

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Est

PIAO
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2023 – 2025

INTEGRATO CON SEZIONE 2.3 – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Sommario

Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	3
Sezione 2 - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	8
2.1 - Valore Pubblico	8
2.1.1 Obiettivi Generali e Specifici	8
2.1.2 Accessibilità Fisica e Digitale	9
2.1.3 Agenda Semplificazione	10
2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico	10
2.2 – Performance.....	13
2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza	19
2.3.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza	19
2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione e trasparenza.....	20
2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia	26
2.3.4 Analisi del contesto	27
2.3.4.1 Contesto esterno.....	28
2.3.4.2 Contesto interno	31
2.3.5 Mappatura dei processi	32
2.3.6 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	32
2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	34
2.3.7.1 Misure generali	37
2.3.7.2 Misure specifiche	55
2.3.8 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	75
2.3.9 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	78
Sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano.....	85
3.1 - Struttura organizzativa	85
3.2 - Organizzazione del lavoro agile	86
3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale	87
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente.....	87
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane	88
3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno	89
3.3.4 Strategia di formazione.....	89
Sezione 4 – Monitoraggio	90
Pubblicità.....	91

Documento redatto da: F. Gherardi, A. Azzola (Qualità Risk Management); M. Faccini (Gestione Operativa – NextGenerationEU); C. Ursino (Gestione e sviluppo delle risorse umane); D. Vitali (Affari Generali e Legali).

Con la collaborazione di: P. Mangili (Servizio Informativo aziendale); M. Puricelli (Gestione tecnico patrimoniale); A. Dolazza (Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità).

Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

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 comprende 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.

Il bilancio aggregato 2022 dell'ASST Bergamo Est è intorno ai 234 milioni di euro.

Numero dipendenti al 1.1.23: numero 2.543 unità.

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

POLO OSPEDALIERO

E' composto da 8 Ospedali.

Ospedale "Bolognini" di Seriate - per pazienti acuti, a gestione diretta

N. Posti letto: Ordinari = 236 DH/DS = 19

N. Sale operatorie = 7

Ospedale "Pesenti Fenaroli" di Alzano Lombardo - per pazienti acuti, a gestione diretta

N. Posti letto: Ordinari = 212 DH/DS = 11

N. Sale operatorie = 5

Ospedale "Briolini" di Gazzaniga - ad attività riabilitativa, a gestione diretta

N. Posti letto: Ordinari = 48 DH/DS = /

Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario - per pazienti acuti, a gestione diretta

N. Posti letto: Ordinari = 94 Sub-acuti = 10 DH/DS = 14

N. Sale operatorie = 4

Ospedale "SS. Capitano e Gerosa" di Lovere - per pazienti acuti, a gestione diretta

N. Posti letto: Ordinari = 79 Sub-acuti = 12 DH/DS = 4

N. Sale operatorie = 3

Ospedale "Passi" di Calcinate - Funzionante come Ospedale per pazienti a basso rischio.

Ospita un reparto 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, Ospedale di Comunità (così come definito dal PNNR) e Casa di Comunità.

N. Posti tecnici: Sub-acuti = 30

Non attivi: Posti letto: Ordinari = 71 DH/DS = 1

In **gestione ad un soggetto privato** individuato con procedura ad evidenza pubblica che opera sulla base di un contratto di associazione in partecipazione:

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

N. Posti letto: 88

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

N. Posti letto: 113

Completano l’offerta, le seguenti attività:

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

N. Posti letto: 46

Nefrologia e Dialisi di Seriate CAL gestiti da Nephrocare SpA.

N. Posti letto: 10

Offerta complessiva posti letto

L’offerta complessiva di posti letto accreditati risulta così riepilogata:

N. Posti letto: Ordinari = 997, di cui 257 in compartecipazione gestionale pubblico/privato

Sub-acuti = 52

DH/DS = 49

N. Sale operatorie = 19

I posti letto gestiti dall'Azienda assommano dunque 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

Dati di attività del Polo Ospedaliero

Con riferimento all’anno 2022, i volumi di attività a gestione diretta sono pari a:

Ricoveri complessivi (numero) = 23.870

Prestazioni ambulatoriali (numero) ≈ 3.300.000

POLO TERRITORIALE

Si articola in:

- Distretti (tre distretti)
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

1.DISTRETTO di Seriate e Grumello del Monte.

Comprende l'ambito territoriale di Seriate (11 Comuni) e l'ambito territoriale di Grumello (8 Comuni)

La sede è a Seriate.

Al Distretto afferiscono:

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

un Ospedale di Comunità (Calcinate)

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Est

ASST BERGAMO EST



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

Comprende l'ambito territoriale della Valle Cavallina (20 Comuni), l'ambito territoriale del Monte Bronzone Basso Sebino (12 Comuni) e l'ambito territoriale dell'Alto Sebino (10 Comuni).

La sede è a Trescore Balneario.

Al Distretto afferiscono:

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

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

Comprende l'ambito territoriale di Albino- Valle Seriana (18 Comuni) e l'ambito territoriale della Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve (24 Comuni).

La sede è ad Albino.

Al Distretto afferiscono:

- due Centrali Operative Territoriali (Albino, Clusone)
- cinque Case di Comunità (Gazzaniga, Albino, Alzano, Clusone e Vilminore di Scalve)
- un Ospedale di Comunità (Gazzaniga)

Dati di attività dei Distretti

Numero utenti Consultori: 8.321 (dato 2021)

Numero prestazioni Consultori: 35.108 (dato 2021)

Segnalazioni ADI gestite: 258 (dato 2021)

Numero pazienti presi in carico dalla centrale della continuità assistenziale in fase di dimissione: 678 (dato 2021)

Numero attivazioni Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC: 673 (dato 2022)

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Si articola in:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura - Ospedale di Alzano Lombardo;
- Centro Psicosociale - Nembro, Piario e Trescore Balneario;
- Comunità Protetta Media Assistenza - Nembro;
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza - Piario e Sarnico;
- Centro Diurno - Trescore Balneario e Lovere;
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Trescore Balneario, Gazzaniga, Piario e Lovere
- Servizio Dipendenze (SerD) - Gazzaniga e Lovere.

Sezione 2 - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 - Valore Pubblico

In questa sottosezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale alla ASST in particolare da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e secondo gli obiettivi di digitalizzazione previsti dall'Agenda Digitale.

2.1.1 Obiettivi Generali e Specifici

L'ASST persegue obiettivi generali correlati alla propria Mission, che trovano attuazione secondo gli indirizzi contenuti nei principali atti programmatici nazionali e regionali. Nel quadro evolutivo attuale del Servizio Sanitario Nazionale particolare rilievo assumono gli indirizzi e le aree di sviluppo definite nel PNRR e nella Legge Regionale (22/21) di Potenziamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari.

In particolare per l'anno 2023, sono obiettivi specifici dell'ASST Bergamo Est gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria annualmente stabiliti da Regione Lombardia, definiti con DGR 7758 del 28/12/22 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", di seguito declinati per macro area.

Offerta sanitaria e sociosanitaria

Assicurare un'offerta sanitaria e sociosanitaria appropriata e rispondente ai bisogni della popolazione, nel rispetto dei LEA, con la garanzia di qualità e sicurezza delle cure e dei percorsi di presa in carico clinico assistenziale e di prevenzione.

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

Potenziare la rete ospedaliera e territoriale realizzando interventi di edilizia sui fabbricati aziendali, l'acquisto di attrezzature, sistemi informatici come da Piano degli Investimenti annuale da adottare contestualmente al bilancio preventivo 2023.

Governo dei tempi di attesa

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

Sanità digitale

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

Sviluppare la telemedicina quale strumento di erogazione di servizi di assistenza sanitaria al cittadino, nella logica della casa come primo luogo di cura.

Sostenibilità ambientale

Perseguire l'efficienza energetica attraverso interventi tecnico-strutturali appropriati e promuovendo comportamenti improntati al contenimento dei consumi energetici da parte dei dipendenti secondo il piano d'azione condiviso dal Green Team aziendale. L'ASST di Bergamo Est aderisce al Global Green and Healthy Hospitals Network, comunità scientifica internazionale operante sui temi della sostenibilità ambientale in ambito sanitario.

Promuovere la mobilità sostenibile dei dipendenti dell'ASST, attraverso la figura del mobility manager.

Equilibrio economico

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

Trasparenza e lotta alla corruzione

Rispettare la normativa in tema di anticorruzione e trasparenza.

2.1.2 Accessibilità Fisica e Digitale

Nell'ambito dell'erogazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria riveste ruolo fondamentale il superamento di barriere fisiche e digitali soprattutto per la popolazione ultrasessantacinquenne e con disabilità.

Innanzitutto, gli immobili di proprietà dell'azienda, soddisfano i criteri e requisiti di superamento delle barriere architettoniche.

Nel contesto del progetto aziendale accoglienza, l'ASST ha introdotto l'utilizzo di totem intelligenti e App dedicate per migliorare l'interazione digitale tra cittadino e strutture sanitarie e ha implementato l'utilizzo di strumenti quali PagoPA, SPID.

E' in corso la completa revisione del sito internet aziendale www.asst-bergamoest.it – la vetrina dei servizi dell'azienda, per dare tutte le informazioni in tempo reale e in modalità semplice e intuitiva, facilmente navigabile e moderna e in grado di adattarsi correttamente ad ogni tipo di dispositivo e adeguato a tutte le normative relative all'accessibilità.

Un contributo significativo all'accessibilità digitale è apportato dallo sviluppo dei processi di telemedicina che consente al cittadino/paziente, con particolare riferimento agli ultra ultrasessantacinquenni e ai disabili, di rimanere presso la propria residenza nella fruizione dei servizi.

2.1.3 Agenda Semplificazione

Nel triennio di riferimento gli obiettivi prioritari nell'ambito della digitalizzazione sono rappresentati dalla implementazione delle progettualità previste dalle diverse linee di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Oltre agli obiettivi definiti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nel corso del 2023, verrà posta la massima attenzione sulle tematiche relative alla sicurezza informatica.

Nello specifico, i principali processi oggetto di semplificazione e reingegnerizzazione, con il coordinamento di Regione Lombardia o su iniziativa aziendale, sono i seguenti:

- 1) Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.
- 2) Il sistema per l'Automazione della logistica del farmaco con gestione centralizzata dei processi di magazzino farmaceutico e integrazione del processo di prescrizione e somministrazione gestito nell'ambito della Cartella Clinica Elettronica
- 3) Il Sistema di gestione digitale delle liste d'attesa e dei posti letto
- 4) Interventi tecnici e organizzativi per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, per la trasformazione del FSE da raccogliitore di documenti a gestore dei dati strutturati degli assistiti.

