale, relazione per ingresso i CT accreditate continuità clinica luglio 19; autorizzazione all'ingresso in struttura extra-regionale Invio al servizio qualità	alto		100% controlli da parte del Responsabile	costante	Responsabile dott. Serd, medici, Infermiere, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa
			Abuso d'ufficio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità	5,25 basso		alto	mantenimento procedura	100% controlli da parte del Responsabile	costante	Responsabile dott. Serd, medici, Infermiere, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa
			Sostituzione del campione biologico per la ricerca di stupefacenti al fine di ottenere un referto funzionale a scopi frodolenti	5,25 basso		alto		100% controlli da parte del Responsabile	costante	Responsabile dott. Serd, medici, Infermiere, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa
3	Gestione farmaci: approvvigionamento, carico, scarico, conservazione	3.1 Ordinazione dei farmaci alla farmacia interna, carico dei farmaci consegnati nel sistema informatizzato, scarico dei farmaci dal sistema informatizzato mediante somministrazione o affido farmacologico a gli utenti; conservazione dei farmaci consegnati secondo le norme di legge	Sottrazione di parte del farmaco per scopi illeciti Spazio di cui all'art. 73 del DPR n. 309/1990 Falsificazione dei registri	6,41 medio	IODD 34 gestione e trattamenti farmacologici in ambulatorio di somministrazione dei Serd, IODD 11 affidamento di farmaci in tabella DA legge 49 del 2006, MDD 39/39 BIS modello di continuità della catena di custodia, MDD dal 67 al 73 richiesta fornitura farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina, etc.) Registrazione informatica Registro specifico per stupefacenti Rotazione nella gestione dei farmaci Farmaci tenuti in cassaforte e gestiti da personale sanitario Somministrazione informatica dei farmaci stupefacenti (il sistema associa il farmaco alla cartella clinica del paziente) Sistema informatico in continuo aggiornamento Pernane la verifica giornaliera sulle rimanenze in cassaforte; realizzato progetto Risk management per terapia sostitutive	alto	mantenimento procedura e Protocolli revisionati, da aggiornare ulteriormente alla conclusione del gruppo di miglioramento del 2022; adottato il nuovo regolamento per la consegna dei farmaci sostitutivi in affido (allegato)	verifica giornaliera rimanenze in cassaforte	aggiornare protocolli alla conclusione del gruppo di miglioramento del 2022	Responsabile Serd, medici, Infermiere	medio/bassa
4	Screening follow-up delle patologie correlate infettivologiche	4.1 Prevenzione, screening, counseling, di patologie infettivologiche correlate su pazienti alcolodipendenti e tossicodipendenti già in carico; esecuzione di prelievi ematici e valutazioni dei marcatori virali 4.2 Vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive (HBV, influenza) su pazienti alcolodipendenti e tossicodipendenti già in carico; Esecuzione dell'esame da parte delle infermiere e restituzione dei referti da parte del medico	trascurabile	trascurabile							trascurabile
5	Screening, trattamento di 1° livello e monitoraggio della patologia psichiatrica associata: partecipazione ad equipe territoriali competenti multidisciplinari integrate SERT/CPS; collaborazione con i servizi comunali; collaborazione con i servizi socio sanitari accreditati.	5.1 Partecipazione ad equipe territoriali competenti multidisciplinari integrate SERT/CPS o SERT/NP; visite parere in SPDC; incontri fra operatori dei servizi per discutere dei casi congiunti, come previsto dal documento di collaborazione fra servizi; effettuazione di visite parere da parte del medico presso SPDC; management e counseling telefonico 5.2 Collaborazione con i servizi comunali: incontri fra operatori dei servizi per discutere dei casi congiunti; management e counseling telefonico 5.3 Collaborazione con i servizi socio sanitari accreditati: Servizi Residenziali e Semiresidenziali: incontri fra operatori dei servizi per discutere dei casi congiunti; management e counseling telefonico	trascurabile	trascurabile							trascurabile
6	Valutazione e trattamento precoce sui giovani consumatori	6.1 Intercettazione e valutazione nelle fasi precoci di utilizzo sostanze o comportamenti complessivi; Colloqui di consulenza con operatori dedicati (educatore, psicologo, medico, assistente sociale) con il minore e/o con i familiari 6.2 Presa in carico congiunta con i consultori familiari o servizi specifici (es. Servizio Adolescenti); Equipe di coordinamento con gli operatori per le prese in carico congiunte, contatti telefonici o incontri di aggiornamento periodico	trascurabile	trascurabile							trascurabile
7	Monitoraggio delle problematiche di salute specifiche di donne tossicodipendenti e alcolodipendenti: prevenzione delle patologie infettive e trasmissione sessuale, prevenzione delle gravidanze indesiderate, prescrizione di pap-test, attività di educazione sessuale.	7.1 Prevenzione delle patologie infettive a trasmissione sessuale di pazienti alcolodipendenti e tossicodipendenti già in carico: Incontri di counseling infermieristico e medico, effettuazione di esami specifici, eventuale invio a specialisti 7.2 Prevenzione delle gravidanze indesiderate: Incontri di counseling infermieristico e medico, consegna dei profilattici, effettuazione del test di gravidanza, eventuale accompagnamento al consultorio 7.3 Prescrizione di pap-test; consulenza medica e prescrizione del pap-test, accompagnamento al consultorio 7.4 Attività di educazione sessuale: incontri di consulenza con operatori dedicati, eventuale accompagnamento al consultorio	trascurabile	trascurabile							trascurabile
8	Definizione di programmi alternativi alla pena: valutazione diagnostica e definizione di programmi idonei	8.1 Valutazione diagnostica e definizione di programmi alternativi alla pena: Apertura cartella clinica con infermiere e firma dei consensi; colloquio di accoglienza con operatore dedicato e compilazione dei questionari; effettuazione degli esami diagnostici ematici e tossicologici; effettuazione dei colloqui diagnostici con gli operatori (assistente sociale, medico, educatore, psicologo); riunione di equipe per la discussione del caso, restituzione dell'esito della base diagnostica da parte di uno o più operatori e stesura del programma; contatti telefonici con avvocato e servizi coinvolti es. (UEPE, USMM), invio del programma concordato e degli aggiornamenti periodici, invio del certificato di presa in carico	Concussione verso l'utente e/o corruzione da parte dell'utente da sottoporre a valutazione	4,5 basso	MDD20 Certificazione ai sensi dell'articolo 94 DPR, 309/90 modificato con la legge 49/2006 e secondo il DM 186/90 Esami diagnostici ematici e tossicologici. Completta applicazione della catena di custodia Presenza telecamera con operatore (tranne per esame capello ed esame ematico) effettuazione dei colloqui diagnostici con gli operatori (assistente sociale, medico, educatore, psicologo), riunione di equipe per la discussione del caso Relazioni inviate al Tribunale Riunioni d'equipe periodiche di aggiornamento e andamento dei casi trattati	alto	mantenimento procedura	100% controlli da parte del Responsabile	costante	Responsabile Serd, Infermiere, medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa
			Abuso d'ufficio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità	4,5 basso		alto			costante	Responsabile Serd, Infermiere, medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa
			Sostituzione del campione biologico per la ricerca di stupefacenti al fine di ottenere un referto funzionale a scopi frodolenti	4,5 basso	certificazione aggiornata	alto			costante	Responsabile Serd, Infermiere, medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali	bassa

9	Tutela Minori: valutazione tossicologica per quanto riguarda la genitorialità, valutazione tossicologica del minore, progetto terapeutico del minore consumatore di sostanze	<p>9.1 Valutazione tossicologica per quanto riguarda la genitorialità: Apertura cartella clinica con infermiere e firma dei consensi, colloquio di accoglienza con operatore dedicato e compilazione dei questionari, effettuazione degli esami diagnostici ematici e tossicologici, effettuazione dei colloqui diagnostici con gli operatori (assistente sociale, medico, educatore, psicologo), riunione di équipe per la discussione del caso, restituzione degli esiti da parte di uno o più operatori e stesura del programma, contatti telefonici con avvocato e servizi coinvolti es. Tribunale Minori, Servizio Tutela Minori, invio della relazione e degli aggiornamenti periodici</p>	<p>Concussione verso l'utente e/o da parte dell'utente da sottoporre a valutazione</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>	mantenimento procedura	100% controlli da parte del Responsabile	costante	<p>Responsabile Serd, Infermiere, medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali</p>	bassa
		<p>Abuso d'ufficio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>						
		<p>Sostituzione del campione biologico per la ricerca di stupefacenti al fine di ottenere un referto funzionale a scopi frodolenti</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>						
		<p>Concussione verso l'utente e/o concussione da parte dell'utente da sottoporre a valutazione</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>						
		<p>Abuso d'ufficio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>						
		<p>Sostituzione del campione biologico per la ricerca di stupefacenti al fine di ottenere un referto funzionale a scopi frodolenti</p>	<p>5,25 basso</p>	<p>alto</p>						
10	Segnalazione per violazione art. 75 DPR 309/90: valutazione diagnostica multidimensionale, progetto terapeutico condiviso, valutazione e comunicazione esiti	<p>10.1 Valutazione diagnostica multidimensionale per art. 75: Apertura cartella clinica in seguito a segnalazione della Prefettura, convocazione dell'utente, colloquio di accoglienza con operatore dedicato e firma dei consensi, somministrazione di questionari ed interviste strutturate, effettuazione degli esami tossicologici</p>	<p>Induzione indebita a dare o promettere utilità verso un soggetto segnalato o abuso d'ufficio per modificare i criteri di valutazione al fine di ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie</p>	<p>3,66 basso</p>	<p>alto</p>	mantenimento procedura	100% controlli da parte del Responsabile	costante	<p>Responsabile Serd, Infermiere, medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali</p>	bassa
		<p>10.2 Progetto terapeutico condiviso: Stesura, a conclusione della valutazione diagnostica, di un programma terapeutico che può comprendere prestazioni mediche (counseling, visite mediche, somministrazione di terapie farmacologiche), prestazioni sociali (colloqui di consulenza sociale), educative (colloqui educativi e riabilitativi), colloqui psicologici (terapie di sostegno, psicoterapie individuali), consulenza ed eventuale presa in carico dei genitori in caso di utente minore</p>	<p>Non attenersi al rispetto del progetto per ottenere indebiti vantaggi</p>	<p>3,66 basso</p>	<p>alto</p>					
		<p>10.3 Valutazione e comunicazione esiti: Valutazione con l'utente del programma effettuato, stesura della relazione ed invio alla Prefettura</p>	<p>Manomettere l'esito per ottenere indebiti vantaggi</p>	<p>3,66 basso</p>	<p>alto</p>					
11	Segnalazione per violazione art. 121 DPR 309/90: convocazione, offerta counseling informativo ed educativo per segnalati e familiari	<p>11.1 Convocazione per art. 121: Segnalazione della Prefettura al servizio, invio tramite raccomandata della convocazione al servizio nella quale è segnalato giurista dell'appuntamento ed operatore di riferimento</p>	<p>trascurabile</p>	<p>trascurabile</p>	trascurabile					trascurabile
		<p>11.2 Offerta counseling informativo ed educativo per segnalati e familiari: Colloqui di consulenza con l'utente ed eventualmente con il familiare, se presente; eventuale presa in carico successiva se richiesta</p>	<p>trascurabile</p>	<p>trascurabile</p>						
12	Attività di prevenzione: partecipazione a tavoli provinciali, a tavoli di ambito, a progetti di prevenzione universale nelle scuole, Progetto Life Skills Training, Progetto Giovani Spiriti, Progetto Unplugged, Progetti richiesti dal territorio, progetti di prevenzione selettiva.	<p>12.1 Partecipazione a tavoli provinciali: Partecipazione al Tavolo Tecnico Dipendenze (OCSM), Partecipazione al Tavolo Prevenzione ATS</p>	<p>trascurabile</p>	trascurabile	trascurabile					trascurabile
		<p>12.2 Partecipazione a tavoli di ambito: Partecipazione ai tavoli di ambito territoriale in collaborazione con UDP</p>	<p>trascurabile</p>							
		<p>12.3 Partecipazione a progetti di prevenzione universale nelle scuole: Progetto Life Skills Training (attuato nelle scuole secondarie di primo grado e rivolto agli insegnanti, che vengono appositamente formati, e realizzato a sviluppare negli studenti le abilità, rafforzando i fattori protettivi e riducendo quelli di rischio), Progetto Giovani Spiriti (rivolto a insegnanti, studenti, genitori dal 1° biennio superiori e finalizzato a prevenire/limitare la sperimentazione di sostanze, limitare il consumo abituale in chi ha già sperimentato), progetto Unplugged (progetto di prevenzione in ambito scolastico dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale ed indicato per i ragazzi del I e II anno delle scuole secondarie di I grado e del primo anno delle scuole secondarie di II grado).</p>	<p>trascurabile</p>							

REGOLAMENTO PER LA SPERIMENTAZIONE DI MODALITÀ DI LAVORO FLESSIBILE – SMART WORKING NELL’ASST BERGAMO EST

Sommario

Premessa.....	2
Art. 1 Definizione dello Smart Working.....	2
Art. 2 Obiettivi.....	3
Art. 3 Fase sperimentale e principi della sperimentazione.....	3
Art. 4 Destinatari.....	4
Art. 5 Modalità di esecuzione della prestazione lavorativa in Smart Working.....	5
Art. 6 Fruizione delle giornate in Smart Working.....	6
Art. 7 Accesso alla sperimentazione e modalità di svolgimento.....	7
Art. 8 Aspetti normativi ulteriori.....	9

Allegati

1. ACCORDO SMART WORKING TRA AZIENDA E SINGOLO LAVORATORE INTEGRATIVO AL CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO
2. Allegato – Avviso Manifestazione d’interesse per lo Smart Working
3. Allegato – Modulo domanda di partecipazione
4. Allegato – Documento informativo sicurezza
5. Allegato - Guida Tecnica Informatica
6. Allegato – Codice norme trattamento dati

Premessa

L'ASST Bergamo Est, in coerenza con quanto previsto dalla L. 81/2017, dall'art. 14 della L. 124/2015 e dalla Direttiva n. 3/2017 "*Linee Guida in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro*", con il presente Regolamento intende avviare la sperimentazione dello Smart Working come modalità di lavoro flessibile, finalizzata alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale dipendente. L'avvio della sperimentazione costituisce la concreta attuazione delle politiche di "*Promozione del benessere organizzativo e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro*" dell'ASST Bergamo Est che ha previsto tra le azioni da sviluppare per i propri dipendenti, impegnati nel quotidiano bilanciamento tra la propria vita professionale e le esigenze della propria sfera personale/familiare, l'introduzione dello Smart Working, con l'obiettivo di contribuire a promuovere il benessere e la qualità della vita.

Art. 1 Definizione dello Smart Working

«Il lavoro agile (o Smart Working) è una **modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato** stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, **in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa**, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.» (art. 18 L. 81 del 22/5/2017).

Di conseguenza, in seguito ad un accordo tra le parti, attraverso l'organizzazione dello Smart Working è consentita un'esecuzione saltuaria della prestazione lavorativa in luoghi diversi dalla sede di assegnazione individuati dal/la dipendente, avvalendosi di strumentazione informatica, idonea a consentire lo svolgimento della prestazione e l'interazione con il/la responsabile, i/le colleghi e clienti sia interni che esterni, nel rispetto della normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, di privacy e di sicurezza dei dati. Lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dalla sede di lavoro non costituisce una variazione della stessa, non modifica in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento, profilo e

mansioni e non modifica la relativa sede di lavoro di assegnazione così come non incide in alcun modo sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e non modifica il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro, ivi compresa la copertura assicurativa in caso di infortunio.

Considerata la configurazione dell'ASST BG Est, che nelle sue componenti ospedaliere, ambulatoriali, territoriali ed unità psichiatriche, comprende una vasta area geografica caratterizzata dalle principali valli bergamasche, è previsto lo svolgimento dello Smart Working anche in sedi dell'Azienda diverse dalla sede di assegnazione del dipendente attraverso la soluzione organizzativa definita "co-working".

Lo Smart Working, così come definito e disciplinato all'interno del presente regolamento, non si configura come telelavoro, né tantomeno ne integra la fattispecie sotto un profilo normativo e avviene su base volontaria.

Art. 2 Obiettivi

L'introduzione dello Smart Working tra le modalità di svolgimento delle attività lavorative si propone i seguenti obiettivi:

- incrementare e migliorare la work-life balance (conciliazione vita/lavoro);
- migliorare il benessere organizzativo e la relativa fidelizzazione all'Azienda;
- aumentare la soddisfazione del personale e il livello di motivazione;
- facilitare la diffusione di una cultura e di pratiche di conciliazione vita-lavoro;
- ridurre il tasso di assenteismo;
- incrementare la performance organizzativa;
- ridurre l'impatto sull'ambiente in termini di traffico e inquinamento

Art. 3 Fase sperimentale e principi della sperimentazione

Poiché lo Smart Working introduce degli importanti elementi di innovazione della cultura e delle modalità gestionali, si rende necessario attivare un processo di sperimentazione per meglio valutare e comprendere esiti, impatti ed eventuali azioni di miglioramento.

Ciò significa:

- individuare con accuratezza la popolazione interessata;
- determinare un periodo limitato di sperimentazione;
- attivare delle azioni (e uffici e/o servizi) di supporto a chi è coinvolto;

- definire delle modalità di rilevazione/misurazione delle conseguenze e dei risultati, che, là ove possibile, saranno correlati agli obiettivi di Unità Operativa ed avere indicatori tali da facilitare la verifica dei risultati tra il responsabile/autorizzatore e il lavoratore, al fine di determinare e concordare le necessarie azioni correttive.

Il presente Regolamento ispirandosi alla Legge 81 del 22/5/17 e alla c.d. Circolare Madia, intende facilitare l'introduzione dello Smart Working attraverso la definizione di un **percorso di sperimentazione che durerà 12 mesi** al fine di valutarne il reale impatto sull'organizzazione del lavoro.

Nella fase sperimentale potranno essere coinvolti al massimo l'1% dei dipendenti dell'ASST BG EST.

La sperimentazione sarà guidata dall'UOC Gestione Risorse Umane.

L'accesso allo Smart Working (SW) non varia in nessun modo gli obblighi e i doveri del dipendente, così come i diritti ad esso riconosciuti dalle leggi e dai contratti collettivi nazionali di lavoro e non comporta alcuna limitazione alle opportunità di sviluppo professionale né può influire aprioristicamente in senso negativo sulla valutazione della performance individuale del dipendente.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in SW non costituisce variazione della stessa e non altera in alcun modo l'inserimento del lavoratore nell'organizzazione dell'ASST BG Est e il relativo assoggettamento al potere direttivo, di controllo, di indirizzo e disciplinare esercitato dall'ASST BG Est.

Lo SW prevede la possibilità di lavorare in una sede diversa da quella di assegnazione per un massimo di n. 3 giorni/settimana, non cumulabili per un utilizzo successivo salvo diversa programmazione da concordare con il responsabile di servizio/UO. Anche durante il lavoro in SW, il/la dipendente è tenuto/a a rispettare l'orario di lavoro contrattualmente previsto, le norme aziendali e quanto definito nelle sue mansioni.

Art. 4 Destinatari

Durante la sperimentazione potrà accedere allo SW, previa valutazione della fattibilità organizzativa, come di seguito indicato nell'art. 7 Accesso alla sperimentazione, il personale le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa che:

- non richiede l'accesso da remoto alle cartelle di rete aziendali e/o l'utilizzo di software aziendali non pubblicati in internet e può essere svolta con PC privato;

- richiede l'accesso alla rete aziendale che può essere svolta con PC privato e installazione del client VPN;

Nel caso lo/la smartworker sia trasferito/a ad altra Unità Organizzativa si rende necessario rivedere le modalità della sperimentazione.

Con ogni dipendente coinvolto/a nella sperimentazione sarà stipulato un **Accordo Integrativo al contratto di lavoro** che cesserà automaticamente al termine della sperimentazione.

Ogni Accordo avrà la durata massima di 12 mesi.

Contenuti e punti dell'Accordo sono riportati nello standard allegato al presente Regolamento

Art. 5 Modalità di esecuzione della prestazione lavorativa in Smart Working

1) Luogo di svolgimento.

Lo SW potrà essere svolto in qualsiasi luogo idoneo ad attività di lavoro all'interno del territorio nazionale, tale da consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa in condizioni di sicurezza e riservatezza, nel rispetto delle prescrizioni legali in materia di tutela della sicurezza e della salute dei/elle lavoratori/trici, salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi della L. n. 81/2008, come definito nel presente regolamento. Lo SW potrà essere svolto anche, compatibilmente con la disponibilità, in una delle diverse sedi aziendali (co-working).

2) Orario di lavoro.

Nelle giornate di lavoro concordate lo/la smartworker dovrà manifestare la propria disponibilità ad essere raggiunto/a durante la giornata in una fascia oraria obbligatoria di reperibilità da concordare con l'autorizzatore/trice, escludendo le festività contrattuali, le giornate di sabato e di domenica e le altre giornate di assenza dal servizio. Le giornate in SW non potranno essere immediatamente successive o precedenti a giornate di ferie e/o permessi.

3) Malattia.

In caso di malattia la prestazione è sospesa, analogamente alla prestazione in Azienda. La malattia sopravvenuta interrompe lo SW, nel rispetto delle norme in materia di assenze dal lavoro, con conseguente invio della certificazione del medico curante e

invio del numero di protocollo all'Amministrazione, secondo le norme in uso in Azienda.

4) Permessi.

Durante la prestazione, lo/la smartworker non può avvalersi di permessi orari o di altri istituti che incidono sulla durata giornaliera che comportano la riduzione dell'orario di lavoro.

5) Salario accessorio, buoni pasto e mensa. Nelle giornate di SW non è possibile svolgere né lavoro straordinario né lavoro notturno. Per i/le titolari di incarichi di funzione restano invariate le indennità legate alla funzione. Durante le giornate di SW svolto in sedi diverse dalle sedi aziendali si potrà usufruire del servizio mensa ma laddove non disponibile non si maturerà il diritto ai buoni pasto.

6) Diritti e Doveri.

L'accesso allo SW non varia in alcun modo gli obblighi e i doveri del/le lavoratore/trice, così come i diritti ad esso riconosciuti dalle norme vigenti e al/la lavoratore/trice in SW è applicabile il Codice disciplinare vigente. Lo svolgimento delle attività lavorative in modalità SW non penalizza la professionalità e l'avanzamento di carriera del personale. Per quanto non disciplinato dal presente Regolamento si fa riferimento, per quanto applicabili, alle disposizioni di Legge, con particolare riferimento alla normativa per la prevenzione delle condotte assenteistiche di cui alla riforma Madia (L. 124/2015) e alle norme del contratto collettivo nazionale di lavoro e alla contrattazione di secondo livello del personale.

7) Azioni di controllo del datore di lavoro.

Eventuali controlli per verificare le modalità di applicazione dello SW potranno essere effettuati a campione dall'Azienda sui risultati conseguiti, in osservanza delle normative vigenti e di quanto stabilito nel presente Regolamento.

Art. 6 Fruizione delle giornate in Smart Working

Registrazione nel sistema di rilevazione delle presenze.

A consuntivo, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento, ai fini della registrazione nel sistema rilevazione presenze lo/la smartworker utilizzerà il codice "SW", appositamente creato, per indicare la/e giornata/e fruita/e in SW.

Art. 7 Accesso alla sperimentazione e modalità di svolgimento

1) Ambiti della sperimentazione.

La sperimentazione potrà riguardare al massimo l'1% dei dipendenti dell'ASST BG Est. Per ragioni di rappresentatività e fattibilità tecnico-operativa in fase di sperimentazione potrà essere coinvolto personale dipendente del comparto afferente ai profili professionali di tipo tecnico/amministrativo, sanitario e titolari di incarichi di funzione.

2) Individuazione Aree e Profili professionali.

Ciascuna Direzione di UO coinvolta, assistita dall'UOC Gestione Risorse Umane, individuerà preliminarmente le aree, i profili professionali e le attività coinvolgibili nella sperimentazione sulla base di:

- a) realizzabilità tecnica-organizzativa;
- b) fattibilità operativa ovvero effettiva individuazione di attività attribuibili in SW;
- c) impatti limitati sui cicli di lavoro;
- d) rilevazione e valutazione delle attività in SW;
- e) rappresentatività del campione in sperimentazione.

3) Manifestazione di interesse.

I/le dipendenti appartenenti alle Aree citate e per i profili indicati da ogni Direzione di UO, di cui al punto 2), potranno manifestare il proprio interesse ad aderire alla sperimentazione attraverso la compilazione e la consegna di apposito modulo, al proprio responsabile.

4) Adesioni.

A seguito di un colloquio con i dipendenti che hanno presentato domanda e di una ulteriore verifica della fattibilità tecnica, con l'eventuale supporto del Servizio Sistemi Informativi, il/la Dirigente e/o il/la responsabile rilascerà il proprio nulla osta

all'inserimento della sperimentazione dello SW e indicherà il numero di giornate al mese lavorabili in SW con successivo inoltro all'UOC Gestione Risorse Umane.

I nulla osta saranno rilasciati sulla base dei seguenti criteri:

1. interesse e disponibilità;
2. fattibilità operativa ovvero effettiva individuazione di attività attribuibili in SW;
3. possesso di strumentazione adeguata per lo svolgimento delle prestazioni in SW, quali ad es. PC, connessione Internet (ADSL, fibra, ...), tablet, smartphone, etc.;
4. tempo di percorrenza e/o distanza normalmente impiegata per raggiungere il luogo di lavoro;
5. familiari che necessitano di cure ed attenzioni.

5) Stipula dell'Accordo.

L'UOC Gestione Risorse Umane convocherà il/la dipendente per la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Individuale temporaneo, per la durata della sperimentazione, al proprio contratto di lavoro, che disciplina:

- le modalità di prestazione in SW,
- il numero di giornate in SW,
- gli obiettivi assegnati per l'attività in SW
- le modalità di rilevazione delle attività prodotte in SW,
- le ipotesi di recesso,
- le tutele del lavoratore/delle lavoratrici,
- gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati,
- la durata della sperimentazione in SW (termine iniziale e termine finale)

Conclusa la fase di sperimentazione l'Accordo è automaticamente estinto. Un suo eventuale rinnovo o proroga dovrà essere esplicitamente sottoscritto.

6) Formazione e adempimenti tecnici.

Ai/lle dipendenti coinvolti saranno fornite tutte le indicazioni e i supporti necessari in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro e policy per la sicurezza dei dati informatici, secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti. Ai futuri/alle future smartworker verrà fornita dal Servizio Sistemi Informativi, ove necessario, una VPN (virtual private

network) per poter accedere da remoto agli applicativi dell'Ente, alla intranet e alle cartelle condivise, attraverso delle credenziali di sicurezza.

7) Strumenti di lavoro e rimborsi spese.

Lo SW può essere effettuato con PC privato. Non è prevista, nessuna forma di rimborso spese e copertura dei costi della rete internet, del telefono e degli eventuali investimenti e/o delle spese di energia e di mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro sostenuti dal dipendente in SW. Gli/le smartworker si impegnano eventualmente a tenere aggiornati i sistemi di protezione dei propri computer e a seguire le disposizioni tecniche di Sistemi Informativi per prevenire possibili danni ai sistemi operativi dell'Azienda. L'Azienda da parte sua si impegna a fornire l'assistenza tecnica/informatica partendo dall'assunto che lo smartworker è un "fruitore medio" dei normali sistemi informatici comunemente utilizzati al domicilio. Inoltre eventuali costi per nuovi programmi che sostengano nuovi applicativi ed eventuali adeguamenti tecnici informatici necessari per il lavoro da remoto si intendono a carico dell'Azienda.

8) Monitoraggio.

Tenuto conto delle caratteristiche dell'Azienda e delle professionalità impegnate, in fase di sperimentazione sarà effettuato un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dai/dalle dipendenti che hanno aderito allo SW e dai/dalle responsabili, per verificare l'andamento della sperimentazione e proporre eventuali azioni correttive al progetto. Gli esiti del monitoraggio, condotti in forma anonima ed aggregata, saranno illustrati nelle opportune sedi istituzionali (Organismo Paritetico per l'innovazione – Area del Comparto, CUG, OO.SS.). In qualsiasi caso, salvo i casi riportati nel Codice disciplinare e di Anticorruzione, eventuali risultati negativi della sperimentazione non potranno essere utilizzati per procedimenti disciplinari a carico dello smartworker o per penalizzazioni economiche sulla Premialità /Retribuzione di Risultato.

Art. 8 Aspetti normativi ulteriori

1) Recesso.

In fase sperimentale l'Azienda e/o il lavoratore/la lavoratrice possono recedere dall'Accordo individuale integrativo in forma scritta, esplicitandone le motivazioni.

2) Cause di recesso.

Lo SW può essere oggetto di recesso per ragioni organizzative, per assegnazione del/la lavoratore/trice ad altre mansioni diverse da quelle per le quali è stata concordata l'attività, per il venir meno delle ragioni personali che hanno motivato il/ la dipendente a richiedere lo SW, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati in modalità SW, nonché in caso di rinuncia da parte del/la dipendente. La mancata osservanza delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, sicurezza e tutela dei dati, fedeltà e riservatezza costituisce motivo di recesso immediato.

3) Tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

In fase di sottoscrizione dell'accordo e prima dell'avvio della sperimentazione, verrà consegnato opuscolo informativo in tema di salute e sicurezza sul lavoro in SW. Il/la dipendente sarà o tenuto/a a rispettare norme e forme stabilite.

4) Tutela della privacy.

In fase di sottoscrizione dell'accordo e prima dell'avvio della sperimentazione, verrà consegnato opuscolo informativo in tema di tutela della privacy sul lavoro in SW. Il/la dipendente sarà tenuto/a a rispettare norme e forme stabilite, pena il recesso dalla sperimentazione.

5) Clausola di salvaguardia.

Per quanto non definito nel presente regolamento, si fa riferimento, per quanto applicabili, alle disposizioni di legge e regolamentari e alle norme del contratto collettivo nazionale di lavoro e alla contrattazione di secondo livello del personale dipendente. L'Azienda si riserva di adeguare il regolamento alle condizioni migliorative derivanti da futuri cambiamenti legislativi. A regime, eventuali risparmi tecnologici o incremento di ricavi per l'Azienda potranno essere oggetto di trattativa con le OO.SS. ai fini della premialità e della retribuzione di risultato.

**ACCORDO SMART WORKING TRA AZIENDA E SINGOLO LAVORATORE
INTEGRATIVO AL CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO**

Tra l'ASST BG EST,

E

***** nato a***** (**) il **/**/**** residente in **(**) Via *****, C.F. *****, di seguito denominato lavoratore.

Premesso che

1. Mediante l'introduzione dello Smart Working l'azienda intende migliorare la produttività e l'efficienza del lavoro, nonché ridurre i costi aziendali di struttura;
2. La prestazione in Smart Working costituisce una forma di conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro per il lavoratore.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

1. PRESTAZIONE IN SMART WORKING

Le parti concordano di regolare il rapporto di lavoro subordinato stipulato in data ***** nella modalità in Smart Working, prevista a tempo determinato fino al *****.

La possibilità di lavorare in una sede diversa da quella di assegnazione è definita per un n. ***** giorni/settimana, non cumulabili per un utilizzo successivo

Quando non previsto l'obbligo di presenza in sede il lavoratore potrà svolgere la prestazione dalla propria residenza o da altro luogo comunicato all'azienda.

Nell'effettuazione della prestazione in Smart Working, al fine di conciliare al meglio i tempi di vita e di lavoro, il lavoratore, fermo restando l'orario giornaliero di lavoro, potrà scegliere a sua discrezione la distribuzione dell'orario di lavoro svolto, con obbligo di reperibilità al nr telefonico ***** nelle fasce orarie concordate comprese tra le***** e le ***** e tra le***** e le*****.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione nella fascia oraria tra le***** e le *****

Gli obiettivi per l'attività in SW sono i seguenti:

A consuntivo, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento, ai fini della registrazione nel sistema rilevazione presenze lo/la smartworker utilizzerà il codice "SW", appositamente creato, per indicare la/e giornata/e fruita/e in SW.

Prima della scadenza del termine, le parti si danno atto di incontrarsi per valutare la prosecuzione del piano di Smart Working, eventualmente rimodulandone i contenuti, ovvero di interrompere l'adozione di tale modalità organizzativa.

In caso di necessità aziendali, il datore di lavoro potrà richiedere al lavoratore il rientro in Azienda: nel caso si sovrappongano a giorni in cui era previsto lo Smart Working, non vi sarà alcun recupero. Nei giorni di prestazione in Smart Working, il lavoratore non è autorizzato a svolgere lavoro straordinario o lavoro notturno, né tantomeno potrà essere richiesto dal datore di lavoro. Il mancato rispetto delle direttive aziendali e degli obblighi specifici derivanti dalla prestazione in Smart Working e previsti nel presente accordo costituiscono inadempimento contrattuale disciplinarmente rilevante, come previsto dal Codice Disciplinare vigente presso il datore di lavoro.

L'Azienda e/o il lavoratore/la lavoratrice possono recedere dall'Accordo individuale integrativo in forma scritta, esplicitandone le motivazioni.

Lo SW può essere oggetto di recesso per ragioni organizzative, per assegnazione del/la lavoratore/trice ad altre mansioni diverse da quelle per le quali è stata concordata l'attività, per il venir meno delle ragioni personali che hanno motivato il/ la dipendente a richiedere lo SW, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati in modalità SW, nonché in caso di rinuncia da parte del/la dipendente. La mancata osservanza delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, sicurezza e tutela dei dati, fedeltà e riservatezza costituisce motivo di recesso immediato.

2. STRUMENTI DI LAVORO E CONNESSIONE

Il lavoratore può utilizzare come strumento di lavoro, un computer di sua proprietà se presta la sua attività al di fuori delle sedi aziendali o un computer aziendale se presta la sua attività in Co-working. Sul pc di sua proprietà potranno essere installati i software e gli applicativi se necessari per l'esecuzione della prestazione di lavoro. L'eventuale installazione è a cura dell'Azienda. In caso di impossibilità temporanea del collegamento internet o in remoto per problemi di natura tecnica, il lavoratore è tenuto a comunicarlo al datore di lavoro, nella

persona del diretto responsabile, con tempestività. La connessione a internet, durante le fasi in Smart Working, è a carico del lavoratore e non saranno rimborsate altre spese.

3. SICUREZZA SUL LAVORO

Il lavoratore sarà informato sulle condizioni di sicurezza che debbono essere verificate preventivamente e quindi rispettate ogni volta si troverà a svolgere la propria prestazione al di fuori dei locali aziendali. Al lavoratore sarà inoltre consegnato apposito e specifico regolamento in materia di Sicurezza negli ambienti di lavoro, e contenente tutte le prescrizioni specifiche per le mansioni svolte e gli strumenti informatici e telematici utilizzati. Il datore di lavoro è responsabile della piena e totale conformità della strumentazione fornita agli standard di sicurezza fissati dal D.Lgs. n.81/08 e sue successive modificazioni e integrazioni.

4. PRIVACY, RISERVATEZZA E CONTROLLO

Il lavoratore è tenuto alla riservatezza dei dati sensibili trattati e delle informazioni riservate dei quali viene a conoscenza per effetto diretto delle mansioni svolte. È fatto assoluto divieto di svolgere la prestazione in circostanze nelle quali altre persone potrebbero entrare a conoscenza delle informazioni riservate e dei dati sensibili, da lei trattati in virtù del suo ruolo all'interno dell'azienda. Eventuali controlli della prestazione di lavoro saranno effettuati nel rispetto dell'art. 4 dello Statuto dei Lavoratori.



Allegato – Avviso Manifestazione d’interesse per lo Smart Working

AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE DELL’ASST BG EST MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA SPERIMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE O SMART WORKING

1. PREMESSA

La Direttiva n 3/17 del Dipartimento della Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri prevede che le Pubbliche Amministrazioni adottino misure organizzative per l’attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa (Smart Working) che permettano entro tre anni ad almeno il 10% dei dipendenti di avvalersi di tale modalità senza penalizzazioni nella loro professionalità e nell’avanzamento di carriera.

L’ASST BG EST intende procedere alla sperimentazione dello Smart Working, relativamente ai profili Amministrativi, Tecnici e Sanitari del Comparto.

2. DEFINIZIONE DELLO SMART WORKING

Lo Smart Working è un approccio innovativo all’organizzazione del lavoro, che si contraddistingue per parametri quali la flessibilità e l’autonomia nella scelta di spazi, orari e strumenti e che prevede l’introduzione del principio della valutazione della performance lavorativa basata sui risultati e sui livelli di servizio più che sulla presenza o sull’adempimento di procedure standardizzate. Lo Smart Working consiste infatti, come definito dalla legge, in una prestazione di lavoro subordinato che si svolge con le seguenti modalità:

- esecuzione della prestazione lavorativa svolta solo in parte all’interno dei locali aziendali e con i soli vincoli di orario massimo derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva;
- possibilità di utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa;
- assenza di una postazione fissa durante i periodi di lavoro svolti al di fuori dei locali aziendali.

3. LO SMART WORKING IN PRATICA

Lo/la smartworker potrà svolgere in remoto una intera giornata lavorativa per un massimo di n. 3 giorni/settimana. Il/la dipendente dovrà essere rintracciabile, dal funzionario di riferimento o dal/la dirigente, garantendo una reperibilità di ***** ore nel lavoro “da remoto” telefonicamente, via e-mail o attraverso altri strumenti informatici. Dovrà concordarne la fruizione con il proprio superiore tramite mail o altre modalità definite. Il lavoratore/la lavoratrice concorderà con il/la Responsabile le attività che andrà a svolgere.

Saranno organizzati momenti di formazione ai/alle dipendenti che parteciperanno alla sperimentazione.

4. REQUISITI PER PARTECIPARE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il presente avviso è da intendersi finalizzato esclusivamente alla ricezione di candidature da parte del personale del Comparto in servizio presso l’Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato/indeterminato, part-time/tempo pieno delle Aree la cui attività professionale sia compatibile in ragione delle attività svolte, dell’autonomia dei compiti e della misurabilità delle prestazioni col lavoro da remoto.

I candidati devono essere, inoltre, in possesso della strumentazione tecnica idonea allo svolgimento dello Smart Working prevista nella “Guida tecnica informatica” allegata al presente bando.

Nella fase della sperimentazione la partecipazione alla presente manifestazione di interesse è consentita a:

- 1) personale dell'Area del Comparto con profilo ***** inquadrato nelle cat. ***** afferente alle seguenti UU.OO.*****
- 2) personale dell'Area del Comparto titolare di incarico di funzione;

5. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE

L'adesione alla sperimentazione della durata di 12 mesi è su base volontaria.

Il/la dipendente interessato, dopo aver preso attentamente visione del regolamento dello Smart Working, deve presentare domanda di adesione alla manifestazione di interesse, da redigere in carta semplice utilizzando esclusivamente il modulo allegato ed allegando una copia di un documento di validità in corso di validità.

Le candidature alla manifestazione di interesse dovranno pervenire all'UOC Gestione Risorse Umane.

Non saranno in ogni caso prese in considerazione le domande non sottoscritte o non corredate dalla copia di un documento di identità in corso di validità.

Nella fase sperimentale sono coinvolti al massimo l'1% dei dipendenti dell'ASST BG EST.

6. ESAME DELLE CANDIDATURE

Le domande pervenute saranno esaminate da una commissione composta dal Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e dai corrispondenti Direttori/Coordinatori di UOC competenti e saranno successivamente effettuati dei colloqui per determinare la compatibilità dello Smart Working in relazione alle attività svolte, all'autonomia dei compiti e alla misurabilità delle prestazioni.

La commissione valuterà la compatibilità delle mansioni e attività con il lavoro da remoto e concorderà quante giornate di Smart Working al mese potrà effettuare con il singolo dipendente (tenuto conto del massimo di n. 3 giorni/settimana.).

A seguito del colloquio, e di una verifica della fattibilità tecnica con il supporto del Servizio Sistemi Informativi, la commissione rilascia un parere scritto favorevole o contrario, motivandone la scelta e indicando il numero di giornate al mese lavorabili.

L'esito del parere sarà inoltrato all'UOC Gestione Risorse Umane. In caso di parere positivo, il/la dipendente dovrà sottoscrivere un apposito contratto individuale integrativo di adesione in cui saranno disciplinate le modalità della prestazione in remoto, le tutele del lavoratore e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza del lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

Si invitano tutte/i gli interessati a prendere visione del regolamento che disciplina le modalità operative dello Smart Working, in allegato e consultabile nel sito internet istituzionale.

7. TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016

I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura ed adempimenti conseguenti nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza di cui al Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo.

8. ALLEGATI AL BANDO

Si allega al bando la seguente documentazione:

1. Modulo della domanda di partecipazione
2. Regolamento sullo Smart Working per la fase di sperimentazione
3. Documento informativo in materia di salute e sicurezza del lavoro per le attività svolte in regime di Smart Working
4. Guida tecnica ICT all'attività da remoto

5. Codice deontologico-Norme di comportamento per gli incaricati al trattamento dei dati.

9. CHIARIMENTI ED INFORMAZIONI

UOC Gestione Risorse Umane (tel 035.3063833 – risorseumane@asst-bergamoest.it).

IL DIRETTORE UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Allegato – Modulo domanda di partecipazione

All'UOC Gestione Risorse Umane

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE
SMART WORKING**

Il/La sottoscritto/a _____ matr.: _____

con il profilo di _____

in servizio presso UO _____ SEDE _____

CHIEDE

di poter partecipare alla sperimentazione dello "Smart Working"

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara (*devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alla dichiarazioni effettuate*):

di essere in servizio con contratto di lavoro subordinato presso l'ASST BG EST con rapporto di lavoro:

a tempo indeterminato a tempo determinato

a tempo pieno part time al _____ %

di essere in possesso dei requisiti di partecipazione indicati nel bando

di voler svolgere lo Smart Working per le seguenti ragioni:

di aver letto le indicazioni contenute nel Regolamento e nelle informative allegate al punto 8) del bando della manifestazione di interesse;

di attenersi alle disposizioni impartite dal Datore di Lavoro per lo svolgimento dello Smart Working;

di utilizzare le apparecchiature in conformità alle istruzioni e alle disposizioni ricevute;

di impegnarsi a concordare preventivamente con il/la responsabile l'attività e la fascia oraria di disponibilità telefonica;

di impegnarsi a svolgere l'attività in Smart Working nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti nell'informativa generale sulla gestione della salute e sicurezza per i lavoratori in Smart Working

di essere consapevole che la presente domanda deve essere consegnata all'UOC Gestione Risorse Umane

di autorizzare l'ASST BG EST al trattamento dei dati personali forniti ai fini della gestione della presente procedura ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) n. 679/2016

Luogo e data _____ Firma _____

E' necessario allegare una copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DELLA COMMISSIONE – SMART WORKING

La commissione composta da

dopo l'effettuazione di un colloquio con il candidato alla sperimentazione dello Smart Working esprime parere

favorevole

contrario

alla partecipazione dello stesso per le seguenti motivazioni (obbligatorie in caso di parere contrario):

Luogo e data, _____ Firma _____

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Est

**DOCUMENTO INFORMATIVO
IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO
PER LE ATTIVITÀ SVOLTE IN REGIME DI**

SMART WORKING
ex art. 36 del D.Lgs. 81/08 e s.n.i.



1. INTRODUZIONE

1.1. PREMESSA



Il presente documento è elaborato quale integrazione delle informazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro che il Datore di Lavoro fornisce ai lavoratori dell'Azienda ai sensi dell'art.36 del D.Lgs.81/08 e s.m.i. Le informazioni riportate riguardano nello specifico la gestione dei rischi presumibili cui sono esposti i lavoratori durante le attività effettuate in regime di Smart Working e viene consegnato dal Datore di Lavoro al dipendente prima dell'inizio delle attività. Qualsiasi informazione o ulteriore richiesta di chiarimento potranno essere forniti dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda.