2.1.4 Obiettivi di Valore Pubblico

Premesso che il Valore Pubblico rappresenta l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo, generato dall'azione amministrativa, ASST Bergamo Est con la sua azione concorre ad incrementare il benessere Assistenziale, Sociale e Ambientale dei cittadini, nei termini di seguito dettagliati.

Dimensione di Valore Pubblico	Assistenziale/Salute			
Obiettivo specifico collegato	Miglioramento dell'offerta Sanitaria			
Beneficiari	Pazienti			
Strutture coinvolte	Reparti e servizi dell'ospedale e del territorio			
Indicatore	Baseline T₀ (2022)	Target T₁ (2023)	Target T₂ (2024)	Target T₃ (2025)
Rispetto dei tempi di attesa – ambulatoriali e ricoveri programmati	Volumi 2022	Volumi 2019	Mantenimento	Mantenimento
Fonte dei dati:	Flusso dati SDO e ambulatoriali			

Dimensione di Valore Pubblico	Sociale		
Obiettivo specifico collegato	Potenziamento Rete Territoriale e presa in carico della persona – Strutture e presidi più vicini al cittadino		
Beneficiari	Utenti		
Strutture coinvolte	Distretti		
Indicatore	Baseline T ₀ (2022)	Target T ₁ (2023)	Target T ₂ (2024)
Rispetto del Crono-programma Aziendale per l'avvio di CdC e OdC	40%	+30%	+30%
Fonte dei dati:	Rendicontazione degli obiettivi aziendali a Regione Lombardia		

Di seguito si dettaglia il crono-programma aziendale.

Crono-programma Aziendale CdC e OdC	2022	2023	2024
CdC Calcinatè	√		
CdC Gazzaniga	√*		
CdC Sarnico	√*		
CdC Grumello del Monte	√*		
CdC Trescore Balneario		X	
CdC Seriate		X	
CdC Lovere	√*		
CdC Albino			X
CdC Vilminore di Scalve	√		
CdC Clusone		X	
CdC Alzano		X	
OdC Calcinatè		X	
OdC Gazzaniga			X
Totale 13 strutture	6	5	2
% di strutture avviate	46%	38%	16%

Legenda:

X = pianificato

√ = Avviata

√* = attivazione graduale e progressiva dei servizi, in sede da ristrutturare/riqualificare

Dimensione di Valore Pubblico	Ambiente	
Obiettivo specifico collegato	Sostenibilità ambientale/riduzione dei consumi energetici dell'azienda	
Beneficiari	Utenti	
Strutture coinvolte	SC Gestione Tecnico Patrimoniale	
Tempi attesi di realizzazione	18 mesi	
Indicatore	Baseline T₀	Target T₁
Consumi energetici aziendali	5433 Tep*	Riduzione di almeno il 15%
Fonte dei dati:	Letture reali dei consumi o metodi tabellari	

*Tonnellate equivalenti di petrolio

2.2 – Performance

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

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

Performance Aziendale

Area	Obiettivi di performance	Indicatore	Risultato atteso 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Responsabile della Misurazione
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	IFeC: pazienti presi in carico	Incremento dei pazienti presi in carico	Incremento dei pazienti presi in carico	Incremento dei pazienti presi in carico	Referente S.S. Processi Integrati Territorio
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	Assistenza Domiciliare Integrata	Accreditamento in qualità di erogatori	Pazienti presi in carico secondo target regionale assegnato	Pazienti presi in carico secondo target regionale assegnato	Referente S.S. Processi Integrati Territorio
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali	Avvio attività 5/5	A regime 5/5	-	Responsabile Team Work Aziendale PNRR
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	Attivazione PUA	Attivazione PUA in 3/3 Case di Comunità in avvio	Attivazione PUA nella Casa di Comunità in avvio	-	Responsabile Team Work Aziendale PNRR
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	ALZANO LOMBARDO Ampliamento del Pronto soccorso per separazione percorsi	Avvio e conclusione lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	LOVERE Ampliamento del Pronto soccorso	Avvio e conclusione lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	PIARIO Realizzazione del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare	Conclusione lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	PIARIO Ampliamento del Pronto soccorso	Avvio e conclusione lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	SERiate Ristrutturazione Pronto Soccorso	Collaudo opere	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	SERiate Ristrutturazione Pronto soccorso ginecologico	Conclusione lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	SERiate Ristrutturazione Monoblocco Medico	Conclusione lavori e collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento Ospedali	SERiate Sopralzo per realizzazione di 8 posti letto di Terapia Intensiva	Conclusione lavori e collaudo	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TRESCORE BALNEARIO Ristrutturazione C.P.S. e C.D.	Conclusione progettazione	Avvio lavori	Collaudo opera	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Piano di attività	Erogazione di prestazioni di ricovero	Attività pari al 2019	Attività pari al 2019	Attività pari al 2019	Responsabile f.f. S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Piano di attività	Erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale	Attività pari al 2019	Attività pari al 2019	Attività pari al 2019	Responsabile f.f. S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Programmi di screening	Realizzazione programmi e target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening	Rispetto del target	Rispetto del target	Rispetto del target	Responsabile f.f. S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU

Governo dei tempi di attesa	Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici in classe A	90%	Mantenimento	Mantenimento	Responsabile f.f. S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Trasparenza e lotta alla corruzione	Trasparenza	Numero pubblicazioni effettive nel piano trasparenza / Numero pubblicazioni richieste	100%	100%	100%	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Sanità digitale	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Cartella Clinica Ambulatoriale	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Cartella Clinica di Terapia Intensiva Adulti e Neonatale	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Sostituzione CUP aziendale	-	Acquisizione	Messa in produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Evoluzioni dei sistemi di sale operatorie con ottimizzazione del percorso chirurgico e rilevamento dei tempi.	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali

Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Introduzione di un sistema di gestione dei posti letto, con visualizzazione/prenotazione da parte del pronto soccorso, integrato con ADT o Galileo	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Digitalizzazione e integrazione di immagini, segnali, video	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Digitalizzazione / Innovazione tecnologica	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (PNRR)	Progetto Logistica del Farmaco	Acquisizione	Messa in produzione	In produzione	Direttore S.C. Farmacia
Efficienza Economica	Equilibrio economico della gestione aziendale	Contributi in c.to esercizio da Regione - FSR Indistinto (netto FNT)/Valore della produzione sanitaria	Diminuzione rispetto al valore 2022 (0.31)	Diminuzione rispetto al valore 2022 (0.31)	Diminuzione rispetto al valore 2022 (0.31)	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Infezioni correlate all'assistenza: infezioni/totale dimessi	<7%	<7%	<7%	Direttore S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Implementazione raccomandazioni ministeriali	100%	100%	100%	Direttore S.C. Qualità Risk Management

Accessibilità fisica e digitale	Sito Internet	Rinnovamento sito internet	Rilascio versione rinnovata Maggio 2023	Implementazione sezione polo territoriale	-	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Sanità digitale	Telemedicina	Numero delle televisite	Incremento	Incremento	Incremento	Responsabile S.S. Telemedicina
Sanità digitale	SGDT	Numero pazienti arruolati	Incremento	Incremento	Incremento	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Sanità digitale	Fascicolo Sanitario elettronico 2.0	Numero documenti indicizzati/numero prestazioni (secondo piano regionale)	Avvio indicizzazione e nuova modalità pubblicazione	Implementazione	Implementazione	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Formazione	Formazione del personale	Incidenza delle ore di formazione sul totale delle ore lavorate	> 1,00%	> 1,00%	> 1,00%	Responsabile S.S. Gestione Giuridica - Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Formazione	Formazione del personale	Iniziative formative accreditate realizzate/pianificate	> 50%	> 50%	> 50%	Responsabile S.S. Gestione Giuridica - Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Pari opportunità ed equilibrio di genere	Valorizzazione del linguaggio senza discriminazioni e pregiudizi	Campagna interna con affissione mensile di volantino	Realizzazione della Campagna	-	-	Presidente CUG
Pari opportunità ed equilibrio di genere	Attività formativa	Realizzazione delle attività pianificate	6/6	Emissione di due PT/PDTA	-	Presidente CUG

PERFORMANCE DI U.O.

Area	Indicatore	Risultato atteso 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025
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 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025
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

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

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

Tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza è stata redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) secondo le indicazioni fornite da ANAC "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii., al PNA 2022, e al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza.

Il contesto è interessato dalla fase di ripresa post emergenza pandemica, in particolare da specifiche e ulteriori esigenze derivate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

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

In relazione agli obiettivi strategici definiti nella Sezione 2.1 (Valore Pubblico) del presente Piano integrato di attività e organizzazione l'Organo di indirizzo ha individuato il seguente obiettivo:

Dimensione di Valore Pubblico	Assistenziale/Salute
Trasparenza e lotta alla corruzione	Rispettare la normativa in tema di anticorruzione e trasparenza.

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

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

Obiettivo di Performance	Indicatore
Trasparenza	Numero pubblicazioni effettive nel piano trasparenza / Numero pubblicazioni richieste

- **Trasparenza:** potenziare l’informatizzazione del flusso per la pubblicazione in ‘Amministrazione Trasparente’, procedendo alla revisione della sottosezione ‘Bandi di gara e contratti’ della sezione Amministrazione Trasparente secondo le indicazioni del PNA 2022;

Obiettivo	Indicatore
Trasparenza	Numero sottosezioni attivate in “Bandi di gara e contratti”/numero sottosezioni previste nella sottosezione “Bandi di gara e contratti” indicate nel PNA 2022

- **Formazione** dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione quale strumento fondamentale per diffondere la cultura della legalità e della buona amministrazione

Obiettivo	Indicatore
Formazione	numero del personale formato/ numero del personale da formare

2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione e trasparenza

Direttore Generale

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

Direzione Strategica della ASST

L’Organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione anticorruzione del PIAO.

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.

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 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, in raccordo con tutti gli altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.

Fornisce supporto conoscitivo e informativo necessario alle articolazioni aziendali interessate.

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

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 dei rischi corruttivi 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 PIAO.

Sono costantemente impegnati 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 coinvolti in ordine alla pubblicazione di alcune sezioni di Amministrazione Trasparente che prevedono il caricamento diretto dal gestionale delibere e determine (Civilia). Monitorano la pubblicazione dei documenti secondo quanto previsto dalla griglia allegata al presente documento (Allegato 3 – Elenco degli obblighi di pubblicazione).

Dipendenti

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

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

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 s.m.i., esprimendo parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.

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).

Stakeholders

Il Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta agli stakeholders interni ed esterni mediante un apposito modulo pubblicato nel sito web aziendale, in modo che tutti i soggetti interessati possano formulare proposte di integrazione e contributi di aggiornamento.

Internal Auditing

L'Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni e piani di miglioramento in relazione alle attività esaminate, quale controllo interno, indipendente e autonomo.