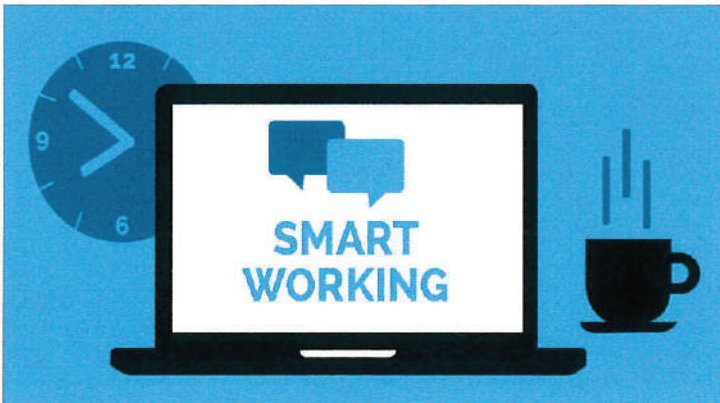
1.2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO



Per quanto concerne la sicurezza sul lavoro relativamente alle attività di Smart Working, la normativa di riferimento è la seguente:

1. Testo Unico per la Sicurezza sul Lavoro (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.);
2. Legge 7 agosto 2015, n.124;
3. Direttiva PCM n.3 del 01 giugno 2017.

1.3. SICUREZZA SUL LAVORO: COSA CAMBIA DURANTE LO SMART WORKING



La valutazione dei rischi e l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione sono strettamente correlate al luogo di lavoro in cui esse sono svolte e alle procedure operative che vengono utilizzate per lo svolgimento delle attività. La caratteristica principale dello Smart Working risiede proprio nella flessibilità e nell'autonomia decisionale nello scegliere sia il luogo ove svolgere il proprio lavoro che i tempi e le modalità con le quali raggiungere i propri obiettivi lavorativi. Ne consegue l'impossibilità da parte del Datore di Lavoro di poter determinare puntualmente tutti i rischi cui può essere esposto il lavoratore e la centralità del ruolo del dipendente stesso nella gestione dei rischi legati ai luoghi scelti per lo svolgimento delle attività a lui assegnate.

2. LUOGHI DI LAVORO

2.1. TIPOLOGIA DI LUOGHI IN SMART WORKING

1. ABITAZIONI PRIVATE:



le abitazioni private non sono considerati luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs.81/08 salvo per i collaboratori domestici e i portieri. La sicurezza dei luoghi e degli impianti è pertanto responsabilità del proprietario dell'immobile e/o del condominio.

2. LUOGHI PUBBLICI:



i luoghi pubblici, ad eccezione dei cantieri o di aree appositamente create per attività lavorative, non possono essere considerati luoghi di lavoro. La sicurezza dei luoghi è pertanto definita da appositi Regolamenti Comunali.

3. LUOGHI DI LAVORO DI TERZI:



i luoghi di lavoro di altre aziende (bar, biblioteche, uffici, società private, ecc) sono responsabilità giuridica del Datore di Lavoro dell'azienda stessa il quale ha il compito di regolamentare gli accessi ai luoghi e tutelare l'incolumità di chiunque acceda ai locali dell'impresa.

2.2. RISCHI PRESUNTI PER TIPOLOGIA DI LUOGO

1. ABITAZIONI PRIVATE:

Strutturali, Ambientali, Connessi agli impianti, Connessi alle attrezzature di lavoro, Connessi a videoterminali, Connessi alle postazioni di lavoro, Domestici, Incendi e altre emergenze.

2. LUOGHI PUBBLICI:

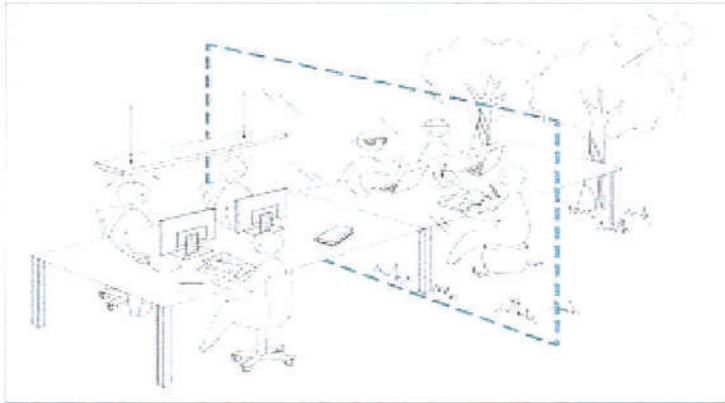
Ambientali, Connessi alle attrezzature di lavoro, Connessi a videoterminali, Connessi alle postazioni di lavoro, Stradali e di pubblica sicurezza, Incendi e altre emergenze.

3. LUOGHI DI LAVORO DI TERZI:

Strutturali, Ambientali, Connessi agli impianti, Connessi alle attrezzature di lavoro, Connessi a videoterminali,

Connessi alle postazioni di lavoro, Domestici, Incendi e altre emergenze, Connessi alle interferenze con altre attività lavorative, Incendi e altre emergenze.

2.3 I RISCHI STRUTTURALI E AMBIENTALI



La scelta del luogo presso il quale svolgere le proprie attività lavorative in regime di Smart Working influenza notevolmente la tipologia dei rischi cui il lavoratore è esposto. In particolare, i cosiddetti rischi strutturali e ambientali sono funzione del luogo scelto e nello specifico se il luogo è "al chiuso" ovvero all'interno di un edificio oppure "all'aperto"; la gestione dei suddetti rischi è demandata al lavoratore che, prima di scegliere il luogo ove svolgere la propria attività, deve verificare che siano rispettati i seguenti requisiti minimi:

LUOGHI INTERNI:



Microclima e qualità dell'aria: i luoghi di lavoro devono essere dotati di aerazione naturale (finestre) e sistemi di controllo del microclima tali da garantire parametri adeguati di temperatura (18-22°C), umidità relativa (40-60% d'inverno, 40-50% d'estate) e velocità dell'aria. E' sconsigliato lavorare in locali seminerrati o interrati.

Stabilità e solidità: i luoghi scelti non devono essere soggetti a restrizioni all'accesso per motivi di agibilità.

Dimensioni: deve esserci sufficiente spazio per l'esecuzione delle attività, tale anche da impedire interferenze con attività svolte da altre persone.

Illuminazione: i luoghi devono essere dotati di adeguati sistemi di illuminazione artificiale al fine di garantire una buona visuale delle postazioni di lavoro senza affaticare l'apparato visivo anche quando l'illuminazione naturale

non è sufficiente. Difesi dagli agenti atmosferici esterni.

Ordine: i luoghi devono essere sufficientemente ordinati e garantire un agevole transito nei luoghi di circolazione tali da impedire urti e scivolamenti e cadute.

LUOGHI ESTERNI:



Protezione da veicoli: i luoghi esterni scelti devono essere sufficientemente riparati o lontani dagli accessi o dai luoghi di passaggio di veicoli.

Protezione da agenti atmosferici: è preferibile che i luoghi siano riparati dagli agenti atmosferici (sole, neve, pioggia) onde evitare insolazioni o altri rischi per la salute. In caso di eventi atmosferici estremi (emergenza caldo/freddo) è caldamente sconsigliato lavorare in luoghi esterni.

Protezione da rumore e agenti nocivi: è preferibile che il luogo scelto sia lontano da sorgenti rumorose e di inquinamento quali il traffico veicolare.

2.4.1 RISCHI DOMESTICI

L'ambiente domestico rappresenta uno dei luoghi a maggior rischio di infortuni per la popolazione. L'attività lavorativa svolta in regime di Smart Working presso abitazioni private non altera in alcun modo l'esposizione ai rischi legati all'ambiente domestico; ne consegue che il lavoratore debba operare tenendo presente i rischi propri del luogo scelto.

CONSIGLI PER RIDURRE I RISCHI:



- evita distrazioni: non svolgere più attività contemporaneamente, ad es. lavoro e attività di cucina, accudire la prole

- sostanze chimiche: conserva le sostanze chimiche in funzione dei pittogrammi riportati sull'etichetta in maniera da evitare incendi o esposizioni accidentali;
- postazioni e impianti elettrici: segui le indicazioni riportate nel paragrafo n.4

2.5. I RISCHI CONNESSI ALLE INTERFERENZE CON ALTRE ATTIVITÀ LAVORATIVE

Qualsiasi luogo di lavoro è soggetto agli obblighi previsti dal Testo Unico per la Sicurezza. Svolgendo le proprie attività lavorative in regime di Smart Working presso luoghi nei quali vengono svolte altre attività (es. bar, biblioteche, luogo di lavoro del coniuge), si è esposti a rischi connessi alle interferenze legate alla compresenza di più attività lavorative. In questa fattispecie di Smart Working gli obblighi di prevenzione e protezione del lavoratore per quanto concerne i rischi presenti nel luogo di lavoro sono in capo al Datore di Lavoro dell'azienda ospitante. Ne consegue che l'accesso del lavoratore dell'ASST BG EST deve essere autorizzato da un responsabile dell'azienda ospitante il quale dovrà fornire le adeguate informazioni per la gestione dei rischi presenti.

CONSIGLI PER RIDURRE I RISCHI:



- rispetta le indicazioni ricevute: non accedere nei locali che espongono a rischio specifico o comunque nei locali per i quali non ti sia stata data l'autorizzazione all'accesso;
- evita di svolgere attività in Smart Working presso aziende ad alto rischio (es. cantieri, aziende metalmeccaniche, chimiche, ecc);
- presta attenzione alle informazioni ricevute;
- individua i rischi presenti come indicato nel paragrafo 3;
- individua le istruzioni da seguire in caso di emergenza e i percorsi in caso di evacuazione;
- postazioni e impianti elettrici: segui le indicazioni riportate nel paragrafo n.4

3. RICONOSCERE I RISCHI NEI LUOGHI DI LAVORO INTERNI - LA SEGNALETICA

3.1. SIGNIFICATO DEI COLORI

COLORE	ESEMPIO	SIGNIFICATO - SCOPO	INDICAZIONI - PRECISAZIONI
ROSSO		Segnali di divieto	Atteggiamenti pericolosi
ROSSO		Materiali ed attrezzature antincendio	Identificazione ed ubicazione
VERDE		Situazione di sicurezza	Ritorno alla normalità
VERDE		Segnali di salvataggio	Porte, uscite, percorsi...ecc.
GIALLO		Segnali di avvertimento	Atteggiamenti di attenzione e tutela
AZZURRO		Segnali di prescrizione	Obbligo di portare DPI, azione specifica

Il modo più immediato per reperire informazioni utili per l'identificazione dei pericoli e per la tutela della propria sicurezza è quello di individuare la segnaletica installata all'interno dei luoghi di lavoro. Lo scopo della segnalazione di sicurezza è quello di attirare in modo rapido e facilmente comprensibile l'attenzione su oggetti e situazioni che possono determinare pericoli. La segnaletica di salute e sicurezza sul lavoro deve essere conforme alle prescrizioni di cui agli allegati da XXIV a XXXII del D.Lgs. 81/08 per cui colori, dimensioni pittogrammi sono standard.

3.2. TIPOLOGIA DELLE INFORMAZIONI

Le caratteristiche intrinseche dei cartelli variano a seconda che si tratti di:

Cartelli di divieto (esempi)

- forma rotonda
- pittogramma nero su fondo bianco, bordo e banda rossa

vietato fumare



divieto di spegnere con acqua



vietato ai pedoni



Cartelli di avvertimento (esempi)

- forma triangolare
- pittogramma nero su fondo giallo, bordo nero

materiali radioattivi



radiazioni non ionizzanti



pericolo generico



Cartelli di prescrizione (esempi)

- forma rotonda
- pittogramma bianco su fondo azzurro

protezione degli occhi



protezione del corpo



protezione del capo



Segnalazione dei Percorsi verso il Luogo Sicuro (esempi)

- forma quadrata
- pittogramma bianco su fondo verde

USCITE DI EMERGENZA



SCALE DI EMERGENZA



DIREZIONE DI SALVATAGGIO



Segnalazione della dotazione Antincendio (esempi)

- forma quadrata
- pittogramma bianco su fondo rosso



Estintore



Naspo antincendio



Lancia antincendio



Scale antincendio



Pulsante di allarme



Idrante

4. RISCHI LEGATI ALLA TECNOLOGIA

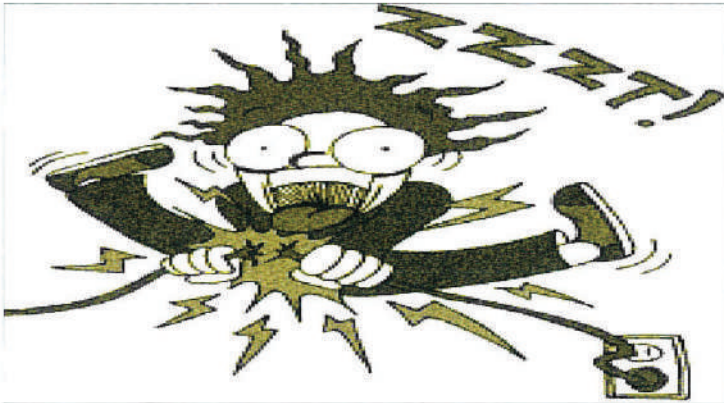
Il rischio elettrico deriva dagli effetti dannosi che la corrente elettrica può produrre all'uomo in modo diretto (quando il corpo umano è attraversato da corrente) o indiretto (ad es. incendio dovuto a causa elettrica). Tali eventi dannosi si verificano a causa di:

4.1. RISCHIO ELETTRICO

Il rischio elettrico deriva dagli effetti dannosi che la corrente elettrica può produrre all'uomo in modo diretto (quando il corpo umano è attraversato da corrente) o indiretto (ad es. incendio dovuto a causa elettrica). Tali eventi dannosi si verificano a causa di:

- scorretto utilizzo di apparecchiature ad alimentazione elettrica (ad es. uso di prolunghe, spine multiple, ciabatte);
- sovracorrenti nei cavi;
- dispersioni e correnti di guasto verso terra;
- cattivi contatti o collegamenti;

CONSIGLI PER RIDURRE I RISCHI:

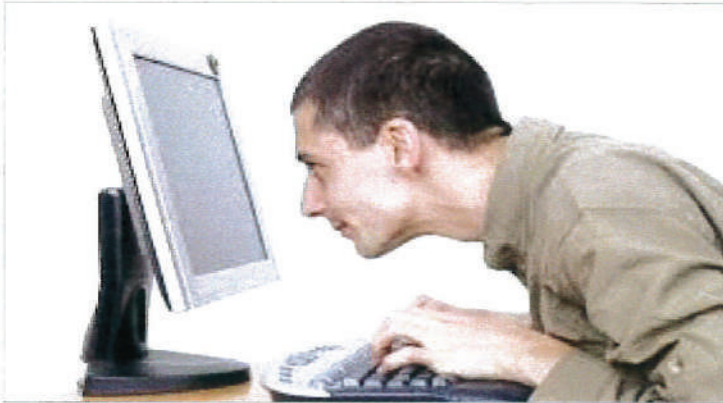


- Collega le attrezzature agli impianti elettrici solo a seguito di autorizzazione da parte del responsabile del luogo di lavoro
- Collega le attrezzature solamente alle prese compatibili o mediante opportuni adattatori senza forzare il collegamento
- Evita i collegamenti ad "albero di Natale" con le prese multiple
- In caso di guasto non intervenire mai direttamente e avvisa il responsabile del luogo di lavoro
- Se estraendo una spina da una presa senti un surriscaldamento eccessivo contattare il responsabile del luogo di lavoro
- In caso di anomalie, interrompi immediatamente l'utilizzo dell'impianto
- Non tirare mai i cavi elettrici per rimuoverli dalla presa di corrente
- Non utilizzare le apparecchiature elettriche in prossimità di sostanze infiammabili
- Non impedire la corretta ventilazione degli apparecchi
- Non toccare mai con le mani bagnate le apparecchiature elettriche in tensione o le prese e le spine
- Non porre contenitori pieni di liquido (ad esempio acqua per umidificare l'ambiente) sopra ad apparecchiature elettriche
- Non utilizzare acqua per spegnere incendi di natura elettrica

4.2. LE ATTREZZATURE DI LAVORO

Le attrezzature di lavoro necessarie per lo svolgimento delle attività lavorative (ad eccezione di videotermini, telefoni) sono fornite dal Datore di Lavoro conformi alle normative di sicurezza. Se utilizzati secondo le indicazioni fornite sia dal Datore di lavoro, dal dirigente o dal preposto esse non comportano rischi per la salute e la sicurezza differenti rispetto a quelli che si hanno utilizzandoli presso il luogo di lavoro. Come misura di tutela, prima di scegliere il luogo ove utilizzarlo in Smart Working, è consigliabile consultare il Manuale d'uso e manutenzione dell'attrezzature per verificare le prescrizione/indicazioni fornite dal costruttore.

4.3. VIDEOTERMINALI E POSTAZIONI DI LAVORO



I lavoratori che utilizzano videoterminali possono accusare i seguenti disturbi:

4.3.1. Disturbi oculo-visivi

I disturbi oculo-visivi che possono insorgere si manifestano generalmente sotto forma di pesantezza, bruciore e/o arrossamento oculare, visione sfocata, cefalea, lacrimazione, fastidio per la luce, prurito, visione sdoppiata, ammiccamento frequente. I principali fattori responsabili dei disturbi oculo-visivi connessi con l'utilizzo di VDT sono:

condizioni d'illuminamento sfavorevoli:

- ubicazione sbagliata del videoterminale rispetto alle finestre e ad altre fonti di luce, con conseguenti abbagliamenti, riflessi o eccessivi contrasti di chiaroscuro;
- illuminazione insufficiente; o scarsa definizione dei caratteri sullo schermo.

condizioni ambientali sfavorevoli:

- aria insalubre (presenza di sostanze che possono irritare le mucose degli occhi);
- umidità relativa non adeguata.

postazione di lavoro inadeguata:

- posizione dello schermo scorretta (ravvicinata rispetto all'operatore);
- posizione degli oggetti della visione tale da richiedere il movimento continuo degli occhi.

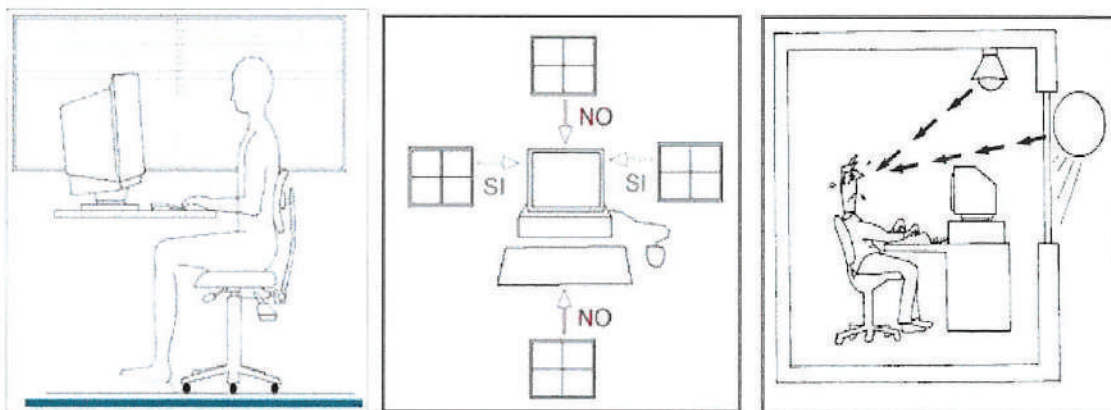
durata del compito visivo:

Per prevenire i disturbi oculo-visivi occorre che siano rispettati i seguenti requisiti:

- il posto di lavoro deve essere illuminato correttamente, possibilmente con luce naturale mediante la regolazione di tende o veneziane, ovvero con luce artificiale
- le postazioni di lavoro devono essere collocate correttamente rispetto alle finestre
- le fonti di luce devono essere al di fuori del campo visivo e non creare contrasti eccessivi
- l'illuminazione artificiale deve essere realizzata con lampade dotate di schermi
- in caso di lampade non schermate la linea congiungente l'occhio e la lampada deve formare con l'orizzontale un angolo di circa 60°
- il monitor deve essere disposto perpendicolarmente alle finestre ed inclinato in modo da eliminare eventuali riflessi

Inoltre l'operatore deve:

- posizionarsi di fronte allo schermo ad una distanza compresa tra i 50 e i 70 cm
- disporre di porta documenti alla stessa altezza e distanza dagli occhi e dallo schermo
- distogliere periodicamente lo sguardo
- durante le pause non dedicarsi ad attività che richiedano un intenso sforzo visivo
- curare la pulizia della tastiera, del mouse e del monitor
- utilizzare i mezzi di correzione della vista se prescritti



4.3.2. Disturbi muscolo-scheletrici

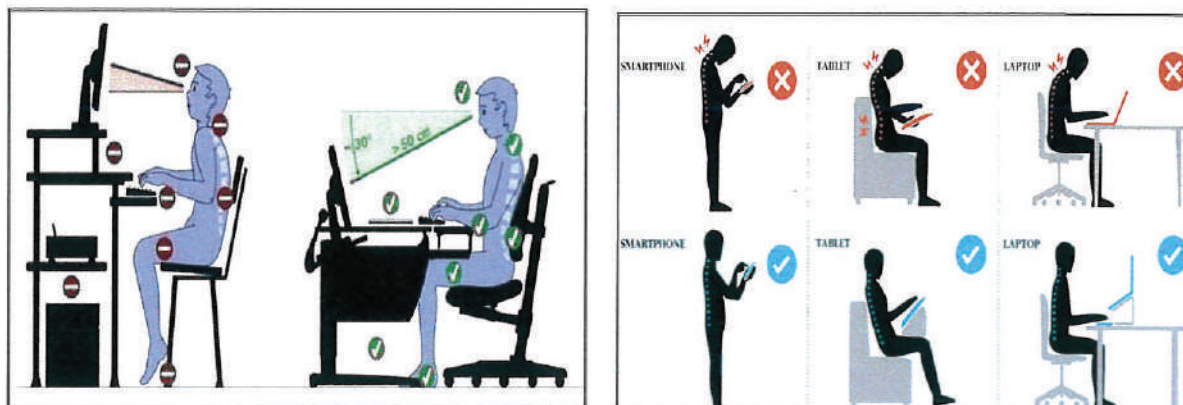
Gli addetti ai videoterminali possono incorrere nell'insorgenza di:

- disturbi alla colonna vertebrale
- disturbi muscolari
- disturbi alla mano ed all'avambraccio

I principali fattori responsabili dei disturbi muscolo-scheletrici connessi con l'utilizzo di VDT sono:

- scorretta posizione dell'operatore
- posizione di lavoro fissa per tempi prolungati
- movimenti rapidi e ripetitivi
- postazione di lavoro inadeguata

Al fine di prevenire i disturbi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico l'operatore deve adottare le seguenti precauzioni:



- assumere una posizione corretta di fronte al video, con i piedi ben poggiati a terra e la schiena poggiata alla sedia nel tratto lombare
- posizionare lo schermo in modo tale che lo spigolo superiore sia posto un po' più in basso dell'orizzontale che passa per gli occhi dell'operatore sempre ad una distanza compresa tra i 50 e i 70 cm
- disporre la tastiera davanti allo schermo ed il mouse e gli altri dispositivi sullo stesso piano della tastiera
- durante la digitazione tenere gli avambracci poggiati sul piano di lavoro
- evitare di tenere posizioni fisse per tempi prolungati, se possibile eseguire esercizi per il rilassamento del collo, della schiena e degli arti superiori e inferiori

4.3.3. Disturbi da affaticamento mentale

I fattori di rischio da affaticamento mentale connessi all'utilizzo del VDT sono:

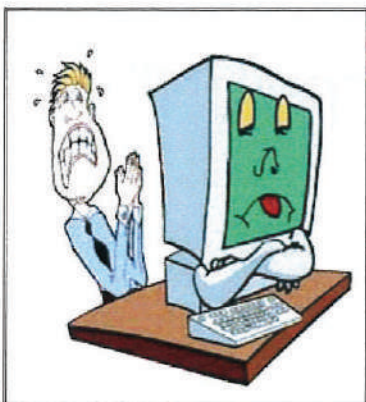
- carico di lavoro: ritmi elevati, impossibilità di fare pausa, ecc.
- rapporto conflittuale uomo-macchina, scarsa conoscenza dell'hardware e software
- cattive condizioni ambientali
- rumore ambientale tale da disturbare l'attenzione

Per prevenire l'affaticamento mentale, è necessario:

- far precedere l'attività al VDT da un adeguato periodo di formazione all'uso dei programmi e delle procedure informatiche
- rispettare la corretta distribuzione delle pause

4.3.4. Progettare la propria postazione di lavoro ai videoterminali

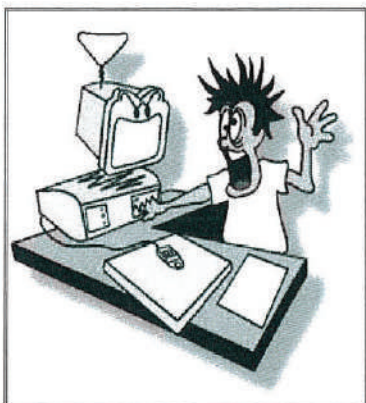
Schermo:



la risoluzione dello schermo deve essere tale da garantire una buona definizione, una forma chiara, una grandezza sufficiente dei caratteri e, inoltre, uno spazio adeguato tra essi. L'immagine sullo schermo deve essere stabile, esente da farfallamento, tremolio o da altre forme d'instabilità. La brillantezza e/o il contrasto di luminanza tra i caratteri e lo sfondo dello schermo devono essere facilmente regolabili da parte dell'utilizzatore del videoterminale e facilmente adattabili alle condizioni ambientali. Lo schermo deve essere orientabile ed inclinabile liberamente per adeguarsi facilmente alle esigenze dell'utilizzatore. Sullo schermo

non devono essere presenti riflessi e riverberi che possano causare disturbi all'utilizzatore durante lo svolgimento della propria attività. Lo schermo deve essere posizionato di fronte all'operatore in maniera che, anche agendo su eventuali meccanismi di regolazione, lo spigolo superiore dello schermo sia posto un po' più in basso dell'orizzontale che passa per gli occhi dell'operatore e ad una distanza degli occhi pari a circa 50-70 cm, per i posti di lavoro in cui va assunta preferenzialmente la posizione seduta.

Tastiera e dispositivi di puntamento:



la tastiera deve essere separata dallo schermo e facilmente regolabile e dotata di meccanismo di variazione della pendenza onde consentire al lavoratore di assumere una posizione confortevole e tale da non provocare l'affaticamento delle braccia e delle mani. Lo spazio sul piano di lavoro deve consentire un appoggio degli avambracci davanti alla tastiera nel corso della digitazione, tenendo conto delle caratteristiche antropometriche dell'operatore. La tastiera deve avere una superficie opaca onde evitare i riflessi. La disposizione della tastiera e le caratteristiche dei tasti devono agevolare l'uso. I simboli dei tasti devono presentare sufficiente contrasto ed essere leggibili dalla normale posizione di

lavoro. Il mouse o qualsiasi dispositivo di puntamento in dotazione alla postazione di lavoro deve essere posto sullo stesso piano della tastiera, in posizione facilmente raggiungibile e disporre di uno spazio adeguato per il suo uso.

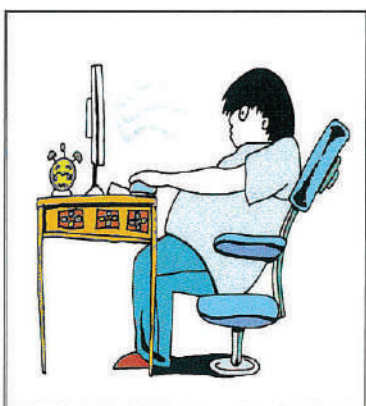
Piano di lavoro:



il piano di lavoro deve avere una superficie a basso indice di riflessione, essere stabile, di dimensioni sufficienti a permettere una disposizione flessibile dello schermo, della tastiera, dei documenti e del materiale accessorio. Indicativamente cm 90 di larghezza per cm 120 di lunghezza. L'altezza del piano di lavoro fissa o regolabile deve essere indicativamente compresa fra 70 e 80 cm. Lo spazio a disposizione deve permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli se presenti. La profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo.

Il supporto per i documenti deve essere stabile e regolabile e deve essere collocato in modo tale da ridurre al minimo i movimenti della testa e degli occhi.

Sedile di lavoro:



il sedile di lavoro deve essere stabile e per mettere all'utilizzatore libertà nei movimenti, nonché una posizione comoda. Il sedile deve avere altezza regolabile in maniera indipendente dallo schienale e dimensioni della seduta adeguate alle caratteristiche antropometriche dell'utilizzatore. Lo schienale deve fornire un adeguato supporto alla regione dorso-lombare dell'utente. Pertanto deve essere adeguato alle caratteristiche antropometriche dell'utilizzatore e deve avere altezza e inclinazione regolabile. Nell'ambito di tali regolazioni l'utilizzatore dovrà poter fissare lo schienale nella posizione selezionata. Lo schienale e la seduta devono

avere bordi smussati. I materiali devono presentare un livello di permeabilità tali da non compromettere il comfort dell'utente e pulibili. Il sedile deve essere dotato di un meccanismo girevole per facilitare i cambi di posizione e deve poter essere spostato agevolmente secondo le necessità dell'utilizzatore. **Spazio:** il posto di lavoro deve essere ben dimensionato e allestito in modo che vi sia spazio sufficiente per permettere cambiamenti di posizione e movimenti operativi.

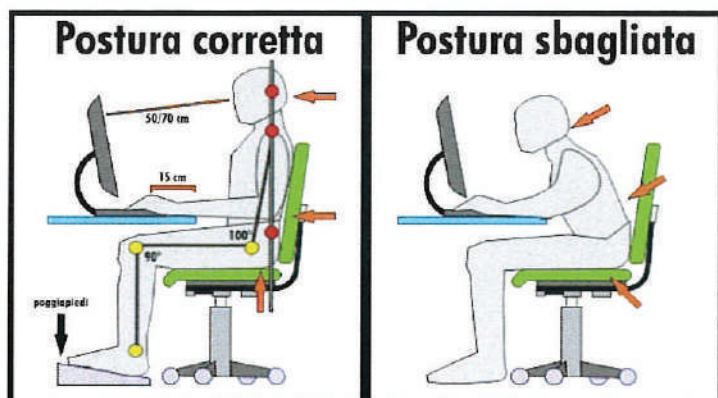
Illuminazione:



la luce naturale non può fornire, in generale, data la sua variabilità legata a cause meteorologiche o stagionali, quelle condizioni costanti e ottimali per il minor affaticamento degli occhi. Pertanto, è necessario che alle finestre siano installate tende di colore tendente al bianco e di spessore sufficiente a filtrare la luce solare, in modo che l'illuminazione nell'ambiente sia diffusa, cioè senza abbagliamento diretto degli operatori, senza riflessioni negli schermi dei VDT e senza che vi sia un contrasto eccessivo fra la luminosità dello schermo e quella ambientale. È importante che la luce proveniente dalle finestre non colpisca lo schermo

direttamente: la condizione è soddisfatta quando il piano dello schermo è ortogonale a quello della finestra

CONSIGLI PER RIDURRE I RISCHI:



- Utilizzare videotermini perfettamente funzionanti e che consentano le regolazioni del monitor
- Porre attenzione alle posture: mantenere i piedi ben appoggiati al pavimento e le ginocchia piegate a formare un angolo di 90°, non incurvarsi (mantenere la schiena appoggiata allo schienale nel tratto lombare), non irrigidire i polsi (tenere gli avambracci appoggiati al piano di lavoro e un angolo di 45° tra braccia e busto)
- Porre attenzione alla postazione di lavoro del videoterminale: posizionare il monitor trasversalmente rispetto alla finestra e a qualche metro di distanza, posizionare gli arredi (tavoli, sedie, ecc) in maniera da riuscire a raggiungere senza sforzi gli oggetti che si dovranno utilizzare
- Prima di utilizzare il videoterminale: regolare l'altezza della sedia, regolare l'altezza e l'inclinazione del monitor, regolare i contrasti e la luminosità

- Dopo 2 ore di uso continuativo del videoterminale concedersi una pausa o dedicarsi ad altra attività per almeno 15 minuti; in ogni caso cercare di camminare dopo 2 ore di posizione seduta
- Garantirsi una buona illuminazione

PER I COMPUTER PORTATILI	regolare l'inclinazione del monitor e, se possibile, dotarsi di una tastiera esterna e di una base per il portatile (per sollevare lo schermo)
PER GLI SMARTPHONE	preferire l'utilizzo dei dispositivi con schermo piccolo per prevenire i dolori alla base del pollice
PER I TABLET	utilizzare, se possibile, una tastiera esterna ed un supporto per mantenere il monitor del tablet in una posizione tale da evitare posture scorrette

5 GESTIONE DELLE EMERGENZE



Il numero unico di emergenza **112** è il numero di telefono per contattare i servizi di emergenza in Italia e in quasi tutti gli stati membri dell'Unione Europea.

La maggior parte delle chiamate di emergenza possono essere effettuate anche nel caso in cui altre chiamate non siano possibili, per esempio quando il credito disponibile sul cellulare è esaurito. Inoltre, per comporre e chiamare il 112 non è necessario sbloccare il cellulare, inserire il codice PIN o avere una sim card inserita.

5.1. COME COMPORTARSI IN CASO DI INCENDIO



1. ABITAZIONI PRIVATE:

- Chiamare i soccorsi al numero unico per le emergenze (112)
- Se possibile, abbandonare senza indugi l'edificio: in caso di presenza di fumo procedere chinati e respirare attraverso

un fazzoletto, possibilmente bagnato

- non utilizzare l'ascensore o attendere l'arrivo dei soccorsi
- Se non è possibile abbandonare l'edificio :
 - ✓ sigillare ogni fessura della porta di ingresso con stracci o abiti bagnati
 - ✓ recarsi in prossimità delle finestre e segnalare la propria presenza
 - ✓ attendere l'arrivo dei soccorsi

2. LUOGHI PUBBLICI:

- Chiamare i soccorsi al numero unico per le emergenze (112)
- Allontanarsi dal luogo di pericolo posizionandosi, se possibile, in direzione opposta rispetto al fronte di fiamma.

3. LUOGHI DI LAVORO DI TERZI

- Nel caso in cui si rilevi un principio di incendio seguire le procedure di emergenza dell'Azienda
- Seguire le istruzioni ricevute dal personale

5.2. COME COMPORTARSI IN CASO DI TERREMOTO



1. ABITAZIONI PRIVATE:

DURANTE LA SCOSSA CERCARE RIPARO

- vicino a muri portanti
- sotto gli stipiti delle porte di pareti perimetrali
- sotto il tavolo
- lontane dalle finestre, specchi, lampadari, armadi e scaffali
- non uscire precipitosamente
- non usare l'ascensore

DOPO LA SCOSSA:

- se necessitano i soccorsi, chiamare il numero unico per le emergenze 112
- non utilizzare i telefoni, per effettuare chiamate personali, al fine di intasare le linee telefoniche

2. LUOGHI PUBBLICI:

DURANTE LA SCOSSA CERCARE RIPARO

- in un luogo aperto
- lontano da alberi o edifici

DOPO LA SCOSSA:

- se necessitano i soccorsi, chiamare il numero unico per le emergenze 112
- non utilizzare i telefoni, per effettuare chiamate personali, al fine di intasare le linee telefoniche

3. LUOGHI DI LAVORO DI TERZI

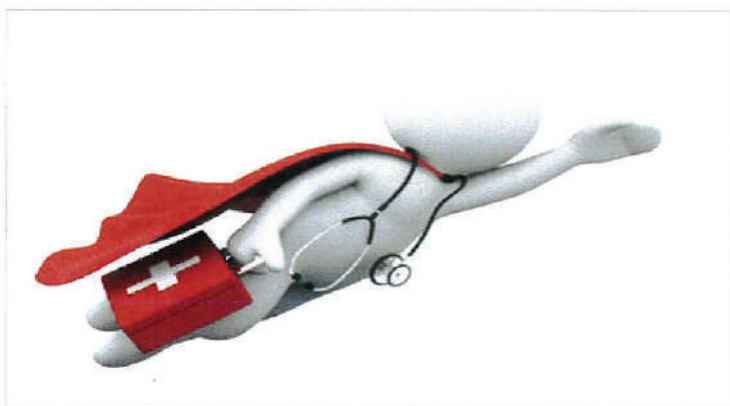
DURANTE LA SCOSSA CERCARE RIPARO

- vicino a muri portanti
- sotto gli stipiti delle porte di pareti perimetrali
- sotto il tavolo
- lontane dalle finestre, specchi, lampadari, armadi e scaffali
- non uscire precipitosamente
- non usare l'ascensore

DOPO LA SCOSSA:

- seguire le istruzioni ricevute dal personale

5.3. EMERGENZE SANITARIE



Al fine di consentire il soccorso in caso di **infortunio o malore** è consigliabile recarsi in luoghi non isolati, portarsi sempre appresso una piccola borsa di primo soccorso, comunicare ad una persona di fiducia il luogo ed il recapito telefonico ove si sta lavorando e la modalità per essere contattati rapidamente.

ABITAZIONI PRIVATE - LUOGHI PUBBLICI - LUOGHI DI LAVORO DI TERZI

Cosa fare in caso di emergenza sanitaria

- chiamare i soccorsi, questo perché è fondamentale attivare chi può fornire un aiuto qualificato e rapido.
- coprire l'infortunato per evitare che prenda freddo.
- non muoverlo salvo nei casi in cui ciò sia indispensabile per salvargli la vita o per evitare altri pericoli
- non piegargli la testa o il collo in maniera brusca.
- non somministrargli alcolici.
- non lasciarlo solo se è in stato di incoscienza.
- mettere in pratica le eventuali conoscenze di primo soccorso

Cosa fare in caso di infortunio

Il lavoratore, che si è infortunato sul lavoro, dovrà comunicare immediatamente l'incidente al Datore di Lavoro il quale lo invierà al Pronto Soccorso per la visita medica e il rilascio del certificato medico.

Il certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso dovrà essere trasmesso dal lavoratore al Datore di Lavoro.

Allo scadere della prognosi il lavoratore seguirà le indicazioni fornite dall'Ufficio del Personale.

Guida tecnica informatica

Premessa

Il presente documento definisce la corretta modalità d'accesso e di utilizzo dei sistemi e dei software per la connessione ai sistemi informativi aziendali quando ci si trova all'esterno dell'ente in modalità Smart Working. Il dipendente si impegna ad utilizzare le risorse in maniera conforme alle policy aziendali in materia di sicurezza informatica stabilite dall'ASST BG EST nonché a rispettare le norme sulla privacy e sul trattamento dei dati.

1. Dotazione Strumenti di Lavoro e indicazioni per lavorare in sicurezza

Per poter svolgere l'attività lavorativa in modalità Smart Working è necessario essere dotati di strumenti informatici e di una connessione dati adeguata, NON fornita dall'ente.

1.1) Per lavorare in modalità Smart Working serve:

- a) Un pc portatile con sistema operativo almeno WINDOWS 7 (no Linux) aggiornato con gli ultimi aggiornamenti di sicurezza proposti dal fornitore. Gli aggiornamenti garantiscono migliori prestazioni e maggiore stabilità dell'intero sistema;
- b) Una connessione Internet adeguata: adsl o Fibra.
- c) Antivirus aggiornato;

1.2) configurazione PC personale

Il dipendente dovrà portare il PC, che intende utilizzare per lo Smart Working, presso i Sistemi Informativi aziendali che si occuperanno della verifica dell'adeguatezza del computer (vedi punti b e c) e dell' eventuale installazione del client VPN se necessaria.

2. Indicazioni per la connessione

La connessione può avvenire tramite cavo o rete wi-fi. Per garantire una adeguata sicurezza e privacy, sarebbe opportuno non utilizzare connessioni wi-fi "aperte" (non protette da password).

3. Passaggi per connettersi ai sistemi informatici

- 1. Connettersi alla rete, ad esempio ADSL di casa, via cavo o wi-fi
- 2. Se necessario collegati alla rete aziendale tramite VPN e

Per utilizzare la sola posta elettronica e il sito web internet è necessaria la sola connessione internet e un dispositivo quale un personal computer o un tablet. Invece, l'accesso a tutti gli applicativi presenti sulla rete interna dovrà essere fatto per mezzo di una VPN, utilizzando la propria postazione di lavoro in ufficio.

Cosa fare in caso di problemi tecnici:

Qualora si verificano problematiche tecniche che impediscano o ritardino significativamente lo svolgimento delle attività in Smart Working, il lavoratore deve darne immediata comunicazione al suo responsabile e, valutate le specifiche della situazione, concordare la modalità di proseguo dell'attività.

Allegato – Codice norme trattamento dati

Norme di comportamento per gli incaricati al trattamento dei dati

Premesso che l'Azienda:

- è tenuta a garantire i suoi interlocutori da qualsiasi indebita intrusione della loro sfera di riservatezza e a rispettare, nello svolgimento delle sue funzioni, la disciplina a tutela dei dati personali;
- si conforma al principio di necessità, di pertinenza e non eccessività e di rispetto delle finalità del trattamento dei dati, come prescritto dal d.lgs. 196/03.

Considerato che l'Azienda fornisce agli incaricati del trattamento, ai sensi dell'art. 30 del suddetto decreto, le istruzioni per trattare i dati personali nel rispetto dei principi sopra esplicitati.

ISTRUZIONI GENERALI

L'incaricato é tenuto a:

1. custodire i dati raccolti con la massima diligenza, escludendo dall'accesso tutti coloro che non sono autorizzati;
2. al momento della raccolta dei dati personali, fornire all'interessato l'informativa secondo i modelli predisposti e resi disponibili. Qualora tali modelli non fossero disponibili o dovessero essere aggiornati, l'incaricato è tenuto ad informare di ciò il suo diretto superiore;
3. periodicamente e secondo le disposizioni impartite dai Responsabili del trattamento, cancellare i dati personali per i quali non sussistano ragioni di fatto o di diritto che ne giustificano la conservazione;
4. riferire al diretto superiore di eventuali istanze di accesso che comportino la conoscenza di dati personali, prima di provvedere;
5. riferire al diretto superiore di ogni eventuale comunicazione, diffusione ed in genere di ogni trattamento di cui fosse richiesto, non previsto nell'incarico ricevuto.

ISTRUZIONI PER I TRATTAMENTI AUTOMATIZZATI

L'incaricato è tenuto a:

1. custodire con la massima diligenza le credenziali di autenticazione (user-id e password) per l'utilizzo del computer e per l'accesso alle banche dati e ai sistemi informativi di competenza;
2. mantenere riservata la propria password evitando qualsiasi forma di condivisione;
3. modificare la password almeno ogni sei mesi. Nel caso in cui la password dia l'accesso a dati personali sensibili o giudiziari, essa deve essere modificata almeno ogni tre mesi. La password deve essere composta da almeno 8 caratteri (nel caso in cui lo strumento elettronico non lo permetta, da un numero di caratteri pari al massimo consentito) e non deve contenere riferimenti facilmente riconducibili all'incaricato;
4. presenziare, quando possibile, agli interventi di assistenza e digitare personalmente la propria password. Qualora ciò non sia possibile, provvedere alla modifica alla password immediatamente dopo l'intervento;
5. utilizzare esclusivamente software reso disponibile dall'Amministrazione;
6. non collegare modem o dispositivi che consentano un accesso non controllato al computer, alla rete dell'Amministrazione o dell'ufficio;
7. effettuare un back up settimanale dei dati personali residenti sul proprio computer e conservare i supporti removibili in arredi dotati di serratura;
8. non rimuovere l'antivirus installato sul computer e, se necessario, attivare giornalmente la procedura di aggiornamento disponibile via rete;

9. non utilizzare supporti removibili di provenienza esterna e, qualora ciò si rivelasse necessario, verificare sempre preliminarmente l'integrità dei supporti con il programma antivirus installato;
10. non scaricare file eseguibili o documenti di testo da siti internet senza verificare l'assenza di virus;
11. non disabilitare la password di screen saver, per evitare accessi non autorizzati quando la postazione non è presidiata;
12. non condividere il proprio hard disk con un altro computer se non in condizioni di protezione da scrittura e con password di accesso;
13. non riutilizzare supporti removibili sui quali siano conservati dati sensibili o giudiziari a meno che i dati in essi contenuti non siano intelleggibili e tecnicamente ricostruibili. Diversamente, i supporti removibili debbono essere distrutti;
14. qualora dati sensibili o giudiziari siano registrati in banche dati gestite in locale, adottare tecniche di cifratura a protezione degli stessi.