Le attività di audit pianificate possono comprendere processi a rischio corruttivo, rafforzando così l'attività di assurance e di controllo propria dell'Internal Auditing, attraverso un'attività congiunta e coordinata con la Direzione Strategica.

Sistemi Informativi Aziendali (SIA)

Il SIA si occupa dell'adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, coordinando gli interventi per la sicurezza informatica. Dà attuazione alle linee strategiche per la riorganizzazione e la transizione alla modalità operativa digitale come da indicazioni del "Codice dell'amministrazione digitale".

Dà attuazione al PNRR per quanto riguarda tutte le attività relative la Missione 6 componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale ed in particolare per quanto riguarda la digitalizzazione degli Ospedali e per la telemedicina.

Per quanto riguarda "Amministrazione Trasparente" ha individuato la softwarehouse e ha il compito di attivare tutti i canali in "Amministrazione Trasparente" per consentire il caricamento dati dal sw delibere/determine o tramite altro canale individuato con la softwarehouse. Pertanto ha inviato ai Responsabili di Struttura indicazioni per il flusso dei dati da Civilia, in particolare ha fornito indicazioni operative per la pubblicazione delle sezioni di amministrazione trasparente tramite il canale di "delibere/determine".

Qualora necessario fornisce ulteriori indicazioni operative alle UU.OO. interessate affinché, laddove previsto, pubblicino 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 fornisce ulteriori indicazioni operative alle UU.OO. interessate perché laddove previsto pubblicchino utilizzando i flussi previsti dalla softwarehouse.

Qualità Risk Management

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

E' la Struttura competente alla pubblicazione in 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.

Gestione Operativa – NextGenerationEU

E' la Struttura deputata alla massimizzazione della produttività delle piattaforme della ASST sia del polo ospedaliero (pronto soccorso, degenze, sale operatorie e ambulatori) sia del polo territoriale (centri vaccinali, consultori, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali). Nell'ambito della gestione dei progetti innovativi è incaricata del coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dell'implementazione degli interventi PNRR relativi al programma NextGenerationEU.

Gestione giuridica – Formazione e sviluppo delle risorse umane

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

Provvede a definire nell'ambito del piano annuale di formazione dell'Azienda attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente (formazione obbligatoria di base) e agli operatori delle aree maggiormente a rischio di corruzione (formazione specifica).

RASA

Assicura l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA).

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

A tal fine il Direttore Generale ha individuato quale RASA dell'Azienda il Dr. Felice Petrella, Direttore della SC Acquisti e Logistica.

Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

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

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.

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

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

Svolgono attività di costante monitoraggio sull'adempimento delle misure previste dal PIAO – "Rischi corruttivi e trasparenza" 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.

Di seguito i nominativi aziendali dei referenti anticorruzione:

STRUTTURA	REFERENTE
DIREZIONE STRATEGICA	TIZIANA MONACI
DIREZIONE SANITARIA	LEONARDO CALAGNA
SC AFFARI GENERALI E LEGALI	ESTER BONFANTI
SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA e CONTABILITA'	ALESSANDRO DOLAZZA
SC FARMACIA	NADIA PASINELLI
SC GESTIONE ACQUISTI E LOGISTICA	OTTAVIA DE MARCO
SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	ELENA REDUZZI
SC GESTIONE OPERATIVA – NextGenerationEU – SS CONTROLLO DI GESTIONE	CINZIA LEONI
SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	MASSIMO PURICELLI
SC QUALITA' RISK MANAGEMENT	ALESSANDRO D'ELIA
SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)	DAVIDE AGOSTINELLO
SSD ACCOGLIENZA E CUP AZIENDALI	GIULIA ANGHILERI
SS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)	MICHELE BISAZZA
INTERNAL AUDITING	ESTER BONFANTI
DIREZIONE MEDICA Ospedale SERIATE	ZAIRA TELINI
DIREZIONE MEDICA Ospedale CALCINATE	SUSANNA VUTO
DIREZIONE MEDICA Ospedali ALZANO L.DO - GAZZANIGA	LAURA TESSANDRI
DIREZIONE MEDICA Ospedali PIARIO - LOVERE	PATRIZIA LANFRANCO
DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE	ADRIANA VALORE
DISTRETTO Seriate e Grumello	SILVIA MARIA DONARINI
DISTRETTO Valle Cavallina, Monte Bronzone Basso Sebino e Alto Sebino	SILVIA MARIA DONARINI
DISTRETTO Albino Valle Seriana e Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	PAOLO FRANCHI
SERD	CRISTINA ZANGA

Collaboratori a qualsiasi titolo

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

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 della ASST Bergamo Est, i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti e tutti coloro che, a qualsiasi titolo e tipologia di contratto o incarico, direttamente o indirettamente, in maniera stabile o temporanea, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda.

2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia

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

In linea con gli indirizzi del PNA 2019 si articola in:

Tre fasi centrali:

- **Analisi del contesto:** mappatura completa e approfondita dei processi.
- **Valutazione del rischio:** 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:** individuazione di misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e programmazione tempi e modalità della loro attuazione.

Due fasi trasversali:

- **Consultazione e comunicazione**
- **Monitoraggio e riesame del sistema.**

Proseguendo il percorso iniziato lo scorso anno, il RPCT ha avviato, con la partecipazione attiva dei dirigenti delle Strutture aziendali, l'aggiornamento delle mappature dei

rispettivi processi secondo una valutazione "qualitativa" di analisi del rischio indicata da ANAC nel PNA 2019 e con l'ausilio di indicazioni operative aziendali descritte nell'**Allegato n. 1 del presente Piano, che ne costituisce parte integrante ed a cui si rimanda.**

E' pertanto è previsto il graduale superamento dell'analisi del rischio rappresentato da un valore numerico ricavato secondo la metodologia descritta nella tabella all. 5 PNA 2013.

La nuova metodologia presuppone l'esplicitazione di un giudizio motivazionale sul livello complessivo di esposizione al rischio rilevato, dove gli indicatori di rischio (key risk indicators) si fondano su valori di giudizio soggettivo (individuazione dei c.d. 'fattori abilitanti') e di giudizio oggettivo a supporto della valutazione, ossia sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio e su ulteriori dati in possesso dell'Azienda (es. esiti controlli interni, UPD ecc.), 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>

Il recepimento della metodologia indicata nell'All. 1 del PNA 2019 è stata necessariamente graduale, come suggerito da Anac stessa, in considerazione della diversa articolazione di tale metodologia, della sopravvenuta emergenza Covid-19 degli ultimi anni, della 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 RPCT ha proposto, coordinato e sostenuto l'intera procedura di analisi del rischio 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.

Attraverso la mappatura del trattamento dei rischi (Allegato n. 2 al presente Piano), l'Azienda si pone l'obiettivo di monitorare i rischi corruttivi collegati ai processi, attuando i piani d'azione in essi previsti. L'Azienda stabilisce delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall'analisi della ponderazione (Livello di rischio).

Pertanto ciascun Responsabile di Struttura attua i piani d'azione previsti nella mappatura dei rischi secondo la tempistica in esso indicata seguendo l'ordine di priorità.

In ogni caso vanno presidiati i processi che prevedono un rischio alto e/o medio.

Lo scopo è avere un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo, che renda la predisposizione del PIAO – Rischi corruttivi e trasparenza un processo sostanziale e non meramente formale.

La nuova metodologia è stata applicata ai processi che fanno capo a n. 10 Unità Operative oltre alle Direzioni Mediche di Presidio (che devono completare l'aggiornamento dell'analisi del processo "Gestione Rifiuti") e nel 2023 l'aggiornamento interesserà i processi delle restanti Unità Operative su cui l'analisi è attualmente in corso, precisando, tuttavia, che per tutti i processi mappati sono comunque già state individuate misure di prevenzione della corruzione volte a favorire la correttezza e la trasparenza del processo.

Nel corso del triennio i processi potranno essere sottoposti a modifiche e integrazioni, se necessario, in particolare in ordine alle nuove esigenze emerse a seguito dell'emergenza sanitaria, al PNRR e al nuovo assetto organizzativo previsto dal POAS 2022/2024.

2.3.4 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.

La valutazione del rischio corruttivo, in ossequio alla normativa in materia di anticorruzione, nonché alle linee programmatiche statuite dai PNA emanati dall'ANAC, costituisce un presupposto necessario per comprendere le dinamiche socio-territoriali che possano influire sulla mala gestione della cosa pubblica. La parametrizzazione del grado di rischio non può prescindere, pertanto, da un'analisi del contesto esterno in cui l'Ente opera; le variabili del contesto sociale, economico e culturale, la verifica dei dati relativi all'attività criminale, sono parametri imprescindibili per definire la cornice di rischio in cui l'Azienda è chiamata a garantire la propria funzione pubblica. Il contesto provinciale in cui si inserisce l'attività di ASST è quindi caratterizzato da un'economia dinamica, in passato caratterizzata dall'industria tessile, che in questi ultimi anni ha dovuto subire un significativo ridimensionamento a seguito dei processi di globalizzazione, nonché della crisi economica successiva al 2008.

Polis Lombardia pubblica dal 2018 il Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia (www.polislombardia.it). Il rilevante contesto industriale e turistico ha da sempre costituito un potenziale rischio, che si è in taluni casi concretizzato con l'infiltrazione della criminalità organizzata, che, specie in questi anni di crisi economica, ha approfittato della debolezza di taluni imprenditori, per inserirsi nel tessuto economico provinciale, attraverso attività di usura e, in taluni casi, giungendo a sostituirsi nella direzione di intere realtà produttive. Le famiglie sono interessate dal fenomeno del sovra-indebitamento di sussistenza e le aziende sottoposte a sofferenze in conseguenza della pandemia e del conflitto bellico Russia-Ucraina.

2.3.4.1 Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di *“evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione 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.

Nel 2022 è stato presentato il report Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2021/200418ist-monitor-presenza-mafiosa-edmarzo2021>

ANAC ha pubblicato un'apposita piattaforma del portale denominata *“Misura la corruzione”* <https://www.anticorruzione.it/misura-la-corruzione> - che mette a disposizione della collettività un insieme di indicatori scientifici in grado di stabilire quanto sia alto il rischio che si possano verificare fatti di corruzione. All'interno della sezione chiunque può visionare il proprio territorio d'interesse e, sulla base di indicatori suddivisi in tre filoni tematici (di contesto, di appalto e comunali), verificare quanto sia alto il rischio che si possano presentare fatti di corruzione.

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

Territorio e demografia

In riferimento all'ASST Bergamo Est, il naturale bacino si estende dalla periferia sud-est di Bergamo a tutto il bacino dei laghi e delle valli bergamasche, 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: 21,83% è l'indice di invecchiamento della popolazione che ha più di 65 anni. L'indice di invecchiamento ha 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: Dati demografici della provincia di Bergamo <https://www.ats-bg.it/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/>).