ISTRUZIONI PER I TRATTAMENTI CARTACEI

L'incaricato è tenuto a:

1. custodire gli atti e i documenti contenenti dati personali in armadi muniti di serratura. Qualora gli stessi non fossero disponibili o non fossero sufficienti, l'incaricato è tenuto ad informare di ciò il suo diretto superiore. Nel caso gli atti e documenti contengano dati sensibili o giudiziari, l'accesso agli armadi fuori degli orari d'ufficio dovrà essere registrato in apposito registro;
2. conservare con cura gli atti e documenti contenenti dati personali restituendoli, quando necessario, all'archivio al termine delle operazioni senza trattenerne copia se non strettamente necessario;
3. qualora si trattino dati sensibili e giudiziari, verificare insieme al diretto superiore l'opportunità di ricorrere ad archivi separati per la conservazione di tali dati.

PTFP 2021		ruolo	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE																
1	DIRIGENZA MEDICA	S	355,2	-	11,6	-	40,1	-	-	-	-	-	-	29,0	-	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46,7	-	-	-	4,5	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	6,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			416,0	-	11,6	-	44,5	-	0,7	-	-	-	-	29,0	-	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.073,9	-	-	-	-	-	8,5	-	-	-	-	5,6	8,4	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	118,6	-	-	-	-	-	3,3	-	-	-	-	0,5	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	84,8	-	-	-	8,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	19,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	152,5	-	-	6,2	-	-	1,5	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	217,9	-	-	22,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	53,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	247,9	-	-	39,3	1,0	-	4,0	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			1.973,1	-	-	67,6	9,0	-	17,3	-	-	-	-	6,1	8,4	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.389,1	-	11,6	67,6	53,5	-	18,0	-	-	-	-	35,1	8,4	-

COSTI																
1	DIRIGENZA AREA SANITA'		47.365.584	-	962.885	-	4.954.558	-	59.089	-	-	-	-	2.871.445	-	-
2	DIRIGENZA PTA		1.356.406	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			48.721.990	-	962.885	-	4.954.558	-	59.089	-	-	-	-	2.871.445	-	-
3	COMPARTO SANITA'		83.955.737	-	-	2.398.554	217.755	-	824.956	-	-	-	-	158.751	304.369	-
4	COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			83.955.737	-	-	2.398.554	217.755	-	824.956	-	-	-	-	158.751	304.369	-
TOTALE COMPLESSIVO			132.677.727	-	962.885	2.398.554	5.172.313	-	884.045	-	-	-	-	3.030.196	304.369	-

DOTAZIONE ORGANICA 2021		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
1	DIRIGENZA MEDICA	S	361	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	5	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	7	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			423	-	-	2	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.147	56	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	130	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	93	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	20	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	157	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	231	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	55	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	256	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.093	56	-	6	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.516	56	-	8	-

TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	361	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	5	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	7	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			423	-	-	2	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.147	56	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	130	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	93	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	20	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	157	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	231	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	55	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	256	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.093	56	-	6	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.516	56	-	8	-

PTFP 2022		ruolo	ORDINARIO						COVID						RICERCA		
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	
FTE																	
1	DIRIGENZA MEDICA	S	373,5	-	11,6	-	28,3	-	-	-	-	-	-	27,0	-	-	
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA SANITARIA	S	49,6	-	-	-	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA TECNICA	T	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE DIRIGENZA			442,1	-	11,6	-	32,8	-	-	-	-	-	27,0	-	-	-	
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.126,2	-	-	-	-	-	8,5	-	-	-	-	5,6	6,4	-	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	123,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	88,0	-	-	-	8,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ASSISTENTI SOCIALI	T	21,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	154,0	-	-	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	236,6	-	-	15,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	AUSILIARI	T	53,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	251,2	-	-	35,2	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE COMPARTO			2.058,4	-	-	56,5	9,0	-	8,5	-	-	-	6,1	6,4	-	-	
TOTALE COMPLESSIVO			2.500,5	-	11,6	56,5	41,8	-	8,5	-	-	-	33,1	6,4	-	-	

COSTI

1	DIRIGENZA AREA SANITA'		49.185.119	-	962.885	-	4.454.558	-	-	-	-	-	2.621.445	-	-	-
2	DIRIGENZA PTA		1.626.009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			50.811.128	-	962.885	-	4.454.558	-	-	-	-	-	2.621.445	-	-	-
3	COMPARTO SANITA'		87.703.926	-	-	1.961.054	217.755	-	329.652	-	-	-	158.751	304.369	-	-
4	COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			87.703.926	-	-	1.961.054	217.755	-	329.652	-	-	-	158.751	304.369	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			138.515.055	-	962.885	1.961.054	4.672.313	-	329.652	-	-	-	2.780.196	304.369	-	-

DOTAZIONE ORGANICA 2022
DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI

DOTAZIONE ORGANICA 2022		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
1	DIRIGENZA MEDICA	S	400	-	-	3	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	53	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	11	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			475	-	-	3	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.266	61	-	9	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	138	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	5	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	106	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	23	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	159	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	282	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	54	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	274	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.307	61	-	9	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.782	61	-	12	-

TESTE

PTFP 2023		ruolo	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE																
1	DIRIGENZA MEDICA	S	373,0	-	11,6	-	28,3	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA SANITARIA	S	49,6	-	-	-	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA TECNICA	T	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE DIRIGENZA			442,1	-	11,6	-	32,8	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.126,2	-	-	-	-	-	8,5	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	123,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	88,0	-	-	-	8,0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ASSISTENTI SOCIALI	T	21,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	154,0	-	-	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	236,6	-	-	15,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	AUSILIARI	T	53,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	251,2	-	-	35,2	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE COMPARTO			2.058,4	-	-	56,5	9,0	-	8,5	-	-	-	-	-	-	
TOTALE COMPLESSIVO			2.500,5	-	11,6	56,5	41,8	-	8,5	-	-	-	-	-	-	

COSTI															
1	DIRIGENZA AREA SANITA'		49.407.618	-	962.885	-	4.454.558	-	-	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PTA		1.626.009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			51.033.627	-	962.885	-	4.454.558	-	-	-	-	-	-	-	-
3	COMPARTO SANITA'		87.151.780	-	-	1.961.054	217.755	-	-	-	-	-	-	-	-
4	COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			87.151.780	-	-	1.961.054	217.755	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			138.185.407	-	962.885	1.961.054	4.672.313	-	-	-	-	-	-	-	-

DOTAZIONE ORGANICA 2023		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA

TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	400	-	-	3	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	53	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	11	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			475	-	-	3	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.266	61	-	9	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	138	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	5	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	106	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	23	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	159	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	282	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	54	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	274	-	-	-	-
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.307	61	-	9	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.782	61	-	12	-



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

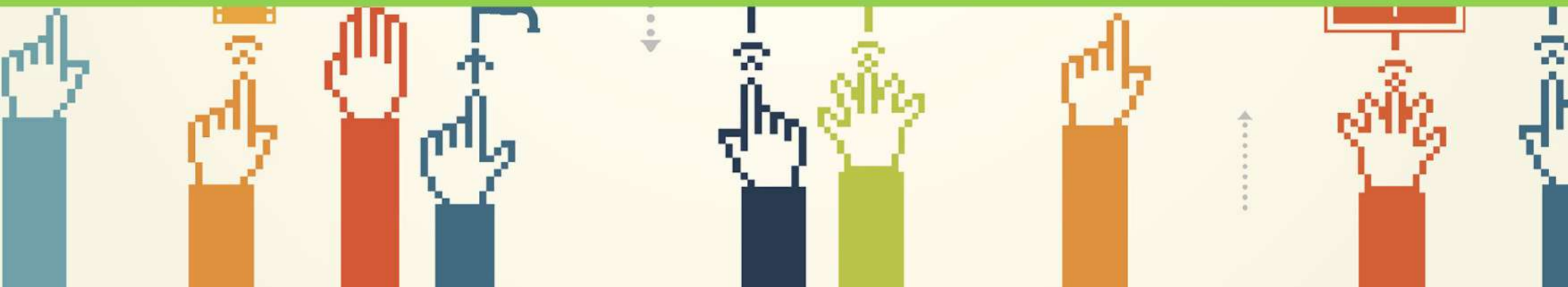
ASST Bergamo Est

www.asst-bergamoest.it



PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022

PFA 21/22 approvato con delibera n. 288 del 25 marzo 2021 con modifiche\integrazioni 2022





PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Processo

- Analisi di quanto realizzato nel 2021;
- Attivazione dei Capi Dipartimento\Direzioni\Funzioni e Referenti di formazione per analisi e rivalutazione degli eventi pianificati per il 2021/22;
- Rilevazione delle esigenze di modifiche\Integrazioni;
- Elaborazione di sintesi a seguito delle modifiche effettuate per ogni singola Area\Dipartimento;
- Valutazione complessiva con la Direzione Strategica ;
- Valutazione con il Risk Manager per identificare le attività formative riconducibili al Rischio aziendale;
- Predisposizione dei documenti di sintesi delle attività 2022.



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Indicazioni

Nella mail inviata a Direttori Dipartimento e Referenti Formazione sono state indicate le seguenti raccomandazioni:

- considerare l'effettiva possibilità di realizzazione delle iniziative proposte dato il contesto ancora emergenziale, valutando, ove possibile e soprattutto per gli eventi residenziali, l'eventualità di erogazione a distanza (webinar);
- considerare che il provider, al fine del mantenimento dell'accreditamento regionale ECM, ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% delle attività formative programmate ma che lo standard di qualità richiede una percentuale di realizzazione di almeno il 75%;
- valorizzare la formazione sul campo (soprattutto addestramenti e gruppi di miglioramento);
- considerare i vincoli economici e organizzativi e ipotizzare percorsi formativi concretamente finalizzati al miglioramento complessivo e delle prestazioni erogate;
- applicare, nella valutazione e scelta dei fornitori esterni, qualora necessari, il principio della rotazione;
- tener presente che possibili integrazioni al Piano potranno conseguire a seguito delle indicazioni e disposizioni da parte di Regione.



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Tipologie richieste

Tipologie richieste	Numero eventi
Confermati da PFA 21/22 Deliberato	92
<i>Eliminati</i>	<i>22</i>
Modificati	12
Integrati 2021 riprogrammati nel 2022	4
Riprogrammazione edizioni 2021	26
Richieste di integrazione 2022	68
TOTALE EVENTI 2022	202



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

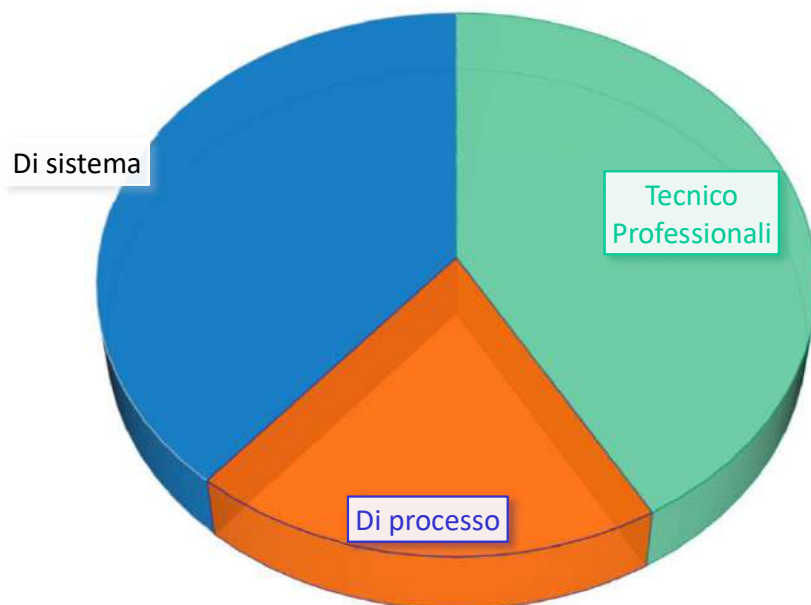
Dettaglio integrazioni per Dipartimento

DIPARTIMENTO\DIREZIONE\AREA	Integrazione 2022	Totale complessivo
Direzione Generale	3	4
Qualità e Risk Management	5	5
Radioprotezione	1	1
Servizio Prevenzione e Protezione	4	20
Servizio informatico		1
Direzione Sanitaria/Direzione Medica	3	3
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	4	31
Servizio di Farmacia		3
Servizio Igiene Ospedaliera	1	5
Dipartimento Emergenza Accettazione	6	12
Dipartimento Materno Infantile	3	17
Dipartimento Medico	6	15
Dipartimento Chirurgico	3	9
Dipartimento Riabilitazione	5	11
Dipartimento dei Servizi	5	9
Direzione Socio Sanitaria	8	16
Presidio Territoriale Area Est	2	2
Presidio Territoriale Val Seriana/Val di Scalve	1	2
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	2	17
DMSD UONPIA	4	9
Dipartimento Amministrativo	1	2
IRC		3
Trasversale	1	5



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Dettaglio integrazioni per Area obiettivi



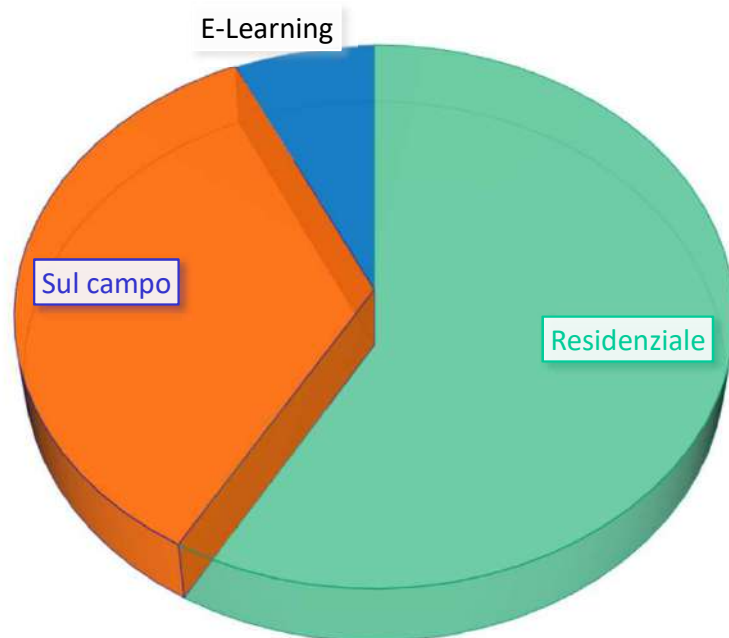
Obiettivi Formativi	Eventi
Tecnico Professionali	30
Di processo	14
Di sistema	28

Di cui 24 eventi riferiti al Risk Management



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

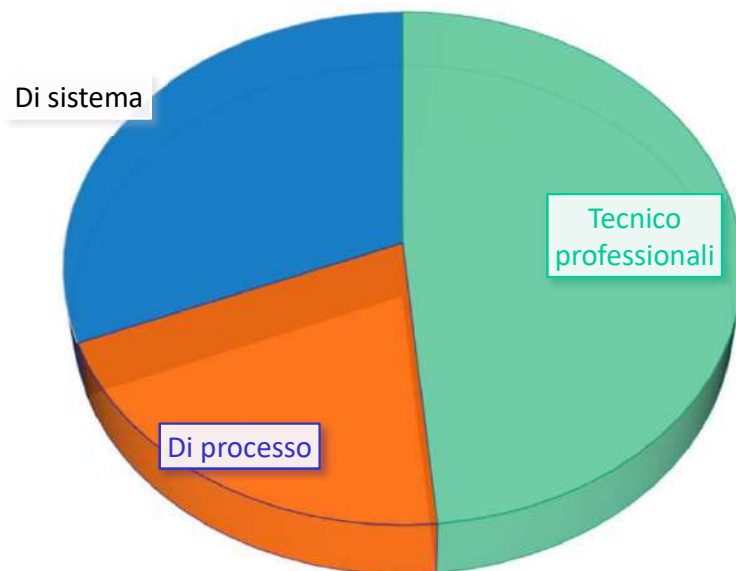
Dettaglio integrazioni Tipologia formativa



Obiettivi	Eventi
Residenziale	42
Sul campo	25
E-Learning	5

PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Dettaglio Piano per Area obiettivi



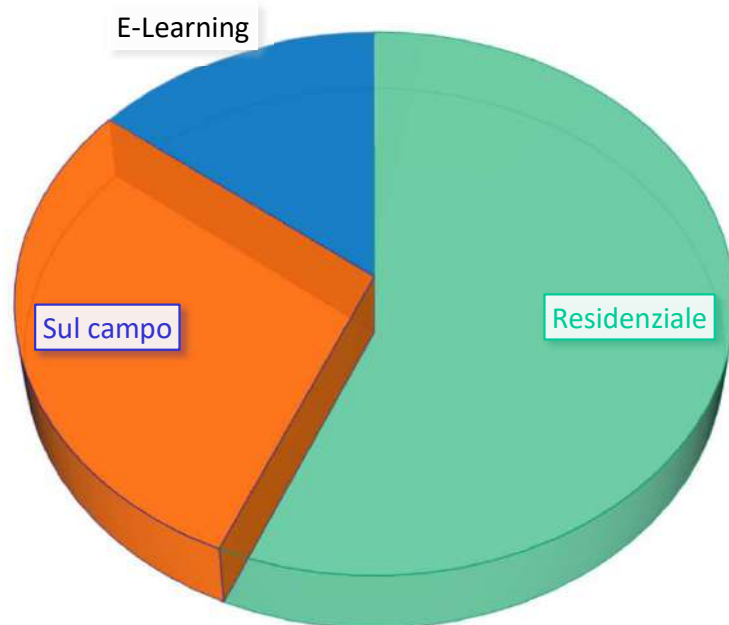
Obiettivi Formativi	Eventi
Tecnico Professionali	98
Di processo	41
Di sistema	63

Di cui 97 eventi riferiti al Risk Management



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Dettaglio Piano per Tipologia formativa



Obiettivi	Eventi
Residenziale	114
Sul campo	59
E-Learning	29



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Dettaglio Piano per Dipartimento

DIPARTIMENTO\DIREZIONE\AREA	Totale Eventi	Totale Edizioni
Direzione Generale	4	4
Qualità e Risk Management	5	6
Radioprotezione	1	1
Servizio Prevenzione e Protezione	20	56
Servizio informatico	1	1
Direzione Sanitaria/Direzione Medica	3	9
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	31	68
Servizio di Farmacia	3	3
Servizio Igiene Ospedaliera	5	5
Dipartimento Emergenza Accettazione	12	33
Dipartimento Materno Infantile	17	25
Dipartimento Medico	15	26
Dipartimento Chirurgico	9	15
Dipartimento Riabilitazione	11	12
Dipartimento dei Servizi	9	34
Direzione Socio Sanitaria	16	22
Presidio Territoriale Area Est	2	2
Presidio Territoriale Val Seriana/Val di Scalve	2	2
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	17	27
DMSD UONPIA	9	9
Dipartimento Amministrativo	2	5
IRC	3	26
Trasversale	5	6

202 Eventi e 397 Edizioni



PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Dettaglio Piano per le Associazioni in partecipazione

ASSOCIAZIONI IN PARTECIPAZIONE	Totale Eventi	Totale Edizioni
Ferb	18	37
Nephrocare	6	29

24 Eventi e 66 Edizioni

PFA 21/22 - Proposte di integrazione 2022

Previsioni economiche

Per quanto riguarda la spesa da destinare alle attività formative si ritiene di ottemperare alle esigenze di formazione nei limiti di spesa autorizzati, rispondendo all'obiettivo generale di garantire l'attuazione di politiche di bilancio. I costi che verranno dettagliatamente riferiti ai singoli progetti terranno conto di:

- spese direttamente finalizzate all'attività didattica (docenza o tutoring esterna/interna, materiale didattico, esami/certificazioni esterne);
- eventuali oneri aggiuntivi per il personale relativi all'effettuazione delle attività di formazione fuori sede (quote per iscrizione e spese di missione o trasferta per iniziative di formazione e aggiornamento fuori dall'abituale sede di lavoro);
- spese per le sedi didattiche in assenza di strutture aziendali dedicate.

In sede

Spese per attività didattica (docenza, aule, materiale, etc...)

176,000 €

Fuori sede

Spese correlate ad attività fuori sede
(iscrizione, pranzo, trasporto, etc...)

20,000 €



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione Generale	Francesco Locati	Il Piano Pandemico e le sue articolazioni	Rafforzare la consapevolezza del rischio pandemico tra gli operatori sanitari e referenti locali coinvolti	3	E-learning	5h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Francesco Locati	Governance del sistema e responsabilità: l'ambito sociosanitario	Migliorare le conoscenze in tema di responsabilità sanitaria e declinarle nei risvolti individuali, ma anche organizzativi e manageriali, in tema di sicurezza e di gestione del rischio	3	FRC<100	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Francesco Locati	Temi di attualità in Sanità	Condividere i principali temi di attualità nella sfida della Sanità Pubblica	3	FRC<200	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Francesco Locati	Gli eventi pandemici: azioni e competenze per affrontarli	Condivisione delle azioni previste dal Piano Pandemico Regionale e Locale al fine di potenziare le conoscenze e competenze per affrontare eventi pandemici	3	FRC<200	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
Qualità e Risk Management	Flavia Gherardi	Evoluzione del SSR e PNRR: l'impatto sulla ASST Bergamo Est	1. Informare i professionisti dell'ASST BG EST della portata dell'evoluzione del SSR alla luce del PNRR 2. Coinvolgere i professionisti nei cambiamenti che verranno introdotti nel contesto dell'ASST BBG EST	2	Convegno	4h	Interna/ Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 1.000,00
	Manuela Ghilardi	Il processo di gestione del Rischio Clinico nell'ASST BERGAMO EST	Consolidare i principi di gestione del rischio clinico all'interno dell'ASST BERGAMO EST	3	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
	Flavia Gherardi	La cura del paziente grave e della sua famiglia	Fornire tecniche e strumenti utili alla relazione con il paziente critico e in fine vita; Gestire le relazioni difficili con i caregiver; Migliorare le capacità di ascolto empatico; Acquisire strumenti per gestire le proprie emozioni di fronte alla sofferenza;	3	FRC<100	16h	Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 4.600,00
	Flavia Gherardi	Processo presa in carico paziente cronico/fragile: analisi di processo e ponderazione del rischio	Disporre dell'analisi di contesto e rischio del percorso di presa in carico del paziente cronico/fragile	3	GDM	10h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
	Flavia Gherardi	Appropriatezza degli esami ematochimici e delle indagini strumentali nel pre ricovero dell'ASST BG EST	Coinvolgere i professionisti sanitari per disporre di un set di esami pre operatori appropriati	3	GDM	10h	Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 500,00
Servizio Prevenzione e Protezione	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione generale in tema di salute e sicurezza sul lavoro	Acquisizione di competenze specifiche in materia di tutela, salute e sicurezza sul lavoro presenti in tutta l'azienda; approfondire temi, metodologie e processi di miglioramento organizzativo necessari per la prevenzione e la sicurezza	1	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Servizio Prevenzione e Protezione	Michele Bisazza	Il PEVAC	Formare tutti i dipendenti in merito alle procedure di emergenza del presidio di competenza	1	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro Dirigenti - Base	Fornire istruzioni sulla corretta gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro	1	E-learning	16h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Michele Bisazza	Aggiornamento Rappresentanti Lavoratori Sicurezza	Aggiornare sui fattori di rischi e nuove normative degli RLS	1	FRC<25	8h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Michele Bisazza	Applicazione delle linee guida per la prevenzione e il trattamento del paziente con rischio di agiti autoeterolesivi e gravi anomalie comportamentali - Base	Istruire il personale in merito alla gestione verbale e fisica di un eventuale aggressione	1	FRC<25	16h/2gg	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.600,00
	Michele Bisazza	Applicazione delle linee guida per la prevenzione e il trattamento del paziente con rischio di agiti autoeterolesivi e gravi anomalie comportamentali - Retraining	Fornire agli operatori un continuo rinforzo sui metodi di gestione delle aggressioni fisiche	1	FRC<25	6h/2gg	Interna Esterna	2	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 2.560,00
	Michele Bisazza	Radiazioni non ionizzanti	Fornire le corrette informazioni sui rischi e sulla loro prevenzione/protezione	1	FRC<25	4h	Esterna	2	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Flavia Bigoni	Prevenzione dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei pazienti	Migliorare l'organizzazione della sicurezza in ambito lavorativo e ridurre il rischio da movimentazione manuale dei carichi/pazienti negli operatori sanitari	1	FRC<25	6h	Interna	3	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 600,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 – Aggiornamento periodico per dirigenti e preposti in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	Aggiornamento in materia di sicurezza specifico per preposti e dirigenti	1	E-learning	6h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 0,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro - Retraining per i lavoratori	Aggiornare il dipendente sugli aspetti legati alla prevenzione e alla tutela dei lavoratori nei luoghi di lavoro, come previsto dall'art. 37 D.Lgs. 81/08, dall'allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/11 (repertorio atti N. 223/CSR) e dalle linee interpretative del 25/07/12	1	E-learning	6h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Servizio Prevenzione e Protezione	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione specifica in tema di salute e sicurezza sul lavoro – Alto Rischio	Acquisizione di competenze specifiche in materia di tutela, salute e sicurezza sul lavoro presenti in tutta l'azienda; approfondire temi, metodologie e processi di miglioramento organizzativo necessari per la prevenzione e la sicurezza	1	E-learning	12h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 0,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione specifica in tema di salute e sicurezza sul lavoro – Basso Rischio	Acquisizione di competenze specifiche in materia di tutela, salute e sicurezza sul lavoro presenti in tutta l'azienda; approfondire temi, metodologie e processi di miglioramento organizzativo necessari per la prevenzione e la sicurezza	1	E-learning	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 0,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro Preposti - Base	Fornire istruzioni sulla corretta gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro	1	E-learning	8h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 0,00
	Michele Bisazza	Addetti antincendio per attività a rischio elevato - corso base	Qualificare il personale con attestato per addetti antincendio per attività a rischio di incendio elevato con superamento prova presso il comando VVF	1	FRC<25	16h/2gg	Interna	8	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 22.400,00
	Michele Bisazza	Prevenzione della sindrome del BURN OUT nei reparti a rischio	Fornire agli operatori strumenti di coping efficaci a prevenire l'insorgenza della sindrome	1	FRC<25	14h	Interna	2	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 3.200,00
	Michele Bisazza	Addetti antincendio - retraining per addetti antincendio rischio alto	Riqualificazione addetti antincendio rischio alto	1	FRC<25	8h	Esterna	20	Tutte le professioni	Modifica 2022	€ 20.000,00
	Francesco Graziano	Guida sicura buone pratiche	Trasmettere a chi per lavoro utilizzo un autoveicolo aziendale o proprio le nozioni principali per una sicurezza di base da tenere in considerazione prima e durante la guida	1	E-learning	1h	Interna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Michele Bisazza	D. Lgs. 81/2008 - Formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro Preposti - Base	Fornire istruzioni sulla corretta gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro	1	FRC<25	3h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Flavia Bigoni	Retraining movimentazione manuale dei pazienti	Migliorare l'organizzazione della sicurezza in ambito lavorativo e ridurre il rischio da movimentazione manuale dei carichi/pazienti negli operatori sanitari	1	FRC<25	2h	Interna	5	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 500,00
	Flavia Bigoni	Prevenzione dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei carichi	Migliorare l'organizzazione della sicurezza in ambito lavorativo e ridurre il rischio da movimentazione manuale dei carichi negli operatori non sanitari	1	FRC<25	6h	Interna	2	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 400,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Radioprotezione	Fisico aziendale Incaricato	Radioprotezione ai sensi del Lgs. 31/07/del 2020 : attuazione direttiva 2013/59/EURATOM	Formazione in tema di radioprotezione	1	FRC<25		Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
Servizio informatico	Paola Mangili	Aggiornamento competenze digitali di base	Ampliare e rafforzare le competenze digitali di base nelle 5 aree individuate dal Syllabus "Competenze digitali per la PA" (dati e documenti informatici, comunicazione e condivisione, sicurezza, servizi, trasformazione digitale. Ampliare e rafforzare le competenze relative a strumenti digitali specifici attualmente utilizzati in azienda (fogli di calcolo, pacchetto Office 365, etc...)	1	E-learning	10h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
Direzione Sanitaria/Direzione Medica	Patrizia Lanfranco	PEMAF Simulazione sul Presidio Piario/Lovere	Illustrare e condividere il PEMA F aziendale	3	Addestramento	2h	Interna	3	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Bianca Ricciardella	PEMAF Simulazione sul Presidio Seriate	Illustrare e condividere il PEMA F aziendale	3	Addestramento	2h	Interna	3	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Bruna Rea	PEMAF Simulazione sul Presidio Alzano	Illustrare e condividere il PEMA F aziendale	3	Addestramento	2h	Interna	3	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	Giulia Esposito	Assistenza alla persona con insufficienza respiratoria	Fornire agli operatori sanitari indicazioni teorico-pratiche al fine di implementare la ventilazione non invasiva, adottando tecniche in linea con gli aggiornamenti della buona pratica clinica e avvalendosi delle evidenze scientifiche attualmente disponibili e delle fonti ufficiali di informazione e aggiornamento. Il percorso si compone di una parte in FAD propedeutica all'addestramento	1	Blended (e-learning add.to)	2h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giulia Esposito	Contenere la contenzione: raccomandazioni per il superamento della contenzione fisica	Affrontare gli aspetti che connotano la pratica della contenzione fisica attraverso dati che ne documentano il ricorso, gli aspetti giuridici ed etici, le evidenze di letteratura	3	E-learning	3h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Adriana Alborghetti	Emergenza sanitaria SARS COV 2	Fornire agli operatori sanitari indicazioni teorico-pratiche per affrontare l'emergenza sanitaria dovuta al nuovo Covid-19	1	E-learning	5h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	Silvia Como	La gestione degli accessi vascolari	Addestrare il personale alla gestione ottimale degli accessi vascolari nelle loro molteplici tipologie, con particolare riguardo alla prevenzione di complicanze precoci e tardive, secondo le più recenti raccomandazioni e linee guida basati sull'evidenza	1	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giancarlo Galbiati	La prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione	Offrire al personale infermieristico conoscenze aggiornate riguardo la prevenzione e il trattamento delle LdP, al fine anche di contenere le complicanze che spesso accompagnano il loro instaurarsi	1	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Antonio Terzi	La registrazione e l'interpretazione dell'ECG	Evidenziare le principali alterazioni di un tracciato ECG, in particolare quelle di gravità elevata che richiedono un tempestivo intervento del medico	1	E-learning	3h	Interna	1	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Adriana Alborghetti	Competenze infermieristiche avanzate e ambulatori a gestione infermieristica	Illustrare al gruppo professionale le nuove risorse e opportunità professionali presenti in azienda al fine di poter contare su consulenze e competenze qualificate volte a migliorare la qualità dell'assistenza	2	FRC<100	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Gianpaolo Zanchi	Non Technical Skill	Favorire nel personale dei blocchi operatori in particolare la conoscenza delle abilità che vanno oltre l'atto tecnico (medico e infermieristico) ma che sono necessarie per una sua corretta esecuzione a livello di singolo operatore o di equipe	3	FRC<100	8h	Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 3.000,00
	Giulia Esposito	Condivisione delle scelte di cure (entrare nella morte a occhi aperti)	Offrire ai partecipanti uno spazio di riflessione alla luce della legge 219/2017 per conoscere le direttive anticipate di trattamento (DAT), la loro possibile applicazione, il contesto e il processo in corso che favorisce l'autodeterminazione della persona	3	FRC<100	7h	Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 800,00
	Giancarlo Galbiati	La gestione e gli strumenti del rischio clinico	Diffondere la cultura della gestione e della prevenzione del rischio clinico, implementando la conoscenza degli strumenti appropriati	3	FRC<25	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 400,00
	Giulia Esposito	La prevenzione delle cadute delle persone ricoverate in ospedale	Informare e coinvolgere i coordinatori, il personale infermieristico e di supporto all'assistenza sulle recenti indicazioni e sui programmi di prevenzione cadute attivati in azienda	3	FRC<25	3h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 100,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	Michele Bisazza	BBS - La sicurezza basata sui comportamenti per lavoratori, gruppi di osservatori, safety leader	Predisporre le checklist per l'adozione del sistema BBS (Base Behaviour Safety); applicazione pratica del sistema in reparti campione	1	FRC<25	7h	Interna Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Adriana Alborghetti	Formazione e addestramento al triage alla luce delle nuove indicazioni normativa (Corso base a 5 livelli abilitante alla funzione di Triage)	Informare e aggiornare il personale rispetto a modelli evoluti di Triage che, grazie a percorsi definiti, consentono di prendersi cura della persona in modo efficace, contenendo i tempi di attesa; facilitare l'assunzione di responsabilità da parte del personale infermieristico puntualizzando metodi e strumenti che permettono di agire salvaguardando la sicurezza del malato; conoscere esperienze di realtà assistenziali in cui sono già collaudati percorsi di accoglienza: Fast Track, See and Treat, etc...	2	FRC<25	14h/2g g	Interna Esterna	2	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 5.960,00
	Adriana Alborghetti	Il ruolo del coordinatore in un sistema sanitario che cambia	Fornire ai coordinatori conoscenze e strumenti per un'interazione organizzativa che promuova il lavoro d'equipe, permetta una gestione dei conflitti fisiologici e favorisca processi efficaci e funzionali	3	FRC<25	21h/3g g	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.500,00
	Silvia Como	La gestione degli accessi vascolari Formazione per infermieri esperti	Aggiornare conoscenze e competenze del personale "esperto" che dovrà essere di riferimento in ogni sede per l'impianto di accessi vascolari in persone con patrimonio venoso scarso o difficile	1	FRC<25	4h	Esterna	1	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 400,00
	Giancarlo Galbiati	La gestione e gli strumenti del rischio clinico - metodo FMECA	Fornire conoscenze riguardanti la Failure Modes and Effects Analysis (FMECA), con il fine di avviare un piano di prevenzione degli errori ritenuti più comuni a livello di U.O.	3	FRC<25	7h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 400,00
	Adriana Alborghetti	Monitorare gli esiti assistenziali per migliorare l'assistenza	Identificare gli outcome positivi più rilevanti per l'assistenza infermieristica; definire gli esiti avversi e correlarli all'assistenza infermieristica; individuare i fattori che influiscono sugli esiti avversi; illustrare il concetto di "Cure Infermieristiche Mancate"	3	FRC<25	7h	Interna Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 400,00
	Milena Mauri	Nursing Policy Leadership Programme	Trasmettere le competenze necessarie all'assunzione di ruoli leader nell'assistenza e in altri eventuali ambiti organizzativi e professionali, in funzione degli obiettivi di sviluppo sostenibile del sistema salute	3	FRC<25	7h	Interna Esterna	2	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 400,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	Giancarlo Galbiati	Analisi critica della documentazione	Uniformare e migliorare le modalità di stesura della documentazione; utilizzare i dati, emersi dalle analisi, per migliorare la pianificazione ed attuazione di interventi assistenziali ed educativi; favorire lo sviluppo professionale degli operatori secondo il profilo professionale; promuovere una completa e corretta comunicazione interna finalizzata alla qualità del servizio	2	GDM	6h		10	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Daniele Belotti	Approfondimento "assistenza alla persona con stomia"	Aggiornare gli infermieri esperti con continuità e approfondire gli aspetti clinici e assistenziali delle derivazioni enterali e urinarie	1	GDM	6h		1	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giancarlo Galbiati	Dall'evidenza scientifica/protocollo alla pratica clinica	Promuovere il rinforzo della resilienza individuale e collettiva	2	GDM	6h		10	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giulia Esposito	Osservatorio "Contenzione fisica": gruppo aziendale dedicato – proseguimento lavori	Promuovere la prevenzione rispetto all'impiego di contenzione fisica, studiando modalità alternative secondo la cultura "restraint free"; rilevare la dotazione del "prontuario dispositivi di contenzione fisica" in ogni UO e verificare la conservazione dei dispositivi, valutando integrazioni o sostituzioni	2	GDM	6h		1	Infermieri, Fisioterapisti	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giancarlo Galbiati	Piani di lavoro e protocolli assistenziali e organizzativi	Utilizzo e applicazione adeguati dei protocolli aziendali disponibili	3	GDM	6h		10	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giulia Esposito	Migliorare l'assistenza al malato attraverso la collaborazione nell'équipe assistenziale	Offrire al personale di supporto all'assistenza la conoscenza di strumenti e modalità che migliorino la collaborazione con il personale infermieristico e ostetrico	2	FRC<25	4h	Interna	2	OSS	Riprogrammazione edizione	€ 400,00
	Giulia Esposito	Modelli assistenziali alternativi: Primary Nursing	Approfondire la conoscenza del modello per migliorare sensibilmente l'assistenza alla persona e la motivazione negli operatori; rafforzare la conoscenza delle caratteristiche della relazione d'aiuto e gli strumenti per lavorare meglio in un gruppo di lavoro	2	FRC<25	14h/2gg	Interna Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 1.600,00
	Giulia Esposito	Prendersi cura di chi cura	Offrire un momento di riflessione per determinare percorsi di autocura funzionali alle diverse aree assistenziali	2	FRC<25	7h	Esterna	3	Infermieri	Riprogrammazione edizione	€ 3.600,00
	Giulia Esposito	Formazione per assistenti di tirocinio degli studenti del CdL in infermieristica: aspetti didattico – organizzativi	Approfondire il percorso di formazione degli studenti di infermieristica e costruire strumenti per monitorare l'apprendimento	2	FRC<25	3h		2	Infermieri	Riprogrammazione edizione	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione delle professioni sanitarie e sociali	Giulia Esposito	Strategie per la de-escalation delle situazioni aggressive	Fornire ai partecipanti gli strumenti necessari per il riconoscimento e contestualizzazione dei comportamenti – problema, dei conflitti e dell'aggressività verbale e non-verbale; la comunicazione: strumento strategico di relazione e protezione del professionista, il ciclo dell'escalation e le tecniche di de-escalation; il talk down, l'ascolto attivo e i principi della negoziazione; in caso di insuccesso, cosa fare nel post-aggressione.	2	FRC<25	14h		1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 2.400,00
	Silvia Como	Il professionista nel gruppo di lavoro	Gli Infermieri Impiantatori devono acquisire la consapevolezza di essere parte di un sistema organizzativo a cui devono rispondere, nel rispetto dei ruoli di ciascuno. E' noto infatti che un professionista, più approfondisce conoscenze e competenze e più tende a circoscrivere il suo ambito di responsabilità, perdendo di vista le necessità dell'insieme organizzativo e assistenziale.	3	FRC<25	7h	Esterna	1	Infermieri	Integrazione 2022	€ 1.200,00
	Giancarlo Galbiati	GAD Lesioni da pressione	Promuovere la formazione nella prevenzione e gestione delle lesioni da pressione	2	GDM	6h		1	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Giancarlo Galbiati	GAD Cadute	Promuovere la formazione nella prevenzione e gestione delle cadute	2	GDM	6h		1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
Servizio di Farmacia	Delia Bonzi	Corso di aggiornamento magazzinieri	Applicazione protocolli relativi alla logistica	1	Addestramento	3h		1	Farmacisti, Magazzinieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Valeria Cotrino	Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Sensibilizzare gli operatori sanitari sui rischi connessi alla manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, che si rendono necessarie in alcune situazioni cliniche come disfagia, pazienti pediatrici o dosaggi non presenti in commercio. Conoscere i rischi e le strategie opportune aiuta a prevenire gli errori di terapia	3	FRC<100	4h	Interna	1	Infermieri, Medici, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Gloria Bastioli	Percorso formativo pacchetto gestionale ADS e Business Object	Formare gli utilizzatori (farmacisti, magazzinieri, infermieri) sul corretto utilizzo degli applicativi ADS e BO, focalizzando l'attenzione sulle nuove funzioni ed eventuali aggiornamenti periodici	3	FRC<25	4h	Esterna	1	Infermieri, Farmacisti, Operatori Tecnici, Magazzinieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
Servizio Igiene Ospedaliera	Enrico Bombana	Le Precauzioni Standard	Ridurre la trasmissione degli agenti infettivi fra personale e pazienti ad un livello tale da non consentire la comparsa di infezioni o colonizzazione	2	E-learning	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Servizio Igiene Ospedaliera	Enrico Bombana	Prevenzione e trattamento della sepsi severa nello shock settico	Adozione di modelli organizzativi che prevenivano la morbilità e la mortalità da sepsi grave	1	E-learning	3h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Enrico Bombana	La dieta ospedaliera come terapia: guida alla scelta e somministrazione	La ristorazione in ospedale deve divenire un momento di educazione alimentare e di vera e propria cura	1	FRC<100	4h	Interna Esterna	1	Medici, Infermieri, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Enrico Bombana	Controllo delle infezioni associate all'assistenza (Commissione CIO)	Incontri periodici multidisciplinari per proporre, verificare ed analizzare fattori di rischio e strategie di controllo e miglioramento con l'obiettivo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza; verifica di applicazioni e programmi di sorveglianza e controllo	2	GDM	8h		1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Gloria Bettinaglio	Igiene delle mani	L'igiene delle mani è la principale misura per ridurre le infezioni. Sebbene sia un'azione semplice, la mancanza di adesione da parte degli operatori sanitari rappresenta un problema in tutto il mondo. E "Cure pulite sono cure più sicure" non rappresenta una scelta, ma un diritto di base del paziente alla qualità dell'assistenza. Le mani pulite prevengono sofferenze e salvano vite.	2	E-learning	2h	Interna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	0
Dipartimento Emergenza Accettazione	Gian Paolo Zanchi	Posizionamento chirurgico del paziente in Sala Operatoria con l'ausilio di tecniche cinestesiche	Applicazione teorico/pratica delle linee guida inerenti la sicurezza e il posizionamento del paziente per l'intervento chirurgico; sviluppare e esercitare competenze in merito al posizionamento supino; approccio alle basi della cinestesia	1	Blended learning	8h	Interna Esterna	2	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 2.400,00
	Gian Paolo Zanchi	Il processo di sterilizzazione e l'UNI TR 11408	Elevare il livello di professionalità degli addetti alla centrale di sterilizzazione; uniformare le procedure e le modalità di lavoro; responsabilizzare gli operatori sul processo di sterilizzazione e tendere	1	FRC<25	4h	Interna Esterna	2	Infermieri, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 800,00
	Angelica Spotti	Simulazione codice rosso in sala parto	Valutare in tempo reale della competenza in caso di codice rosso in sala parte da parte dei professionisti attori del percorso	2	GDM	20h		1	Anestesisti, Ostetriche, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Angelica Spotti	CABO gruppo organizzativo per le sale operatorie	Confrontarsi sui problemi specifici e su problemi comuni, discutere casi chirurgici al fine di migliorare il trattamento peri operatorio, discutere i problemi con l'equipe (chirurgo, anestesista, infermiere)	3	GDM	20h		1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Emergenza Accettazione	Roberto Keim	Aggiornamento COVID 19: CPAP nell'insufficienza respiratoria	Fornire agli operatori indicazioni teorico-pratiche per la gestione della CPAP nell'insufficienza respiratoria acuta COVID 19 -correlata.	1	E-learning	2h	Interna	1	Medici	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Filippo Manelli	Casi clinici e validazione dei protocolli	Valutare l'azione e i vari strumenti, partendo dall'analisi dei casi clinici	3	FRC<25	3h	Interna Esterna	10	Medici	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Silvia Como	Il professionista Oss nell'equipe di Rianimazione	Gli OSS devono acquisire la consapevolezza ed autonomia su tutte le manovre di assistenza di base, consapevoli di essere parte di un sistema organizzativo a cui devono rispondere, nel rispetto dei ruoli di ciascuno.	1	Addestramento	15h	Interna	1	OSS	Integrazione 2022	€ 0,00
	Roberto Keim	La donazione delle cornee, tessuti e organi	Formare il personale alla donazione	3	FRC<25	4h/1g	Interna Esterna	4	Medici	Integrazione 2022	€ 0,00
	Paola Neri	Rianimazione cardiopolmonare in Emergenza e Urgenza	Considerare il lavoro in squadra come la miglior competenza professionale da mettere in atto su casi complessi nel DEA alla luce della Linea Guida ACLS	3	FRC<25	8h/ 2gg	Interna	4	Medici	Integrazione 2022	€ 4.000,00
	Filippo Manelli	Eco clinica – livello base	Implementare le diagnosi dei casi complessi nel DEA con l'ecografia clinica	3	FRC<25	8h/ 2gg	Interna Esterna	2	Medici	Integrazione 2022	€ 7.000,00
	Silvia Como	La movimentazione dei pazienti in area critica	Fornire agli operatori conoscenze teoriche e pratiche per movimentare e posturare in sicurezza il paziente critico	1	FRC<25	4h	Interna	4	Medici, Infermieri, OSS	Integrazione 2022	€ 413,12
	Sabrina Arante	Sala operatoria: alcuni spunti di riflessione	Aggiornare le conoscenze inerenti alcune attività specifiche dell'assistenza infermieristica in sala operatoria	1	FRC<25	3h	Interna	1	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
Dipartimento Materno Infantile	Valoti Elisabetta	Insieme per l'allattamento	Uniformare ed aggiornare le conoscenze/competenze specifiche professionali a sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione del neonato.	1	FAD cartacea	4h	Interna	1	Medici, Infermieri, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Elisabetta Valoti	Allattamento materno e la BFHI	Aggiornamento delle conoscenze utilizzando un approccio mirato per effettuare cambiamenti significativi nella pratica e ricadute in termini di salute madre-neonato	1	FRC<25	20h /3gg	Interna	1	Ostetriche, Medici	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Laura Colonna	Complicanze chirurgiche in ginecologia ed ostetricia :gestione dei casi clinici	Uniformare la gestione clinica e chirurgica della complicanza anche con l'ausilio degli altri specialisti interessati (chirurghi, urologi, radiologi)	1	FRC<25	4h	Interna	1	Medici	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Patrizia D'Oria	Percorsi in sala parto	Uniformare i percorsi in sala parto anche a seguito della nuova organizzazione della sala parto conseguente alla fusione delle due equipe di Alzano e Seriate	1	FRC<25	7h	Interna	1	Medici, Ostetriche, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Materno Infantile	Andrea Dario	Posizionamento e gestioni accessi vascolari	Uniformare le procedure nella fase di posizionamento e successiva gestione degli accessi vascolari in età neonatale	1	FRC<25	4h	Interna	2	Medici, Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Cristina Bellan	Rianimazione neonatale	Uniformazione pratiche cliniche e preparazione neo inseriti, neoassunti	1	FRC<25	8h	Interna	1	Medici, Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Cristina Bellan	Rianimazione neonatale retraining	Adeguamento procedure a nuove linee guida	1	FRC<25	4h	Interna	1	Medici, Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Cesare A. Ghitti	Triage del paziente pediatrico nel Pronto Soccorso ospedaliero	Fornire agli infermieri che lavorano presso il Pronto Soccorso dei diversi presidi le conoscenze teoriche e le attitudini pratiche per applicare correttamente il processo di triage al paziente in età pediatrica	1	FRC<25	5h	Esterna	2	Infermieri di Pronto Soccorso	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.000,00
	Serena Paris	Eco Office: strumento a supporto della visita prenatale	Affinare le competenze nell'utilizzo dello strumento	1	GDM	6h		1	Ostetriche (Ospedaliere Consultoriali)	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Elisabetta Valoti	Gestione emergenze: TC in codice rosso	Uniformare i comportamenti per garantire sicurezza e appropriatezza durante il TC in CR	1	GDM	6h		2	Medici, Ostetriche, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Valoti Elisabetta	La gestione dell'emergenze ostetriche emorragiche	Perfezionare le abilità tecniche-comunicative nella gestione e nella prevenzione dell'emergenza emorragica in sala parto	1	GDM	6h		2	Medici, Ostetriche, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Rinaldo Denise	I venerdì dell'ostetricia	Formare l'intera équipe che prende in carico e assiste la coppia mamma - feto con incontri monotematici per le principali patologie ostetriche	1	FAD sincrona	20h/10 gg	Interna	1	Medici, Ostetriche, OSS, Puericultrici	Riprogrammazione edizione	€ 1.000,00
	Andrea Dario	La comunicazione: gestione dei conflitti	Fornire agli operatori sanitari gli strumenti di base per la gestione di una comunicazione assertiva	1	FRC<100	8h	Esterna	2	Medici, Infermieri, OSS, Ostetriche	Riprogrammazione edizione	€ 2.200,00
Patrizia D'Oria	Monitoraggio fetale ante-intrapartum	"L'obiettivo del monitoraggio ante e intrapartum è quello di ottimizzare l'outcome materno e fetoneonatale tramite: l'individuazione di condizioni di rischio antepartum, la prevenzione dell'acidosi metabolica intrapartum e delle potenziali sequele neonatali a breve e a lungo termine; l'utilizzo del parto operativo solo se necessario. Lo scopo del corso è di fornire elementi di fisiopatologia, evoluzione dell'ipossia, e proposte di approcci standardizzati per il monitoraggio e per l'interpretazione del tracciato cardiografico e la gestione clinica conseguente. Particolare attenzione sarà data alla lettura di casi clinici e alla possibilità di ridurre i danni "iatrogenici" "	3	FRC<100	4h	Interna Esterna	2	Medici, Ostetriche	Integrazione 2022	€ 2.200,00	