Dal rapporto annuale ISTAT – 2022 (<https://www.istat.it/it/archivio/272772>) emerge che la modernizzazione delle amministrazioni pubbliche è di rilevanza strategica per sostenere lo sviluppo, in quanto dispongono di un organico ridotto e invecchiato: oggi l'età media dei dipendenti è di quasi 50 anni rispetto ai 42 circa nel settore privato. Oltre che nella semplificazione delle procedure amministrative, la sfida è rivolta allo sviluppo del capitale umano e al pieno sfruttamento delle tecnologie digitali per l'offerta di servizi.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Pandemia – Antiriciclaggio

La Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia 2° semestre 2022 evidenzia come *“la stessa Unità di Informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia a più riprese ha avuto modo di raccomandare l'attivazione dei diversi presidi antiriciclaggio per prevenire le possibili distorsioni dell'economia legale specie nell'attuale delicata fase di attuazione del PNRR”*

https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wpcontent/uploads/2022/09/Relazione_Sem_Ill_2021-1.pdf e Consultazione del sito <https://uif.bancaditalia.it> del 29 aprile 2022.

Dati rilevanti per determinare il contesto esterno in relazione alle strategie delle organizzazioni criminali **in rapporto alla pandemia e al PNRR** sono ricavabili attraverso:

- Relazioni della Direzione Investigativa Antimafia (DIA) che riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia.

La DIA in merito alla pandemia riferisce che *“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 esposte 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”* (relazione 1° semestre 2021).

Inoltre sottolinea come il rischio di infiltrazioni criminali legate alla pandemia si intreccia al PNRR *“La ‘ndrangheta è sicuramente interessata ad accaparrarsi i fondi messi a disposizione dell’Europa attraverso il PNRR, mentre potrebbe approfittarsi della crisi economica legata alla pandemia per impadronirsi di piccole e medie aziende utilizzando fiumi di denaro a disposizione delle cosche”* (relazione 2° semestre 2021).

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

- Relazione annuale sull’attività svolta da ANAC nel 2021 presentata dal Presidente dell’Autorità <https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-di-anac-al-parlamento-in-diretta-dalla-camera-oggi-23-giugno>
- Relazione del Presidente della sezione Giurisdizionale in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2022 Lombardia della Corte dei Conti <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=fef4b9dd-d628-49b0-975b-f976a57c882b>
- Relazioni ORAC <https://www.orac.regione.lombardia.it/wps/portal/site/orac/attivita/relazioni-semestrali>

Rapporto con i cittadini

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

Il valore delle donazioni in denaro ricevute, alla data del 31.12.2020, ammonta complessivamente in €2.480.671,72. Le suddette donazioni sono state utilizzate alla data del 31.12.2022 per €2.034.357,33= per l’acquisto di apparecchiature sanitarie, beni necessari alla gestione della fase emergenziale, riorganizzazione interna ai vari presidi, allestimento sedi vaccinali/punti tampone sul territorio e per istituire borse di studio e finanziare tirocini presso U.O. Laboratorio Analisi di Calcinato.

Il valore delle erogazioni liberali in natura a sostegno del contrasto all’emergenza covid 19 periodo dal 01.05.2020 al 31.12.2022 ammontano a € 2.117.044,07

Prospetti consultabile al seguente link: <https://www.asst-bergamoest.it/user/Default.aspx?SEZ=51&PAG=111&NOT=1320>

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

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

Inoltre i dipendenti hanno a disposizione una pagina Intranet aziendale nonché l’angolo del dipendente –sezione bacheca aziendale quale strumento privilegiato di informazioni al personale.

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.

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 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;

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 dal report di monitoraggio acquisti beni e servizi più avanti riportato).

Non si può non tenere conto che la pandemia e il conflitto bellico hanno avuto un impatto notevole sul piano sia della salute delle persone, sia della tenuta del sistema economico.

2.3.4.2 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).

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

Con deliberazione n. 892 del 15.09.2022, a seguito di autorizzazione regionale intervenuta con DGR n. XI/6923 del 12.09.2022, è stato adottato il nuovo POAS 2022/2024, consultabile sul sito internet aziendale Amministrazione trasparente / Disposizioni generali / Atti generali /atti amministrativi generali / articolazione degli Uffici POAS

http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/data/DGR%20n.%20XI%20%206923%20del%2012.09.2022%20Approvazione%20POAS%202022%202024%20ASST%20Bergamo%20Est.pdf

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

2.3.5 Mappatura dei processi

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. La mappatura, elaborata in collaborazione con i Dirigenti delle articolazioni aziendali, assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è stata elaborata anche in correlazione con l'elenco dei procedimenti pubblicato sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente > Attività e procedimenti > Tipologie di procedimento, che ha rappresentato un punto di partenza per l'identificazione dei processi organizzativi, così come suggerito da ANAC nel PNA 2019.

La mappatura contiene, suddivise per Struttura, le aree che Anac raccomanda di ricomprendere:

Generali (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 (aree a rischio individuate dal RPCT in collaborazione con i rispettivi Dirigenti di struttura in base ai processi aziendali mappati).

I processi oggetto di valutazione sono riportati nell'Allegato n. 2 "Mappatura del trattamento dei rischi".

2.3.6 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

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. Può essere economico, organizzativo, reputazionale.

Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a individuare:

l'oggetto di analisi, identificandolo nei processi e/o fasi dei processi dell'ASST Bergamo Est;

le tecniche di identificazione e fonti informative;

i rischi di corruzione attraverso i seguenti strumenti:

- indicazioni fornite dal PNA;
- 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.

Gli eventi rischiosi sono riportati nella mappatura del trattamento dei rischi allegato 2 del presente Piano.

La mappatura include gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno dell'ASST Bergamo Est.

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.

La nuova metodologia si basa su una valutazione di tipo qualitativo, dove gli indicatori di rischio (key risk indicators) si fondano su valori di giudizio soggettivo (individuazione dei c.d. 'fattori abilitanti') e di giudizio oggettivo a supporto della valutazione, ossia sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio e su ulteriori dati in possesso dell'Azienda (es. esiti controlli interni, UPD ecc.), e sono ispirati agli strumenti tipici del risk assessment, (riferimento alla norma UNI ISO 31000:2010).

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita al singolo processo e/o fase, è supportata da una motivazione che tiene in considerazione anche l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso l'Azienda (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.

(Vedere allegato n. 1 del presente Piano).

Di seguito alcuni esempi di 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, 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;
- mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.

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 e/o fasi presi 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 n. 1 del presente Piano in cui viene descritta la nuova metodologia di analisi del rischio e vengono riportati i livelli di rischio secondo la combinazione della PROBABILITA' X IMPATTO.

L'Azienda ha stabilito delle priorità nel trattamento del processo, definite sulla base del risultato emerso dall'analisi della ponderazione.

Pertanto ciascun Responsabile di Struttura attuerà i piani d'azione previsti nella mappatura del trattamento dei rischi secondo la tempistica in esso indicata seguendo l'ordine di priorità: alta - media/alta - media - media/bassa (per le mappature non ancora aggiornate) e/o rischio rilevante - rischio medio - rischio accettabile (per le mappature aggiornate) considerando che, ad ogni modo, vanno sempre presidiati i processi che prevedono un rischio alto - rilevante - medio.

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

Le mappature del trattamento dei rischi allegare al PIAO devono essere aggiornate in base all'attuazione delle azioni di miglioramento previste nei piani d'azione del Piano anticorruzione 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 favorisca un continuo miglioramento.

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

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

2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare correttivi e modalità idonee a prevenire i rischi. 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.

Le misure e i piani d'azione riportati nella mappatura dei rischi sono stati individuati in collaborazione con i Dirigenti/referenti e sono finalizzati a contenere/abbassare il rischio di corruzione dei processi mappati.

L'individuazione delle misure di trattamento viene effettuata tenendo conto delle principali tipologie indicate nella Determinazione n. 12/2015 e Deliberazioni n. 831/2016, 1064/2019 e 7/2023 (PNA 2022) di ANAC.

Pertanto sono state prese in considerazione:

- Misure generali che insistono trasversalmente sull'organizzazione:

1. codice di comportamento, 2. rotazione del personale, 3. inconfiribilità/incompatibilità/incarichi extraistituzionali, disciplina del conflitto di interessi 4. whistleblowing, 5. formazione, 6. trasparenza, 7. pantouflage, 8. Procedura di verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali nel conferimento incarico dipendenti e/o altri soggetti (es. formazione di commissioni, assegnazione uffici, incarichi dirigenziali, e altri incarichi ex art. 3 del d.lgs. 39/2013), 9. Patti d'integrità, 10. rapporti con portatori di interessi particolari.

- Misure specifiche: 1. misure di controllo; 2. misure di trasparenza; 3. misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; 4. misure di regolamentazione; 5. misure di semplificazione; 6. misure di formazione; 7. misure di sensibilizzazione e partecipazione; 8. misure di rotazione; 9. misure di segnalazione e protezione; 10. misure di disciplina del conflitto di interessi; 11. misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).
- Misure specifiche ulteriori attuate dall'Azienda (es. Procedure/Regolamenti aziendali).

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

- Piani d'azione, differenti in base alla ponderazione del rischio:

Rischio accettabile: interventi di monitoraggio;

Rischio medio: interventi di urgenza/programmazione;

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

Indicatori di verifica

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

Il Trattamento del rischio e gli indicatori di verifica seguono i seguenti requisiti:

efficacia nella neutralizzazione; sostenibilità economica e organizzativa; adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione; programmazione nel tempo.

Violazione delle misure di prevenzione della corruzione – responsabilità

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

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza risponde ai sensi dell'articolo 21 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare. La violazione, da parte dei dipendenti della

ASST, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. 190/2012). Tale previsione è confermata anche all'art. 1, co. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti del Codice di Comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, è fonte di responsabilità disciplinare.

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, infatti 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.

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

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

Obiettivo:

Aggiornare la mappatura del trattamento dei rischi secondo la nuova metodologia prevista dal PNA 2019 con valutazione del rischio di tipo qualitativo (vedere allegato 1 del presente Piano) e rispetto all'emergenza pandemica, al PNRR, al POAS 2022/2024.

Tempistica: aggiornamento della mappatura del trattamento dei rischi entro 30/11/2023

Responsabile: RESPONSABILI DI STRUTTURA/REFERENTI

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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

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

2) MONITORAGGIO DELLE MISURE GIÀ IN ESSERE

Tempistica: Prevista nella mappatura del rischio

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

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

2.3.7.1 Misure generali

a) Codice di comportamento

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.

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 ed è stato acquisito il parere obbligatorio dell'OIV (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.).

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

Ne è stata data diffusione capillare.

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.

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.

Obiettivo:

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

Responsabile:

- per diffusione Codice di comportamento aziendale: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

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

Tempistica: costante

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 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 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), in particolare l'introduzione di 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 personale 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”.