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Materno Infantile	Zilioli Anna	Accertamento ostetrico del neonato, bilancio di salute ostetrico post-natale, assistenza al neonato con patologia minima	Affinare e rinforzare le competenze Ostetriche in ambito neonatale.	1	FRC<25	8h	Interna Esterna	2	Ostetriche	Integrazione 2022	€ 0,00
	Cesare A. Ghitti	Gestione integrata del paziente con patologia psichiatrica in età pediatrica: il disturbo del comportamento alimentare DCA e l'agitazione psicomotoria	Fornire agli operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri) che lavorano a contatto con i pazienti pediatrici affetti da tali problematiche elementi di conoscenza e gestione pratica in modo integrato	1	FRC<25	5h	Interna	2	Medici, Psicologi, Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Ciammella Massimo	La gestione del parto operativo vaginale	Fornire agli operatori un addestramento adeguato all'utilizzo della ventosa ostetrica (VO), approfondendone le indicazioni e la tecnica, anche alla luce delle nuove Raccomandazioni della Società Italiana di Ostetrica e Ginecologia, rivalutare gli elementi di semeiotica clinica del II stadio integrati dalle informazioni fornite dall'ecografia in sala parto, ed infine di fornire un'identità di comunicazione e linguaggio all'équipe per ottenere una gestione ottimale del parto operativo vaginale	1	FRC<25	4h	interna	1	Medici, Ostetriche	Integrazione 2021 riprogrammata su 2022	1000
Dipartimento Medico	Carmen Facchinetti	Gestione del paziente disfagico	Fornire informazioni sull'identificazione e la gestione del paziente disfagico e migliorarne la gestione, al fine di evitare le complicanze secondarie alla disfagia e ridurre l'eterogeneità di comportamenti nella gestione del paziente stesso	3	E-learning	4h	Interna Esterna	1	Medici, Infermieri, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Fabio Pace	Incontri di Gastroenterologia	Aggiornamento clinico su temi di gastroenterologia rilevanti	2	FAD sincrona	6h/6gg	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 500,00
	Simona Plebani	Aspetti relazionali psicologici nell'assistenza al pz oncologico	Fornire al personale strumenti che facilitino la relazione con il paziente oncologico nelle fasi più critiche	3	GDM	6h		1	Infermieri, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Silvia Como	Gestione del paziente tracheostomizzato e gestione del ventilatore domiciliare	Fornire agli infermieri conoscenze relative alla gestione del ventilatore domiciliare a alla gestione del paziente tracheostomizzato	3	FRC<25	2h		4	Infermieri	Modifica 2022	€ 0,00
	Armellini Elia	Ecoendoscopia	Fornire le informazioni di base necessarie a gestire il paziente durante le procedure ecoendoscopiche operative	1	FRC<25	4h		1	Medici, Infermieri	Modifica 2022	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Medico	Sara Pezzutti	Il paziente in nutrizione artificiale	Trasmettere le conoscenze relative alla gestione del paziente con nutrizione enterale (tramite PEG o SNG) e tramite nutrizione parenterale, e relative allo stato nutrizionale dei pazienti	3	FRC<25	7h	Interna	1	Infermieri	Modifica 2022	€ 0,00
	Claudia Carzaniga	Accesso Arterioso Radiale	Fornire agli infermieri dell'UTIC competenze necessarie per la procedura di inserimento e la gestione del catetere arterioso radiale	1	Addestramento	4h		1	Infermieri	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Fabrizio Fiacco	Gestione del malato con Ictus in fase acuta	Formare il personale sanitario relativamente ai comportamenti clinico-assistenziali e alle priorità da seguire per interventi tempestivi sulla persona colpita da ictus	3	FRC<25	4h	Interna	1	Medici, Infermieri, OSS	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Silvia Como	Gestione del paziente intubato	Fornire agli infermieri conoscenze relative alla gestione del paziente intubato	3	FRC<25	2h		4	Infermieri	Integrazione 2021 riprogrammata su 2022	€ 0,00
	Claudia Casaniga	Gestione del paziente durante e dopo PCI ad alto rischio mediante supporto meccanico ventricolare sinistro	Sviluppo delle competenze necessarie per la gestione del paziente durante e dopo PCI ad alto rischio mediante supporto meccanico ventricolare sinistro con tecnologia impella	3	Addestramento	4h		2	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Fabrizio Fiacco	Gestione del paziente affetto da epilessia	Acquisire competenze in merito alla gestione di pazienti affetti da epilessia	3	FRC<25	3h	Interna	1	Medici, Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Claudia Carzaniga	Gestione del paziente telemetrato in cardiologia	Acquisizione di conoscenze e sviluppo di competenze per la gestione degli allarmi rossi e gialli del pz in telemetria (riconoscimento delle macro-aritmie e dei segni ischemici acuti).	1	FRC<25	4h/2gg	Interna	3	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Claudia Carzaniga	Up Date in cardiostimolazione e home monitoring	Implementazione e omogeneizzazione delle competenze circa la valutazione e la gestione degli allarmi dei pazienti con home monitoring e aggiornamento circa i nuovi dispositivi impiantabili.	1	FRC<25	8h/4gg	Interna Esterna	1	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Fabrizio Fiacco	Discussione dei casi clinici neurologici legati alla diagnosi/terapia	Sviluppo delle competenze e delle conoscenze nella gestione del paziente con problematiche neurologiche	2	GDM	6h		1	Medici, Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
	Simona Micheli	Revisione piano di attività giornaliero	Coinvolgimento del personale nell'aggiornamento del piano di lavoro a seguito di modifiche organizzative	3	GDM	6h		3	Medici, Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
Dipartimento Chirurgico	Antonio Guadalaxara	Gestione e terapia del paziente chirurgico	Uniformare la gestione clinico-assistenziale dei pazienti	1	Addestramento	20h		1	Medici, infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Pierpaolo Mariani	Incontri formativi multidisciplinari	Facilitare il confronto sugli aspetti della diagnosi e sulle scelte delle terapie più adeguate per ogni paziente in base alle linee guida nazionali e internazionali	2	GDM	10h		1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Chirurgico	Mariani/ Colonna	Incontinenza urinaria e fecale: diagnosi terapia ma soprattutto prevenzione *	Migliorare le proprie conoscenze rispetto al tema proposto e alla possibilità di una risoluzione	1	FRC<100	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Pierpaolo Mariani	Presentazione del PDTA del colon-retto	Garantire a tutti i pazienti affetti da tumore del colon-retto una medicina personalizzata che tenga delle caratteristiche del tumore e dei bisogni del paziente, per ottenere come ricaduta la miglior sopravvivenza e qualità di vita dell'individuo	2	FRC<100	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Pierpaolo Mariani	Insufficienza venosa arti inferiori: dalla diagnosi alla cura *	Sensibilizzare e informare il MMG e gli operatori sanitari relativamente al percorso del paziente affetto da insufficienza venosa e della terapia minivasiva	1	FRC<25	4h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Antonio Ranieri	Le urgenze urologiche di pertinenza del MMG: inquadramento clinico e primo trattamento *	Riconoscere e inquadrare le urgenze urologiche di pertinenza del medico di medicina generale	1	FRC<25	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Pierpaolo Mariani	Aggiornamento rispetto alla letteratura e linee guida in ambito chirurgico.	Aggiornamento continuo dell'equipe e delle professionalità afferenti il blocco operatorio	1	FRC<100	5 incontri da 2 ore	Interna	5	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
	Carlo Trevisan	Mobilità e recupero del paziente ortopedico	Miglioramento delle procedure di recupero funzionale nei pazienti dopo intervento chirurgico ortopedico per ridurre la percentuale di pz. che ricorrono alla riabilitazione residenziale nella chirurgia protesica e per ridurre la mobilità nei soggetti anziani fragili	2	FRC<100	7h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 1.000,00
	Emanuela Signorelli	Corso di approfondimento clinico assistenziale dei pazienti affetti da patologie afferenti alle diverse aree chirurgiche aziendali	Aggiornamento degli operatori infermieristici afferenti le UU.OO. Chirurgiche aziendali	2	FRC<25	4h	Interna	3	Infermieri	Integrazione 2022	€ 0,00
Dipartimento Riabilitazione	Angela Daniela Stabilini	La disostruzione bronchiale nel paziente acuto. Come, cosa e perchè	Ampliare e aggiornare le tecniche per favorire la clearance bronchiale, promuovere la tosse e prevenire l'insorgenza di complicanze respiratorie legate all'ingombro secretivo	1	FRC<100	24h/3gg	Esterna	1	Medici, Fisioterapisti	PFA 21/22 Deliberato	€ 4.000,00
	Francesco Quarenghi	Dal PRI al PRI nell'attività M.A.C.	Predisporre strumenti operativi che favoriscano l'integrazione delle competenze professionali specifiche del team riabilitativo	2	GDM	10h		1	Medici, Fisioterapisti, Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Riabilitazione	Caterina Pastori	Il Concetto Bobath per infermieri	Migliorare e uniformare l'approccio assistenziale del paziente prevenendo i danni terziari	1	FRC<25	16h/2gg	Interna Esterna	1	Medici, Infermieri, Fisioterapisti, OSS	Riprogrammazione edizione	€ 1.800,00
	Samantha Radici	Team Building: costruire il lavoro d'equipe	Gestire i comportamenti e migliorare le dinamiche che aggregano e rendono maggiormente efficace l'equipe di lavoro	2	FRC<25	12h/4gg	Esterna	2	Tutte le professioni	Riprogrammazione edizione	€ 3.200,00
	Angela Daniela Stabilini	Tecniche di riallineamento posturale funzionale dei disallineamenti dell'arto inferiore	Fornire competenze inerenti l'approccio al trattamento incruento dei disallineamenti posturali dell'arto inferiore	1	FRC<25	6h	Interna Esterna	1	Medici, Fisioterapisti	Riprogrammazione edizione	€ 1.000,00
	Laura Savoldelli	Contraversive Pushing Behaviour e atteggiamento di spinta dopo lesione centrale: l'approccio riabilitativo secondo il Concetto Bobath	Fornire competenze relative al trattamento della pusher syndrome al fine di definire specifici PRI e PRI	1	FRC<25	12h/2gg	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Riprogrammazione edizione	€ 1.300,00
	Samantha Radici	Revisione dei piani di lavoro assistenziali	Revisione dei piani di lavoro infermieristici e assistenziali	1	GDM	10h		1	Infermieri, OSS	Integrazione 2022	€ 0,00
	Stefania Fogliaresi	Interventi educativi per i Pazienti ricoverati in Riabilitazione	Favorire il passaggio di informazioni ai Pazienti e ai familiari per il rientro a domicilio, per l'aderenza terapeutica all'attività fisica di mantenimento, per la prevenzione e per la correzione degli stili di vita	2	GDM	10h		1	Fisioterapisti	Integrazione 2022	€ 0,00
	Sauro Capelli	Il percorso riabilitativo del Paziente protesizzato	Ricerca e analisi delle più recenti EBM e Linee Guida nel trattamento riabilitativo del Pz. protesizzato	1	GDM	08h		1	Fisioterapisti	Integrazione 2022	€ 0,00
	Dario Gerini Rocco	Il team riabilitativo ospedaliero	Definire i ruoli dei diversi operatori all'interno del team riabilitativo e favorire il lavoro interprofessionale	2	GDM	06h		1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
	Angela Daniela Stabilini	Valutazione pratica clinica del trattamento del dolore persistente cronico	Valutare a distanza le ricadute formative sulla pratica clinica	2	GDM	8h		1	Fisioterapisti	Integrazione 2022	€ 0,00
Dipartimento dei Servizi	Davide Maestri	Addestramento professionale del personale medico e comparto per l'uso di apparecchiature radiologiche ed informatiche	Migliorare la conoscenza specifica ed approfondita dei protocolli applicabili dalle strumentazioni per la produzione e il post processing dei ROW data, per integrare al meglio i dati clinici con i risultati delle indagini diagnostiche	3	Addestramento	20h		3	Radiologi, TSRM	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento dei Servizi	Callegaro Anna Paola	News in laboratorio	Portare a conoscenza di tutti i professionisti delle continue evoluzioni in medicina di laboratorio	3	E-learning	12h	Interna	1	Biologi, medici, infermieri, TLSB	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Davide Maestri	Revisione dei protocolli e percorsi dei pazienti in radiologia	Aggiornamento protocolli interni al servizio	3	GDM	6h		2	TSRM	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Teresio Motta	Ridefinizione del percorso tecnico-diagnostico in anatomia patologica	Uniformare e aggiornare i percorsi tecnico-diagnostici in relazione a tracciabilità, informatizzazione, strumentazione, allestimento dei preparati e refertazione secondo Linee Guide Internazionali Standardizzare gli approcci diagnostici e terapeutici nel rispetto dei protocolli esistenti;	3	GDM	8h		1	Medici, TSLB	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Giovanni Inghilleri	Gestione dei pazienti con anemia carenziale: aspetti organizzativi e pratici. Analisi dei risultati del primo semestre di attività.	Incrementare le competenze infermieristiche e mediche in merito alle possibili reazioni al trattamento marziale ed alla loro gestione Analizzare i risultati ottenuti e valutare azioni di miglioramento.	3	FRC<25	2h		2	Medici, Infermieri, TLSB	Integrazione 2022	€ 0,00
	Giovanni Inghilleri	La terapia trasfusionale nei pazienti complessi dal punto di vista immuno-ematologico.	Incrementare le competenze tecniche necessarie per una corretto svolgimento delle indagini pretrasfusionali necessarie in questi casi Standardizzare l'approccio alla gestione di questi casi si tra il personale tecnico che dirige Migliorare la comunicazione con i clinici richiedenti e la refertazione	3	FRC<25	2h		2	Medici, Infermieri, TLSB	Integrazione 2022	€ 0,00
	Giovanni Inghilleri	Aggiornamenti tecnici, organizzativi e sanitari nella gestione della donazione di sangue.	Diffondere a tutto il personale coinvolto le informazioni relative alla variazioni procedurali introdotte nelle varie tipologie di donazione Migliorare ed omogeneizzare la comunicazione con le Associazioni di Donatori. Analisi dei dati di attività relativi al 2021.	3	FRC<25	2h		2	Medici, Infermieri, TLSB	Integrazione 2022	€ 0,00
	Giovanni Tiraboschi	Aggiornamenti per l'esecuzione dell'Emogasanalisi	Aggiornare tutti i profili sanitari rispetto alle conoscenze più recenti inerenti la gestione dei POCT, in particolare l'emogasanalisi	3	FRC<25	2h		20	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
	Giovanni Tiraboschi	Nuova automazione CoreLab: Hub and Spoke	Formare il personale tecnico e Dirigente e produzione di istruzioni operative interne.	3	GDM	6h		1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione Socio Sanitaria	Luisa Giuliano	Formazione in materia di violenza di genere, domestica e assistita	Sensibilizzare il personale dipendente in materia di violenza di genere ai sensi del DPCM del 24/11/2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza"	3	E-learning	6h	Interna	1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Adriana Alborghetti	L'infermiere di Famiglia e di Comunità - I° e II° livello	Approfondire gli elementi caratterizzanti la figura dell'Ifec, declinandone il modello assistenziale nel contesto dell'ASST Bergamo Est	3	E-learning	5h	Interna	2	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Adriana Alborghetti	Processi di integrazione ospedale territorio	Migliorare la comunicazione, l'integrazione e la collaborazione tra i diversi professionisti dell'area materno infantile allo scopo di rendere più efficaci i percorsi e ottimizzare le risorse	2	FAD sincrona	4h	Interna	1	Medici, Ostetriche	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Raffaella Tortelli	Iniziative formative per l'Infermiere di Famiglia	Offrire all'Ifec conoscenze di metodologia del lavoro, aggiornamenti nella normativa e strumenti di intervento nell'assistenza alla persona a domicilio	2	FRC<25	7h	Interna Esterna	4	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 800,00
	Adriana Alborghetti	L'ostetrica di famiglia e di comunità	Attivare l'Ostetrica/o di famiglia e di comunità per garantire un'appropriata implementazione delle azioni raccomandate nel percorso nascita, anche attraverso il programma home visiting, per promuovere azioni sugli stili di vita, screening, vaccinazioni e depressione post partum - attraverso il modello OMS "Pensare Positivo"	2	FRC<25	4h	Interna Esterna	1	Ostetriche	PFA 21/22 Deliberato	€ 300,00
	Adriana Alborghetti	Assistenza materno-fetale: gestione Percorso Nascita BRO in epoca COVID 19	Confermare, agevolare ed aggiornare l'operatività della presa in carico delle donne e del neonato durante il percorso nascita (epoca gravidanza-parto-puerperio), anche e soprattutto nel periodo dell'emergenza dovuta al COVID-19	1	FRC<25	4h	Interna	2	Medici, Ostetriche	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Raffaella Tortelli	La complessità della rete territoriale: presa in cura della persona fragile	Illustrare agli Ifec le relazioni organizzative che permettono di mantenere continuità assistenziale e favoriscono la permanenza della persona a domicilio	2	FRC<25	7h	Interna Esterna	2	Infermieri	Riprogrammazione edizione	€ 800,00
	Simona Ludi	Laboratorio formativo Team Direzione Sociosanitaria - UNIBG	Definizione di modelli organizzativi, relativi meccanismi di coordinamento e strumenti operativi da implementare all'interno della nostra ASST che rafforzino il lavoro in Team definendone il ruolo strategico.	3	GDM	10h	Interna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2021 riprogrammata su 2022	€ 0,00
	Patrizia Bertolaia	One Health: dalla telemedicina al Connected Care	Dalla telemedicina alla sanità digitale: esperienze, progetti, metodi	2	Convegno	4h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 1.000,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Direzione Socio Sanitaria	Luisa Giuliano	Progetto RAMI	Formare gli operatori rami all'interno dei servizi che hanno il compito di svolgere colloqui motivazionali con l'uomo perchè questi decida di rivolgersi ad un centro per il trattamento degli attori di violenza e che costituiscano un punto di riferimento interno di confronto per tutti gli operatori della ASST Bergamo Est	3	FAD sincrona	10h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 1.500,00
	Luisa Giuliano	Supervisione consulenti RAMI	Incontri agli e alle operatori/operatrici RAMI al fine di sostenerli nel percorso motivazionale dell'uomo che accede al servizio	2	FAD sincrona	20h	Interna Esterna	1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 1.000,00
	Maria Paola Moroni	La psicoterapia in età evolutiva: quando il bambino è il paziente	Approfondire con gli psicologi dei consultori familiari e dei servizi specialistici il processo terapeutico con pazienti in età evolutiva e con le loro famiglie, anche attraverso il consolidamento dell'apprendimento del test delle relazioni famigliari	1	FRC<25	4h	Esterna	1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 500,00
	Luisa Giuliano	TEAM NOVIOLENCE	Interazione integrative multidisciplinare interaziendale per la discussione delle criticità e dei feedback dei casi maltrattamento.	2	GDM	10h		1	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00
	Viviana Marcovich	Clinica psicologica nel consultorio familiare. Supervisione di casi clinici.	Favorire il confronto clinico tra psicologi del consultorio familiare e approfondire gli aspetti teorico-clinici riguardanti le svariate problematiche legate al disagio psichico che richiede interventi psicologici in ambito consultoriale.	1	GDM	20h		1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 2.000,00
	Annamaria Merla	Separazioni difficili e presa incarico psicologica	Individuare strumenti condivisi dal punto di vista dell'approccio psicologico che consentano ad aiutare i soggetti coinvolti a superare la cornice conflittuale e ad attivare risposte o soluzioni che consentano di superare la fase del conflitto e raggiungere nuovi equilibri relazionali, sia in ambiente coatto che di consultazione spontanea	1	GDM	16h	Esterna	1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 1.800,00
	Daniela Dinetti	La conduzione dei gruppi in ambito consultoriale	Avviare un confronto tra psicologi relativo alla gestione dei gruppi terapeutici e non, in continuità con la formazione già effettuata sull'argomento ai fini di definire nuovi progetti di gruppo in ambito consultoriale e specialistico	1	GDM	8h		1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 0,00
Presidio Territoriale Area Est	Maddalena Lorenzetti	Analisi e approfondimento delle norme nazionali, regionali, aziendali, sui vaccini e sull'attività vaccinale	Analizzare le indicazioni, norme, procedure, calendari, che vengono trasmessi dalle diverse istituzioni per poterle applicare al meglio nel contesto lavorativo aziendale	3	GDM	12h		1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Presidio Territoriale Area Est	Stefania Spada	Riforma Sanitaria Lombarda e nuove sfide – dalla cura al “prendersi cura”	Rafforzare le azioni che promuovono l’integrazione tra operatori di diverso profilo professionale e di diversi servizi nell’ottica di una co-costruzione di percorsi di cura mirati sul territorio volti alla valorizzazione delle risorse del cittadino e delle sue reti di appartenenza	1	GDM	6h	Interna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	Integrazione 2022	€ 0,00
Presidio Territoriale Val Seriana/Val di Scalve	Rosamaria Sarcone	Il lavoro online: programma di attuazione, vantaggi e svantaggi, deontologia e normativa	Conoscere per meglio utilizzare le piattaforme nel lavoro sociale	1	FRC<25	20h/5g g	Interna Esterna	1	Assistenti sociali	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.800,00
	Patrizia Barbagallo	Il ruolo dell'operatore sociale nelle commissioni di invalidità.	Definire i ruoli di assistenti sociali ed educatori che prendono parte alle commissioni di invalidità e che accompagnano i cittadini nella presentazione della domanda	1	GDM	6h		1	Assistenti sociali, Educatori	Integrazione 2022	€ 0,00
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Maria Grazia Regazzetti	Approfondimento della gestione delle emergenze di natura organica in SPDC	Individuare modalità di gestione delle emergenze di natura organica nei pazienti ricoverati in SPDC	3	Addestramento	4h		3	Pisichiatra, Infermierie, OSS	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Ugo Calzolari	Generazione ZYC e consumo di sostanze: presente e futuro	Valutare la richiesta portata attualmente ai nostri Servizi da preadolescenti e adolescenti riguardo il consumo di sostanze in termini quantitativi e qualitativi; effettuare una ricognizione degli interventi attuati nei singoli servizi individuando eventuali aree di integrazione già presenti	1	Convegno	8h	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.500,00
	Anna Berlinghieri	Conoscenza approfondita del programma psicheweb, elaborazione dati statistici implementazione nuovo software	Acquisire una buona padronanza del programma, ridurre gli errori e registrare correttamente le prestazioni	1	FRC<25	7h	Esterna	2	Infermieri	PFA 21/22 Deliberato	€ 4.800,00
	Laura Novel	Le urgenze nell'adolescenza: il tentato suicidio e i disturbi del comportamento alimentare	Conoscere gli orientamenti teorici e i modelli di intervento nell'area suicidale per l'adolescente e la sua famiglia; apprendere modelli di intervento nella gestione dei disturbi del comportamento alimentare	3	FRC<25	14h/2g g	Esterna	2	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 4.000,00
	Laura Novel	Monitorare e sviluppare essere gruppo di lavoro nella relazione di cura	Favorire manutenzione al gruppo di lavoro del DSMD, sviluppare capacità di integrazione e coordinamento e favorire pratiche autoriflessive sulle vision e pratiche di gruppo in chiave migliorativa	2	FRC<25	21h/3g g	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 3.600,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Fiorella Lanfranchi	Valutazioni psicodiagnostiche	Affinare le competenze psicodiagnostiche e le procedure interpretative più complesse per garantire correttezza metodologica e affidabilità dei risultati	1	FRC<25	30h/5g g	Esterna	1	Psicologi	PFA 21/22 Deliberato	€ 3.200,00
	Fiorella Lanfranchi	Violenza intra familiare ed assistita	Acquisire conoscenze e strumenti di osservazione e intervento sul contesto familiare	1	FRC<25	14h/2g g	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.400,00
	Ugo Calzolari	Gestione GE.DI	Corretta compilazione della cartella GE.DI	3	GDM	10h		1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Ugo Calzolari	GAP - Gioco d'Azzardo Patologico	Presentazione del nuovo Servizio attivato dai SERD ai coordinatori	1	GDM	8h		4	Medici, Infermieri, TSRM	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Antonietta Colucci	L'équipe riabilitativa in CRA. Analisi dei nuovi bisogni dell'utenza e definizione di obiettivi condivisi e raggiungibili	Migliorare la capacità di progettare gli interventi e ampliare la comunicazione e le relazioni nel team	2	GDM	10h		1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Laura Novel	Mental health star recovery	Favorire un approccio multi professionale nello sviluppo di programmi di cura innovativi orientati alla recovery; stimolare nel paziente un atteggiamento propositivo rispetto al percorso di cura	3	FRC<25	6h	Esterna	2	Tutte le professioni socio-sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 2.000,00
	Maria G. Regazzetti	SPDC a porte aperte	Rivalutare modalità di intervento e rimodulare l'utilizzo della contenzione in SPDC	2	GDM	8h		2	Tutte le professioni sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Laura Novel	Uniformare le modalità di accoglienza e gestione del paziente territoriale	Revisione di procedure e protocolli operativi	3	GDM	8h		2	Tutte le professioni socio-sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Fiorella Lanfranchi	L'applicazione dei protocolli Roschach	Affinamento delle capacità di siglatura e lettura del reattivo	1	GDM	15h		1	Psicologi	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Adele Marchesi	L'organizzazione flessibile della CPM in risposta ai bisogni del paziente	Discussione di temi legati alla struttura psicopatologica del paziente e come strutturare i migliori interventi riabilitativi possibili all'interno del contesto residenziale partendo dal lavoro in equipe	2	GDM	8h		1	Tutte le professioni socio-sanitarie	Riprogrammazione edizione	€ 0,00
	Fiorella Lanfranchi	EMDR supervisioni	Approfondimento strumento per gestione di soggetti o gruppi esposti ad eventi stressanti e/o catastrofici	1	FAD sincrona	12h	Esterna	1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 1.200,00
	Fiorella Lanfranchi	Valutazioni Rorschach	Completamento livello base ed avanzato del metodo Exner	1	FRC<25	14h/2g g	Esterna	1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 1.400,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
DMSD UONPIA	Maria G. Minei	Utilizzo del photolangage negli interventi della UONPIA	Migliorare l'implementazione della tecnica del photolangage attraverso la supervisione	1	FRC<25	16h/3g g	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 2.000,00
	Maria E. Benicchio	Metodo Feldenkrais	Favorire una maggiore abilità ed efficienza degli operatori nella presa in carico dei pazienti	1	GDM	8h		1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Paola Vercelli	Percorsi e procedure all'interno dell'UONPIA	Uniformare le procedure all'interno dei poli UONPIA aziendali	2	GDM	8h		1	Tutte le professioni socio-sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Elena Guerini	Utilizzo comunicatori ed altri ausili prescrivibili dal nomenclatore tariffario	Acquisizione di conoscenze e competenze per l'utilizzo di strumenti ed ausili facilitatori nelle situazioni di disabilità complessa	1	GDM	8h		1	Fisioterapisti, TNPEE, Psicomotricisti, Logopedisti	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Cinzia Carminati	Implementazione del Nucleo Funzionale Autismo alla luce del Piano Regionale Autismo	Implementazione delle attività previste dal Piano Regionale Autismo a carico del Nucleo Funzionale Autismo: diagnosi precoce, supporto e orientamento ai genitori, diagnosi eziologica.	1	GDM	8h		1	Medici, Psicologi	Modifica 2022	€ 0,00
	Mariagrazia Minei	Il lavoro con adolescenti con psicopatologie complesse	Supervisione clinica delle modalità di intervento multidisciplinare nelle situazioni psicopatologiche complesse	1	FRC<100	24h/6g g	Esterna	1	Psicologi	Integrazione 2022	€ 3.000,00
	Filippo Gitti	Comunicazione e comportamenti problema nei minori con disturbi dello spettro autistico	Miglioramento delle capacità di trattamento, in particolare dei comportamenti problema e del disturbo della comunicazione	1	FRC<100	24h/3g g	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	Integrazione 2022	€ 2.600,00
	Filippo Gitti	Funzionamento sensoriale nell'autismo	Acquisire competenze specifiche sulla diagnosi, in particolare degli aspetti sensoriali e neuropsicologici	1	FRC<100	7h/1gg	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	Integrazione 2022	€ 1.000,00
	Filippo Gitti	Autismo: up to date sulla diagnosi	Acquisire competenze specifiche sulla diagnosi, in particolare degli aspetti sensoriali e neuropsicologici	1	FRC<100	7h/1gg	Esterna	1	Tutte le professioni socio-sanitarie	Integrazione 2022	€ 1.000,00
Dipartimento Amministrativo	Palma Caterina Stucchi	La gestione delle relazioni al front office	Migliorare la consapevolezza del proprio stile di comunicazione in situazioni conflittuali	2	FRC<25	14h/2g g	Esterna	2	Personale front office	Riprogrammazione edizione	€ 3.200,00
	Caterina Ursino	Formazione Excel	Migliorare l'utilizzo del programma di calcolo Excel da parte del personale amministrativo che sempre di più si confronta con elaborazioni complesse di dati e report	1	FRC<25	9h	Interna Esterna	3	Personale Amministrativo	Integrazione 2022	€ 2.400,00



Piano Formativo 2022

iniziativa da ricondurre alla gestione del rischio aziendale

Dipartimento	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Previste Ed 22	Target	Stato Evento 2022	costo totale
IRC	Neri Paola	BLSL Pediatrico	Trasmettere un metodo che consenta di acquisire dimestichezza nell'esecuzione di manovre di rianimazione cardio-polmonare in pazienti pediatrici non coscienti, in cui siano compromesse le funzioni vitali cardio-respiratorie, ai fini di prevenire i danni anossici cerebrali	3	FRC<25	8h	Interna Esterna	2	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.700,00
	Neri Paola	Emergenze e Urgenze Intraospedaliere	Migliorare le conoscenze assistenziali e organizzative in situazioni di emergenza/urgenza per riconoscere ed intervenire su segni e sintomi gravi; definire la sequenza di intervento e il materiale necessario da tenere sempre a disposizione	1	FRC<25	8h	Interna	4	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 1.680,00
	Neri Paola	Rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione automatica (BLSL) - corso base	Addestrare all'utilizzo del defibrillatore automatico esterno (BLSL) secondo le linee guida IRC	3	FRC<25	5h	Interna	20	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 7.400,00
Trasversale	Daniele Milani	Addestramento all'utilizzo del Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo	Formare e informare il personale sanitario rispetto agli ultimi servizi e strumenti introdotti da SBBL, le loro modalità e corretto utilizzo	1	Addestramento	2h		1	Tutte le professioni sanitarie	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Daniela Vitali	Formazione in materia di anticorruzione	Formare il personale in materia di anticorruzione e trasparenza, descrivendo le normative e i meccanismi previsti della L.190/2012 e del D.Lgs. 33/2013	3	E-learning	2h	Interna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Daniela Vitali	Regolamento europeo 679/16 (GDPR)	Introduzione ai principi del Regolamento europeo 679/2016 e applicazione pratica	3	E-learning	2h	Interna	1	Tutte le professioni	PFA 21/22 Deliberato	€ 0,00
	Daniele Milani	Il Sistema SBBL – Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo	Formare e informare il personale sanitario rispetto ai servizi e strumenti del Sistema SBBL: conoscenza del sistema, modalità e corretto utilizzo	1	E-learning	1h		1	Tutte le professioni sanitarie	Integrazione 2021 riprogrammata su 2022	€ 0,00
	Cristina Cervieri	Formazione Formatori: gli strumenti per la progettazione e realizzazione di un piano formativo efficace	Aggiornamento ai referenti di formazione e progettisti di formazione in merito alle disposizioni normative del nuovo manuale regionale di accreditamento, sistemi informativi a supporto e procedure per la attivazione del PFA	3	FRC<25	4h	Interna	2	Tutte le professioni	Integrazione 2022	€ 0,00

Piano Formativo 2022

Elenco Iniziative - Associazioni in partecipazione

Sperimentazione	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Ed 22
Nephrocare	Luciano Pedrini	Implementazione delle procedure Nephrocare per la buona cura dialitica e standard per l'igiene e controllo delle infezioni	Migliorare la qualità assistenziale, prevenire le infezioni e gli infortuni sul lavoro	3	FRC<100	8h	Interna	2
	Luciano Pedrini	Percorso del paziente con insufficienza renale cronica, dalla pre-dialisi, alla scelta del trattamento e alla dialisi	Standardizzare le attività di prevenzione e di assistenza dal reparto alla sala dialisi.	2	FRC<100	8h	Interna	2
	Luciano Pedrini	Training BLS/D - P/BLS/D	Garantire assistenza adeguata in situazioni di emergenza	1	FRC<100	8h	Interna	15
	Luciano Pedrini	Addestramento in dialisi di un infermiere neo-assunto	Istruire l'infermiere in dialisi, considerata anche la gestione del paziente con diversi accessi vascolari	1	Addestramento	30h		3
	Luciano Pedrini	Analisi dei report delle balance scorecard mensili per il miglioramento dei target clinici ed economici	Analizzare nel dettaglio i risultati emersi dai report, sia clinici che dei costi, dei centri dialisi.	2	GDM	24h		6
	Luciano Pedrini	Attività manageriale del referente di un centro Dialisi.	Aiutare i referenti nella risoluzione di problematiche quotidiane	2	GDM	10h		1
Ferb	Michele Tumati	Il controllo delle infezioni ospedaliere alla luce dei nuovi scenari	Rivedere i processi e gli strumenti in essere per la sorveglianza delle infezioni alla luce degli attuali scenari	1	FRC<100	8h	Esterna	1
	Michele Tumati	Riabilitazione in ambiente acquatico: nuove sfide in ambito ortopedico e neurologico.	Introdurre percorsi terapeutico/riabilitativi basati sull'evidenza scientifica, che prevedono l'utilizzo del mezzo acquatico in ambito ortopedico e neurologico	2	FRC<100	8h	Esterna	1
	Michele Tumati	Corso per addetti antincendio - rischio elevato	Migliorare l'organizzazione della sicurezza; prevenzione del rischio incendio ai sensi del D.M. 10/3/1998, far acquisire l'idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "addetto antincendio" ai sensi dell'art. 37, comma 9 del D-Lgs 81/08	1	FRC<25	16h	Esterna	1
	Michele Tumati	Corso per il personale neoassunto - D.Lgs. 81/2008	Formare il personale di nuova assunzione sugli adempimenti relativi al D.lgs.81/2008, compresa l'organizzazione del Sistema di Prevenzione e protezione aziendale	1	FRC<25	4h	Esterna	2

Piano Formativo 2022

Elenco Iniziative - Associazioni in partecipazione

Sperimentazione	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Ed 22
Ferb	Michele Tumiatì	La gestione del paziente con problemi respiratori	Favorire il miglioramento delle competenze nella gestione del paziente con problemi respiratori	1	FRC<25	4h	Esterna	2
	Massimiliano de' Margheriti	La nuova normativa in tema di privacy: riflessi in Sanità	Aggiornare il personale sulle integrazioni introdotte dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali"	2	FRC<25	4h	Esterna	2
	Sale Patrizio	La riabilitazione robotica e la realtà virtuale nella pratica clinica	Fornire un aggiornamento riguardo al complesso progresso tecnologico nel campo dell'informatica, dell'elettronica e della telematica applicata all'ambito riabilitativo cercando di affrontare questa continua trasformazione per cercare di rispondere ai bisogni crescenti di continuità, efficacia e sostenibilità di cura	1	FRC<25	8h	Esterna	1
	Michele Tumiatì	Retraining per addetti antincendio	Mantenere le buone prassi di prevenzione incendi e migliorare la capacità d'intervento ed evacuazione	1	FRC<25	4h	Esterna	4
	Michele Tumiatì	Valutazione e gestione delle ulcere cutanee	Migliorare le competenze nella valutazione della lesione cutanea, nel correlarla con il quadro clinico globale del paziente e identificare il tipo di medicazione più adeguata; eseguire correttamente ogni fase della medicazione e valutarne l'efficacia	1	FRC<25	4h	Esterna	1
	Michele Tumiatì	Analisi della qualità della cartella clinica e dell'appropriatezza dei ricoveri	Migliorare la qualità della cartella clinica in termini di completezza e di appropriatezza	2	GDM	20h		5
	Fascendini Sara	Dalle mappature DCM al miglioramento della qualità assistenziale	Mantenere nel tempo l'utilizzo del DCM documentando e misurando i benefici e le ricadute positive sulla qualità dell'assistenza	2	GDM	8h		3
	Paola della Porta	La prevenzione dello stress lavoro correlato	Potenziare le abilità relazionali all'interno dell'organizzazione ospedaliera, fornire gli strumenti necessari per presidiare lo stress lavoro-correlato	2	GDM	8h		2
	Michele Tumiatì	L'interpretazione dell'ECG	Migliorare le conoscenze e competenze nella lettura ed interpretazione dell'ECG	1	GDM	6h		2

Piano Formativo 2022

Elenco Iniziative - Associazioni in partecipazione

Sperimentazione	Responsabile Scientifico	Titolo	Obiettivo specifico	Area	Tipologia formativa	Durata	Docenza	Ed 22
Ferb	Michele Tumati	Predisposizione/revisione protocolli, procedure, piani di lavoro e documentazione sanitaria	Verificare l'attualità dei protocolli e della documentazione sanitaria in uso alla luce della più recente letteratura scientifica e laddove necessitasse, provvedere alla definizione di nuovi	3	GDM	6h		4
	Zanni Mara	Tecniche per il benessere assistenziale del professionista care-giver	Favorire il miglioramento delle relazioni all'interno delle equipe assistenziali, migliorare le strategie comunicative e ridurre il rischio di depressione	2	GDM	8h		2
	Fascendini Sara	Update sulle demenze 2021/2022	Verificare l'adeguatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici in essere tramite l'analisi e la discussione guidata della letteratura scientifica in tema di malattie neurodegenerative e demenza	3	GDM	18h		1
	Maria Cristina Rizzetti	Malattia di Parkinson e parkinsonismi; update sulla riabilitazione	Migliorare le conoscenze degli spazi di intervento riabilitativo nell'ambito dei disordini del movimento e favorire il confronto tra esperienze/setting diversi	2	FRC<25	8h/2gg	Interna Esterna	1
	Michele Tumati	Videosorveglianza e tutela della privacy	Formare il personale sulle normative in materia di videosorveglianza, relative regole, principi e misure di sicurezza	1	FRC<25	2h	Interna	2