L'aggiornamento del Codice di comportamento, avviato dal RPCT in collaborazione con la SC Affari Generali e Legali nel corso del 2022, è stato rinviato in considerazione della emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici annunciato dal Ministro della Pubblica Amministrazione.

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 SC Affari Generali e Legali

Tempistica: entro 6 mesi dall'emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici del Ministro della Pubblica Amministrazione

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: : invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

b) 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..

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

Da ultimo con deliberazione n. 1139 del 21/12/2022 sono stati approvati i nuovi "Codici disciplinari della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa e della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie della ASST Bergamo Est".

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 2022 risultano nr. 11 segnalazioni relative a violazioni di norme comportamentali.

Obiettivo: Monitoraggio segnalazioni UPD

Responsabile: Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Tempistica: 30/11/2023

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

c) 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

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 "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 del 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.

Le segnalazioni possono essere inviate tramite la piattaforma disponibile all'indirizzo: <https://asstbergamoest.whistleblowing.it> o 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 o in alternativa secondo le modalità indicate all'art. 2 del regolamento Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower) (delibera n. 344 del 29.4.2016)

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 (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 ¹.

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.

È previsto l’aggiornamento della procedura a fronte dell’emanazione delle Linee Guida ANAC Delibera n. 469 del 09/06/2021 e, in particolare, del Decreto Legislativo 10 marzo 2023 n. 24 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”, in vigore dal 30 marzo 2023 e con effetto dal 15 luglio 2023.

In considerazione della recente adozione del d.lgs. 24 del 10/03/2023, il termine per l’aggiornamento del regolamento aziendale resta fissato al 30/06/2023.

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

Responsabile: RPCT

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

Indicatore: Report inviato a Regione Lombardia

Modalità di verifica dell’attuazione: Trasmissione a Regione Lombardia

Obiettivo: Aggiornamento Regolamento relativo al whistleblower

Responsabile: RPCT

Tempistica: 30/06/2023

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell’attuazione: adozione atto deliberativo

d) Incarichi extraistituzionali

Con delibera n. 95 del 31/12/2018, in attuazione dell’art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 190/2012, in conformità alla normativa vigente in tema di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi, 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;

¹ 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.

- 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;
- 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 e ha curato la pubblicazione nel sito amministrazione trasparente, oltre che 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.

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

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

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Tempistica: Precedente al rilascio dell'autorizzazione

Indicatore: n. incarichi autorizzati sul numero di istanze.

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

e) Pantouflage - Modalità per verificare il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito cessazione del rapporto

La L. n. 190/2012 ha introdotto il comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, qualunque ne sia la causa (quindi anche in caso di collocamento

in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione). Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

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, 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 (art. 21 D.Lgs. n. 39/2013) che per l'attività svolta possano incidere su scelte decisionali aziendali.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto (i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli) e 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).

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

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha predisposto apposita 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 dell’area degli assistenti, area dei professionisti della salute e dei funzionari e area del personale di elevata qualificazione).

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

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

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

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

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

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: numero dichiarazioni raccolte/numero cessati

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

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

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

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

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

Tempistica: costante

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

Indicatore: Fatto/non fatto

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

L'RPCT fornirà opportune istruzioni riguardo alla clausola da inserire nei contratti e/o nelle dichiarazioni.

Per le verifiche sul rispetto della norma sarà opportuno valutare la possibilità di accedere alle banche dati Telemaco e INI-PEC.

f) Astensione in caso di conflitto di interesse

Il conflitto di interessi è quella situazione in cui un interesse privato (secondario) interferisce con l'interesse pubblico in modo tale da pregiudicare l'imparzialità delle scelte dell'operatore pubblico a vantaggio degli interessi privati.

L'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 *bis* nella l. n. 241 del 1990, in ordine al procedimento amministrativo, rubricato "Conflitto di interessi".

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 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 di conflitti di interessi, anche potenziali, 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 caso di conflitto di interessi, del RPCT il soggetto che deve verificare l'eventuale conflitto è il superiore gerarchico, e per il caso concreto in ipotesi è il Direttore Amministrativo.

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

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Distretti, Direzioni Mediche di Presidio, Serd

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

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

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

In riferimento al **conflitto di interessi in materia di contratti pubblici** si richiama quanto previsto dal PNA 2022, oltre che dalle "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici, ai sensi del citato art. 42 del d.lgs. 50 del 2016" adottate da Anac con la delibera n. 494 del 5 giugno 2019.

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.

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

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

Tempistica: costante

Responsabile: Distretti, Serd, Ordinatori di Spesa

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

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

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

h) Dichiarazione di interessi

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

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 ed è stato istituito un registro per il monitoraggio delle dichiarazioni rese.

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

Obiettivo:

- 1) 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 presentate

Tempistica: Contestualmente al momento del conferimento dell'incarico

Trasmissione avviso di comunicare eventuali variazioni nelle dichiarazioni presentate e completamento trasmissione dichiarazione e entro 30.11.2023

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle 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

i) 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 situazione di "inconfiribilità" non può essere sanata. Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18. Per il caso in cui le cause di 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).

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 Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi dirigenziali di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, e Direttore Sociosanitario (quest'ultimo ai sensi dell'art. 4 D.Lgs. n. 171/2016) 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.

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

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

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

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

Obiettivo: verifica insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità

Tempistica: entro il 28 febbraio di ogni anno

Responsabile: Direzione amministrativa

Indicatore: pubblicazione;

Modalità di verifica dell'attuazione: verifica della pubblicazione delle dichiarazioni dei Direttori di Vertice in amministrazione trasparente a cura del RPCT

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. 165/2001", 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.

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

-preventiva acquisizione della dichiarazione

-successiva verifica entro un termine da stabilire

-conferimento dell'incarico all'esito positivo della verifica (in assenza di motivi ostativi al conferimento)

-pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità.

L'Azienda ha adottato i seguenti regolamenti:

Regolamento aziendale concernente le procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali e le procedure di valutazione - Dirigenza area sanità - Allegato a Delibera 770 del 29-07-2021.

Regolamento Aziendale concernente le procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali e le procedure di valutazione - Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa (adottato con delibera n. 889 del 15/09/2022).

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

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

- componente di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, neanche con compiti di segreteria;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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.

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.

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

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

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

m) Rotazione "ordinaria" del personale

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

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

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

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

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

Inoltre si rappresenta che è avvenuto il cambiamento di alcune posizioni ricoperte da personale dirigenziale/comparto.

Peraltro si evidenziano anche gli effetti derivati dalla riforma sanitaria ex L.R. 23/2015 e smi e quelli che deriveranno dall'attuazione della riforma del sistema socio-sanitario lombardo ex L.R. 22/2021 e smi.

Nelle aree più esposte a rischio corruzione, i Dirigenti responsabili devono porre in essere azioni finalizzate alla rotazione, 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.

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

Tempistica: costante

Responsabile: Tutte le UU.OO. Area Amm.va, Farmacia, Direzioni Mediche di Presidio, Serd

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

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

n) Rotazione "straordinaria"

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

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ha adottato le «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera I – 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 I-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 inconfiribilità 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: Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Tempistica: entro 30.11.2023

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.

o) Formazione in tema di anticorruzione

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

L'Azienda conferma la valenza dello strumento rivolto a tutto il personale dipendente: con deliberazione n. 209 del 09/03/2023 è stato approvato il Piano formativo aziendale anno 2023 in cui è prevista una formazione rivolta al personale in materia di anticorruzione e trasparenza, descrivendo le normative e i meccanismi previsti della L.190/2012 e del D.Lgs. 33/2013 in modalità e-learning.

Nel 2022 in modalità e-learning, in continuità con gli anni precedenti, si è svolta una formazione generale obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza ai nuovi assunti e agli operatori che non hanno concluso il percorso nelle precedenti edizioni: 453 iscritti, di cui 215 hanno completato il percorso formativo, superando il questionario di apprendimento.

La formazione specifica sul Codice di comportamento aziendale prevista nell'anno 2022 successivamente all'aggiornamento dello stesso, è stata posticipata alla emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici annunciato dal Ministro della Pubblica Amministrazione.

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

Il RPCT, con collaboratore, ha partecipato:

- al Gruppo Interaziendale RPCT delle ASST-ATS.
- ai corsi formativi organizzati da Anac.

Per l'anno 2023 si prevedono i seguenti corsi di formazione su due livelli:

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

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

Tempistica: entro il **triennio**

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

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

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

- **Specifica:** divulgazione del nuovo codice di comportamento a seguito dell'emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici annunciato dal Ministro della Pubblica Amministrazione

Obiettivo: divulgazione del nuovo codice di comportamento

Tempistica: entro il **triennio – a seguito dell'adozione del nuovo Codice di comportamento**

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

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

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

2.3.7.2 Misure specifiche

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

L'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.

L'ASST Bergamo Est ha approvato le procedure aziendali minime previste dal PAC e trasmesso le medesime alla Regione entro le scadenze definite da Regione, di seguito il dettaglio:

D) Area Immobilizzazioni

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

Obiettivo: procedura gestione patrimonio netto aziendale - Deliberazione n. 515 del 06/06/2018.

E) Area Rimanenze

Obiettivo: procedura gestione magazzini - Deliberazione n. 513 del 29/05/2019.

F) Area Crediti e Ricavi

Obiettivo: procedura Entrate UOC Ragioneria e fatturazione attiva - Deliberazione n. 898 del 21/10/2019

G) Area Disponibilità Liquide

Obiettivo: procedura gestione disponibilità liquide - Deliberazione n. 898 del 21/10/2019

Rev. 1 24/02/2023

I) Area Debiti e Costi

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 economiche.

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.

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.

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

Le modalità telematico-informatiche di gestione dei rapporti con l'Istituto Tesoriere riducono l’ipotesi di episodi fraudolenti.

E’ prevista la verifica di cassa trimestrale, da parte del Collegio Sindacale.

b) Procedure contratti pubblici:

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.

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 deve 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.

La misura è consolidata.

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 SC Gestione Acquisti e Logistica e SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Servizio Informatico

Indicatore: 100% degli atti deve riportare l'inserimento del Patto di Integrità

100% delle gare, procedure negoziate, affidamenti anche d'importo inferiore a 40.000 euro devono contenere l'accettazione al Patto di Integrità.

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 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 SC Gestione Acquisti e Logistica e SC Gestione Tecnico Patrimoniale, Servizio Informatico

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

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

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");

Con Regolamento Aziendale, approvato con delibera n. 1154 del 24/12/2019, sono state revisionate 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.

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.

Si rileva la tendenza alla riduzione degli acquisti autonomi di cui si richiede il mantenimento del trend in diminuzione:

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%

ANNO 2022 ASST Bergamo Est					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARIA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
70.450.727	6.376.590	29.997.090	16.815.397	2.828.349	14.433.301
	9%	43%	24%	4%	20%

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. Tecnicamente l'universo di indagine è generalmente² rappresentato dagli acquisti agganciati nel sistema gestionale-contabile ad:

- un "contratto³ 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

² L'universo preso in esame fa riferimento ai Beni e Servizi gestiti con ordini.

³ In questo contesto il termine contratto fa riferimento al blocco di controllo previsto nel sistema di magazzino-ordini.

AZIENDA Ordini agganciati		2019	2020	2021	2022	Plafond 2019 delib. 1172/18	Plafond 2020 delib. 1104/19	Plafond 2021 delib. 1184/20	Plafond 2022 delib. 1308/21
A 1)	CONTRATTO GENERALE	2.455	2.534	1.896	1.473	3.698	3.469	3.197	3.226
A 2)	DETERMINA	4.588	2.781	3.081	3.709				
B)	DELIBERE	38.500	36.502	47.269	50.720				
TOTALE		45.906	42.351	53.006	56.780				
I 1	% <u>A1</u> SU TOT	5%	6%	4%	3%				
I 2	% <u>A1 e 2</u> SU TOT	16%	14%	11%	11%				

*Fonte: Universo Ordini; esclusi Conti Patrimoniali

Aggiornato al 20-02-2023

Riestratti anni 2019-20-21

Importi €/1.000

Con questa dinamica il valore complessivo degli acquisti in affidamento diretto e l'incidenza percentuale sul totale degli affidamenti realizzati dall'Azienda si sono ridotti 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 la Struttura aziendale Controllo di Gestione, dovranno monitorare 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.

Obiettivo: Monitoraggio andamento degli affidamenti diretti

Tempistica: semestrale

Responsabile: Controllo di Gestione per reportistica

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

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

Acquisizione di beni e servizi in "esclusiva"

Per processo di acquisizione di **beni e servizi** cosiddetto in "**esclusiva**", s'intende il ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili.

In linea con le indicazioni fornite dalla DGR n. 491 del 02/08/2018 Sub-allegato C (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 regolamento aziendale delinea una compiuta metodologia operativa, con gli adempimenti di natura giuridica e gestionale che gli utilizzatori richiedenti e i responsabili tecnici devono obbligatoriamente osservare.

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: SC Gestione Acquisti e Logistica

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

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

Gestione dei beni inventariali

Le Procedure sono 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.

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

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: 30.11.2023

Responsabile: SC Gestione Acquisti e Logistica

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

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

Clausola T&T

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

E' stata inserita nei documenti di gara (disciplinare e contratto) apposita clausola che impegna le ditte partecipanti ad ottemperare a quanto disposto dalla D.G.R. Lombardia n. XI/6605 del 30/06/2022, in tema di Trasparenza e Tracciabilità (Clausola T&T) e con conseguente pubblicazione dei dati degli eventuali sub-contratti attivati dalle ditte aggiudicatrici di gara, reperibili al link aziendale

http://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=49&CSRF=f8c88177fc31d373057f19cf7c76dca5 che rimanda al sito di Regione Lombardia <https://www.trasparenza-subcontratti.servizirl.it/tet/> e fornisce le informazioni per la ricerca del contratto principale e/o subcontratto.

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

A fronte dell'emanazione del PNA 2022, sarà cura del RPCT in collaborazione con i Responsabili della SC Gestione Acquisti e Logistica, della SC Gestione Tecnico patrimoniale, Servizio Informatico, valutare l'aggiornamento delle misure di trattamento del rischio per l'area contratti/appalti anche alle esigenze di trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR e ai conseguenti nuovi oneri in tema di pubblicazione degli stessi in Amministrazione Trasparente.

Di interesse anche la nuova griglia di obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici, cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati da riportare nella sezione "Bandi di gara e contratti" di Amministrazione Trasparente.

Secondo quanto previsto nel PNA 2022, alla luce delle deroghe introdotte dal legislatore alla disciplina dei contratti pubblici, al RUP è demandato il compito di suggerire le procedure semplificate più idonee ad accelerare l'avvio e l'esecuzione degli appalti e, nello stesso tempo, contemperare il necessario rispetto dei principi generali di cui all'art. 30 del d.lgs. n. 50/2016. Da qui l'importanza di prevedere da parte del RUP una motivazione rafforzata della scelta di ricorrere ad affidamenti in deroga.

Il RUP ha il compito non solo di "sottoscrivere" il provvedimento di validazione delle varie fasi progettuali anche in corso d'opera – come previsto dalla norma generale del Codice sulle verifiche, ma anche di approvarle con propria determinazione e adeguatamente motivare. In tema di appalto integrato in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR e PNC, si pone in capo al RUP il compito di avviare le procedure per l'acquisizione dei pareri - in seno alla conferenza di servizi ex art. 14 della l. n. 241/1990 - e degli atti di assenso necessari per l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, che sarà posto a base di gara.

Regione Lombardia ha messo a disposizione un portale web di Agenas sul quale caricare i dati relativi a tutti i singoli interventi.

L'Azienda segue le indicazioni di Regione Lombardia contenute nella delibera XI/6426 del 23/05/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC – approvazione del piano operativo regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC - individuazione dei soggetti attuatori esterni". Tale DGR identifica tutte le iniziative progettuali della Missione 6, comprensive degli Action Plan, dei cronoprogrammi di attuazione, dei riferimenti finanziari e quindi dello scadenziario Milestone&Target e individua nel ruolo di soggetto attuatore, gli enti del SSR stabilendo che per l'esecuzione degli interventi di tutte le Component Missione 6 si intende procedere, ove possibile, tramite procedure aggregate.

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

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

Tempistica: 30.11.2023

Responsabile: RPCT, SC Gestione Tecnico Patrimoniale, SC Servizio Informativo Aziendale, SC Acquisti e Logistica

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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

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

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 riciclaggio⁴, 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

⁴ Prov. 23-4-2018 del Direttore dell'Unità di informazione finanziaria per l'Italia.

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 INFOSTAT-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.

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: - SC Gestione Acquisti e Logistica; - SC Gestione Tecnico-Patrimoniale; - SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità; - Sistemi Informativi Aziendali; - SC 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.

d) Sicurezza digitale

Il tema della cybersicurezza sarà prioritario nei prossimi anni: gli attacchi informatici e la criminalità informatica stanno aumentando in tutta Europa sia in termini di quantità che di sofisticazione, una tendenza destinata a crescere in futuro.

La sicurezza cibernetica è prevista dal PNRR e rappresenta uno dei 7 investimenti della Digitalizzazione della pubblica amministrazione.

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

Obiettivo: Rivalutazione del rischio nella mappatura - Attuare misure di sicurezza digitale

Tempistica: 30.11.2023

Responsabile: SIA

Indicatore: Descrizione misure adottate

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 e invio monitoraggi.

e) Gestione del contenzioso

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

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

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

In esito ad avviso pubblico i rispettivi albi sono 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: SC 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.

f) Collaborazioni professionali esterne

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

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

g) Conferimento di incarichi a consulenti

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

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

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

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

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

Indicatore: Pubblicazione 100% dichiarazioni

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

h) Albo per docenti/relatori/tutor

Con Procedura FAG PS 6.2 001 Rev 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 e i candidati devono 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: SS Gestione Giuridica – Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane

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.

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

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

Inoltre sono stati adottati: il "Protocollo decessi" PT_DIRMC_003_Rev 0 (28/02/2022) oltre che, 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 (Obbligo di riservatezza; - NON intrattenere alcun tipo di rapporto con i titolari o funzionari di Imprese Funebri; - Invitare i funzionari o titolari ad allontanarsi, potendo rimanere solo il tempo strettamente necessario allo svolgimento dei servizi connessi al funerale; - NON dare mai indicazioni ai familiari, neppure se richiesti; - NON accettare alcuna ricompensa, nel modo più assoluto, né dai familiari né dalle Imprese).

Si ritiene opportuno proseguire con questa misura di prevenzione.

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.

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

Obiettivo:

- 1) Sensibilizzazione al personale delle degenze.
- 2) Check list di tracciamento dei beni fino alla camera mortuaria.

- 3) Verificare eventuali eccessive richieste alla medesima impresa funebre.
- 4) Raccogliere segnalazioni ricevute da utenti e/o Dirigenti medici responsabili.

Tempistica: Punti 1) e 2) costante

Punti 3) e 4) annuale

Responsabile: Direzioni Mediche di Presidio

Indicatore: fatto/non fatto

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

I) Liste di attesa

L'Azienda ha adottato la procedura PG 7.5 014 Rev 5 novembre 2018 "Gestione Lista d'attesa di ricovero e ambulatoriali (BIC/BOCA e MAC)" da ultimo revisionata in data 7 aprile 2022 PG 7.5 014 Rev 8.

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.

I tempi delle liste d'attesa sono pubblicate in Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati – Liste d'attesa con link di collegamento a Regione Lombardia in cui i dati pubblicati sono gestiti dalla Regione e sono forniti sotto la responsabilità delle singole strutture sanitarie.

Tutte le agende di prenotazione risultano pubblicate. La prenotabilità per i percorsi di presa in carico può essere gestita direttamente dalle Strutture/Reparti, fermo restando l'utilizzo degli strumenti di prenotazione formali.

Sulla base della reportistica semestrale elaborata dal SIA, le Direzioni Mediche di Presidio 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 al RPCT di una relazione entro il 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

m) Attività libero professionale

Per attività libero-professionale intramuraria dei Dirigenti Medici, Veterinari e delle altre professionalità del ruolo sanitario (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.

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 (Direzioni Mediche 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 (SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane).

I controlli di competenza della SC Gestione e Sviluppo delle 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 la Direzione Sanitaria il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF - Sono state inoltre condotte delle verifiche a campione su determinate tipologie di visite/prestazioni in coerenza con l'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 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: 30/11/2023

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 30.11.2023 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

n) Informatori scientifici

L'attività svolta dagli informatori scientifici all'interno dell'Azienda si presta ai seguenti rischi corruttivi:

Esposizione/divulgazione di materiale pubblicitario a favore di società commerciali;

Regalie da parte degli informatori e/o distribuzione farmaci;

Ricevere vantaggi economici in cambio di prescrizioni;

Il processo è presidiato dal Codice di comportamento e dal Regolamento aziendale per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici adottato con deliberazione n. 643 del 23.6.2021.

Procedura aziendale "Gestione clinica del farmaco" PG 7.5 016, - Protocollo "modalità di accesso" PT DIRSA 0052.

Nel corso del 2023 è previsto un audit in ordine all'attività svolta dagli informatori scientifici all'interno dell'Azienda.

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.

o) Procedure concorsuali

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

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

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

Tempistica: costante

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 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, n. XI/1046 del 17/12/2018 e n. XI/7758 allegato 11 paragrafo 5 del 28/12/2022 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 nonché per la Dirigenza PTA la deliberazione n. 889 del 15.09.22 pari oggetto.

p) Sponsorizzazioni per eventi formativi

Per una maggiore trasparenza dei rapporti tra aziende e Servizio Sanitario Regionale è risultata necessaria una specifica regolamentazione che disciplinasse alcuni aspetti relativi alla promozione o al finanziamento di iniziative formative da parte di enti privati (soggetti e aziende private, incluse quelle farmaceutiche e produttrici di dispositivi sanitari).

L'Azienda ha quindi adottato il *“Regolamento aziendale per la partecipazione a eventi formativi sponsorizzati esterni all'Azienda in qualità di discente/uditore”* (approvato con delibera n. 582 del 29/06/2018).

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

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

E' stata verificata, a cura del RPCT, la conformità al regolamento aziendale approvato con delibera n. 582 del 29/06/2018, con un controllo a campione delle pratiche.

q) Sponsorizzazioni - Donazioni

Con Deliberazione n. 959 del 05/11/2020 l'Asst Bergamo Est ha 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 della Direzione Medica di Presidio interessato e non più al Direttore Sanitario.

Il regolamento aziendale e la relativa modulistica è pubblicato sul sito web istituzionale.

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.

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.

ORAC raccomanda di raccordare 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.

Anac ha previsto forme di trasparenza in ordine alle erogazioni liberali legate all'emergenza Covid-19 a cui l'ASST Bergamo Est si è uniformata.

r) 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 SC Affari Generali e Legali) tiene i contatti con il Comitato Etico di Bergamo (CE).

Le dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse tra il Promotore (Sponsor) e il Responsabile aziendale della Sperimentazione sono raccolte dal CE.

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.

s) Rifiuti sanitari

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

E' stata aggiornata la procedura Generale "Gestione dei rifiuti" PG 7.5 004 Revisione 4 - Febbraio 2022 oltre alla procedura PT IGOSP 0012 REV. 6 Febbraio 2022 e relativo allegato "Check-List Controlli ADR".

Attività di verifica e redazione dei documenti ai sensi della normativa relativa al trasporto di merci pericolose è stata affidata al servizio di consulenza ADR per tutte le strutture, ospedali e servizi territoriali di ASST Bergamo Est (delibera n.636 del 27/04/2021).

Obiettivo: Monitoraggio corretta applicazione della procedura gestione rifiuti

Tempistica: costante

Responsabile: Igiene Ospedaliera / Direzioni Mediche di Presidio

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione semestrale entro il 30.11.2021 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

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

Con deliberazione n. 165 del 23/02/2023 l'Azienda ha adottato il "Piano Strategico-Operativo Locale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021/2023)", declinato per le attività previste dal Polo ospedaliero e dal Polo territoriale della ASST Bergamo Est. Il documento rappresenta un piano operativo locale per prepararsi correttamente di fronte a una situazione che richieda una risposta sanitaria rapida ed eccezionale definendo le responsabilità e le modalità di gestione.

Per tutto quanto messo in atto negli anni 2020-2022 per fronteggiare i rischi correlati all'emergenza pandemica si rimanda al PTPCT 2022/2024.

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

Il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza è particolarmente importante in relazione alla prevenzione della corruzione ed all'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi.

L'Azienda promuove azioni di sensibilizzazione volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e per la promozione della cultura della legalità, attivando anche canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di cattiva amministrazione (inclusi i principali social forum).

In questo contesto il ruolo chiave può essere svolto anche dall'U.R.P., interfaccia d'elezione con la cittadinanza, per portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

- Sul sito web ► Amministrazione Trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza, è stato pubblicato un modulo da inoltrare al RPCT per trasmettere osservazioni, indicazioni e suggerimenti di potenziamento delle misure anticorruptive.
- E' stato attivato e pubblicato sul sito web aziendale un contenuto volto a promuovere la cultura della legalità

Informazioni ► Ufficio Relazioni con il Pubblico ► Trasparenza e Anticorruzione

In riferimento alla pubblicazione in amministrazione trasparente dei 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 si rileva che nel corso del 2022 non è stato possibile produrre il report accessi in quanto è stato dismesso google analytics. Con il nuovo sito web aziendale si dovrà riprendere anche la rilevazione del numero degli accessi al sito web aziendale.

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

Tempistica: costante

Responsabile: SC Qualità Risk Management

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.

2.3.8 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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 di primo livello in autovalutazione, con il riferimento alle evidenze documentali relative all'effettiva adozione delle misure.

Nella mappatura del trattamento dei rischi sono indicati i tempi di attuazione delle misure di prevenzione in essere e dei piani d'azione laddove previsti, condivisi con i Responsabili e referenti anticorruzione.

In riferimento alle misure adottate per contrastare i rischi corruttivi, sono stati individuati, 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 RPCT, 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 RPCT a sua richiesta.

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

Ad ogni buon conto, supporto al monitoraggio 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.

Si rileva che l’attività di audit ha dato seguito ad azioni migliorative, tra cui l’aggiornamento delle procedure aziendali qualora necessario.

Attraverso un’attività congiunta e coordinata tra Direzione Strategica, RPCT, SC Qualità Risk Management, SC Gestione Operativa – NextGenerationEU, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e Internal Auditing, sono stati individuati per il 2023 i seguenti audit:

- 1) Follow Up Audit svolto nel 2021 in merito “Transitional Care per lo Scompensio Cardiaco Cronico”
- 2) Procedura PAC “Gestione Casse di riscossione” - Area Disponibilità Liquide
- 3) Informatori scientifici

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 e alla trasparenza. È finalizzata a verificare la compliance da parte delle unità organizzative aziendale ai contenuti del PTPCT.

Di seguito i monitoraggi svolti:

MONITORAGGIO MISURE PREVISTE NEL PIANO E MAPPATURA DEI RISCHI: tramite la raccolta da parte del RPCT dell’esito delle misure previste nel Piano anticorruzione, nonché nella mappatura dei rischi, compilate in autovalutazione da ciascun Responsabile di Struttura.

MONITORAGGIO PARTECIPAZIONE A EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI ESTERNI ALL’AZIENDA IN QUALITÀ DI DISCENTE/UDITORE: è stata verificata, a cura del RPCT, la conformità al regolamento aziendale approvato con delibera n. 582 del 29/06/2018, con un controllo a campione delle pratiche.

MONITORAGGIO PUBBLICAZIONE DONAZIONI COVID (Linee Guida Orac "Le erogazioni liberali: gestione e rendicontazione" - 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: Amministrazione trasparente / Interventi straordinari e di emergenza / Rendicontazione erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza Covid-19.

MONITORAGGIO ACQUISTI IN ESCLUSIVA A CURA SC ACQUISTI E LOGISTICA invio del report al RPCT (Il Regolamento aziendale sugli acquisti in esclusiva, approvato con delibera n. 396 del 19/04/2019, prevede una rendicontazione 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 CONTROLLO DI GESTIONE e invio dati a RPCT (Come previsto dal Regolamento aziendale approvato con deliberazione n. delibera n. 1154 del 24/12/2019, gli Ordinatori di Spesa in collaborazione con la SC Controllo di Gestione devono monitorare 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); e a cura della SC FARMACIA che trasmette un report mensile a DA, DS, responsabile SC Acquisti E Logistica, RPCT e responsabile Controllo di Gestione.

MONITORAGGIO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A CURA DIREZIONE SANITARIA: E' disponibile presso gli uffici della Direzione Sanitaria, il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF - In fase autorizzativa e nei casi di riduzione dell'attività SSN vengono verificati e stimati i rapporti tra prestazioni SSN/LP. In alcuni casi sono stati attuati dei correttivi (blocco temporaneo della attività in libera professione).

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha istituito un registro per il monitoraggio delle dichiarazioni rese dai Responsabili di struttura in ordine alla dichiarazione di interessi.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione (ex art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) si espleta attraverso il monitoraggio da parte del RPCT mediante riscontro tra quanto pubblicato e quanto oggetto di obbligo di pubblicazione. Oltre alla verifica svolta annualmente dal Nucleo di valutazione secondo le indicazioni Anac. (vedere sezione trasparenza).

I risultati dell'attività svolta, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 smi, vengono raccolti annualmente dal RPTC 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 Piano;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

Di seguito i regolamenti aziendali che sono stati adottati nel corso del 2022:

Regolamento di funzionamento del Nucleo di valutazione delle Prestazioni dell'ASST Bergamo Est - Recepimento (adottato con delibera n. 317 del 24/03/2022);

Preso d'atto del Regolamento delegato UE 1952/2021 relativamente alla definizione delle soglie di rilevanza comunitaria (adottato con delibera n. 147 del 09/02/2022);

Regolamento Aziendale concernente le procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali e le procedure di valutazione - Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa (adottato con delibera n. 889 del 15/09/2022);

Regolamento dell'istituto della delega di funzioni di gestione (adottato con delibera n. 442 del 28/04/2022). Da rivedere a seguito dell'approvazione del POAS 2022/2024;

Regolamento per la disciplina degli incentivi per funzioni tecniche di cui all'articolo 113 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. (adottato con deliberazione n. 110 del 03/02/2022).

2.3.9 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

ANAC è intervenuta in merito alla trasparenza dei dati e dei documenti delle pubbliche amministrazioni, con la delibera nr. 1310/2016 e con l'allegato 9 al PNA 2022, fornendo indicazioni operative sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, contenute nel D.lgs 33/2013, come modificato dal D.L. 97/2016.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'ASST assicura la Trasparenza delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività attraverso la loro pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente", secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, pur nel rispetto delle disposizioni normative in materia di segretezza e riservatezza.

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

Nel corso dell'anno 2023 si dovrà:

- Implementare **l'informatizzazione del flusso per la pubblicazione** dei dati:
L'ASST provvede ad aggiornare alcune Sottosezioni contenute in "Amministrazione Trasparente" alimentandole attraverso flussi informatizzati di dati, proseguendo l'attivazione dei canali da Civilia (sw delibere/determine) ad "Amministrazione Trasparente"
A tale fine il SIA:
deve fornire indicazioni operative alle UUOO interessate alla pubblicazione;
deve riordinare i flussi di pubblicazione per rendere fruibile la consultazione di amministrazione trasparente (es. pubblicazioni tramite diverse softwarehouse)

Obiettivo:

- 1) Proseguire con l'attivazione dei canali nella nuova "Amministrazione Trasparente" e formazione alle UUOO interessate alla pubblicazione
- 2) Verificare e riorganizzare la pubblicazione in amministrazione trasparente (esempio nel caso di pubblicazioni tramite diverse softwarehouse)

Tempistica: 30.11.2023

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 30.11.2023

che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

- 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 30.11.2023

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

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT della griglia compilata al 30.11 di ogni anno che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

Accesso civico

Misura di contrasto alla corruzione ha riguardato l'adozione del "Regolamento Aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e sanitari e per l'esercizio dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato" (deliberazione n. 654 del 10.7.2017), a seguito dell'introduzione del Freedom of Information ACT (FOIA) di derivazione anglosassone (accesso civico "generalizzato"), ai sensi del quale è permesso a chiunque di chiedere dati o documenti alle amministrazioni a prescindere dalla titolarità di situazioni giuridiche rilevanti.

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 05.07 e 05.01 di ogni anno.

[Sottosezione Bandi di gara e contratti – Amministrazione Trasparente \(Vedere obiettivi strategici\)](#)

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

ANAC nell’allegato n. 9 al PNA 2022 ha aggiornato l’“Elenco degli Obblighi della sezione “Amministrazione Trasparente” sotto sezione 1 livello – Bandi di gara e contratti”.

Le Strutture interessate dovranno pubblicare le informazioni richieste secondo le nuove disposizioni. Il Sistema Informativo dovrà predisporre le modifiche necessarie a livello informatico e di gestione dei flussi.

Obiettivo: Pubblicazione di quanto prevede l’allegato al PNA 2022 n. 9 “Elenco degli Obblighi della sezione “Amministrazione Trasparente” sotto sezione 1 livello – Bandi di gara e contratti e inserimento sottosezione “Attuazione misure PNRR”.

Tempistica:

per la predisposizione delle sotto sezioni e gestione dei flussi: entro 30.11.2023

per la pubblicazione delle informazioni richieste: tempistica prevista nell’allegato n. 9 PNA 2022.

Responsabile: Ordinatori di spesa – SIA – SC Qualità

Indicatore: 100% della pubblicazione

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.

[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).

Obiettivo: Pubblicazione adempimenti ex Legge 190/2012 art. 1, comma 32 e invio del report annuale ad ANAC

Tempistica:

adempimento tempestivo

adempimento annuale secondo indicazioni di ANAC

Responsabile: Ordinatori di spesa (per adempimento tempestivo) – SIA (per adempimento annuale e invio report ad ANAC)

Indicatore: 100% della pubblicazione

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.

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.

Continua l'aggiornamento della pubblicazione del prospetto riepilogativo delle donazioni fino ad esaurimento delle erogazioni liberali ricevute. Restano pubblicate le suddette informazioni attraverso il formato previsto da Anac nel sito web aziendale: Amministrazione trasparente> interventi straordinari e di emergenza

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), deve essere aggiornata a seguito dell'adozione del nuovo POAS.

Obiettivo: Aggiornamento pubblicazione "Procedimenti amministrativi" a seguito dell'adozione del nuovo POAS

Tempistica: entro 30/11/2023

Responsabile: Tutte le Strutture

Indicatore: Fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2023 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

[Pubblicazione dati patrimoniali e reddituali del personale dirigenziale \(art. 14, comma 1, lett f\) d.lgs. 33/2013 s.m.i](#)

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, permangano 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, aveva 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.mi., 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), aveva 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, è stato chiesto dal RPCT di comunicare i dati patrimoniali e reddituali e l'assenso alla pubblicazione in amministrazione trasparente delle dichiarazioni secondo modulistica all'uopo predisposta.

Monitoraggio di Amministrazione trasparente

Particolare attenzione è stata posta alla verifica degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza.

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

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

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

Inoltre, il monitoraggio di Amministrazione Trasparente è svolto anche dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST di Bergamo Est, che ha verificato l'assolvimento al 31/05/2022 degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalla normativa vigente (come da deliberazione ANAC n. 201/2022).

Con particolare attenzione ad alcune voci della sezione "Amministrazione Trasparente" relative a:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15)
- 2) Enti controllati (art. 22)
- 3) Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4-bis, 33, 41, co. 1-bis per amministrazioni e enti del servizio sanitario)
- 4) Pianificazione e governo del territorio (art. 39)
- 5) Interventi straordinari e di emergenza (art. 42) con esclusivo riferimento alla pubblicazione del Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ove ricevuti (art. 99, co. 5, d.l. 34/2020)
- 6) Altri contenuti – Prevenzione della corruzione (art. 10 d.lgs. 33/2013, art. 18, co. 5, d.lgs. 39/2013, l. 190/2012)

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.

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

Sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano

3.1 - Struttura organizzativa

Con DGR n. XI/6923 del 12/09/2022 la Giunta Regionale ha approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024 proposto con deliberazione n. 755 del 22.07.2022 dal Direttore Generale dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est, ai sensi dell’articolo 17, c. 4, della legge regionale n. 33/2009 e s.m.i.

L’organizzazione complessiva dell’ASST è stata definita secondo un modello 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 intraziendale ogni Direttore di Dipartimento/Distretto si relaziona funzionalmente con i Direttori di Presidio (Ospedale), con i Direttori degli altri Dipartimenti/Distretti e con i Direttori/Responsabili delle strutture di staff.

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

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

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

3.2 - Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

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

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

Durante il COVID, in applicazione della normativa che si è susseguita, l'Azienda è ricorsa al lavoro agile c.d. «emergenziale» (deroga all'accordo individuale e alla previsione di lavoro per obiettivi, individuati e misurabili). Nell'occasione è emersa la fattibilità per alcune attività professionali che hanno l'approccio con l'utente e che sembravano escluse in realtà sono praticabili.

Il dettaglio degli interventi normativi ha fatto pensare che il Lavoro Agile trovasse disciplina solo in legge e non ci fosse spazio per la contrattazione collettiva in questo istituto. La contrattazione invece

è intervenuta infatti nel nuovo CCNL 2019-2021 del comparto sanità, sottoscritto in data 02/11/2022, il Titolo VI - dedicato al LAVORO A DISTANZA - disciplina tra l'altro all'art.76 il lavoro agile.

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

È' auspicabile:

- prevedere una flessibilità organizzativa che può comportare una revisione dell'attuale settimana lavorativa nonché degli orari giornalieri o settimanali di lavoro;
- 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.

3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA AL 31/12/2022

riferimenti: - DGR XI/6062 del 07/03/2022 e DELIBERAZIONE ASST BG EST nr 360 del 07/04/2022

DOTAZIONE ORGANICA 2022 DA PTFP 2021-2023 (da XXX_SCHEDA_DO2022_PTFP2021-23)											
DOTAZIONE ORGANICA 2022 del PTFP 2021-2023	OSPEDALE			TERRITORIO						TOTALE COMPLESSIVO	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	Infermieri di Famiglia	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
DIRIGENZA MEDICA	332	25	42				32		15	47	379
DIRIGENZA VETERINARIA	0						0		0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	19						17		12	29	48
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3								1	1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4									0	4
DIRIGENZA TECNICA	1									0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8									0	8
TOTALE DIRIGENZA	367	25	42	0	0	0	49	0	28	77	444
PERSONALE INFERMIERISTICO	974	114	107	61			94		49	204	1.178
PERSONALE TECNICO SANITARIO	134									0	134
PERSONALE VIGIL ISPEZIONE									5	5	5
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	46						51		5	56	102
ASSISTENTI SOCIALI							16		8	24	24
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	153	1					1		1	2	155
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	226	31					22			22	248
AUSILIARI	47	1					2			2	49
ASSISTENTE RELIGIOSO										0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	211						1		53	54	265
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE										0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA										0	0
TOTALE COMPARTO	1.791	147	107	61	0	0	187	0	121	369	2.160
TOTALE COMPLESSIVO	2.158	172	149	61	0	0	236	0	149	446	2.604

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

PTFP 2023 – 2025

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

La programmazione proposta per il PTFP 2023-2025 tiene conto:

- degli assetti organizzativi del nuovo POAS approvato con DGR XI 6923 del 12/09/2022,
- degli indirizzi di programmazione regionali- DGR XI/7758 del 28/12/2022;
- del PNNR;
- del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.

Il PTFP 2023-2025, allegato unitamente alla relazione a firma del Direttore Generale (**Allegato 5**), è il risultato dell'istruttoria effettuata dai competenti uffici della DG Welfare di Regione Lombardia nonché dell'anticipazione pervenuta dagli stessi circa il livello dei costi riconosciuti per l'anno 2023 all'ASST Bergamo Est.

La **Dotazione Organica anno 2023** è stata altresì elaborata **in relazione agli obiettivi strategici definiti nella Sezione 2.1 (Valore pubblico) del presente Piano integrato di attività e organizzazione:**

Dimensione di Valore Pubblico	Assistenziale/Salute
Obiettivo strategico collegato	Miglioramento dell'offerta Sanitaria

Dimensione di Valore Pubblico	Sociale
Obiettivo strategico collegato	Potenziamento Rete Territoriale e presa in carico della persona – Strutture e presidi più vicini al cittadino

FTE ANNO 2023 E COSTI

Contestualmente all'esito dell'istruttoria la DG Welfare ha anticipato l'assegnazione di costo (personale dipendente e personale gravante su beni e servizi) per l'anno 2023.

Si è pertanto preso atto che il livello dei costi riferito al personale dipendente sconta il minor costo esposto in sede di assestamento anno 2022 conseguente alle già note difficoltà assunzionali.

Relativamente ai **costi** si è fatto riferimento all'assegnazione anno 2023 con le seguenti precisazioni:

Assegnato 2023	Esposto 2023	Variazione
Personale dipendente € 136.902.645	Personale dipendente € 138.121.925	Personale dipendente Incremento di € 1.219.280 conseguente a riduzione budget beni e servizi come dettagliato nella relazione
Consulenze Sanitarie € 3.829.670	Consulenze Sanitarie € 3.609.670	Consulenze Sanitarie riduzione di € 220.000
Lavoro Somministrato € 1.818.386	Lavoro Somministrato € 646.000	Lavoro Somministrato riduzione di € 1.172.386

ANNI 2024 E 2025

Per gli anni 2024 e 2025, il PTFP, sia in termini di dotazione organica che fabbisogni in FTE e costi, è stato incrementato ai soli fini del completamento delle dotazioni di COT, case di comunità e Ospedali di comunità.

Si sottolinea che ai sensi dell'art.6 del D.Lgs 165/2001 il PTFP 2023-2025 è oggetto di informazione sindacale ed è validato per la parte di competenza dal Collegio Sindacale

Infine sarà inviato agli uffici della DG Welfare per l'approvazione regionale definitiva e gli atti conseguenti.

3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

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

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

Il ricorso al lavoro somministrato, che ha visto il suo picco durante l'emergenza COVID-19 e la Campagna Vaccinale Massiva, sarà limitato a figure professionali o a condizioni organizzative per le quali si evidenziano alla copertura di fabbisogni tramite il ricorso a rapporto di lavoro subordinato.

3.3.4 Strategia di formazione

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

La formazione, diventa quindi, una dimensione costante e fondamentale del lavoro e uno strumento essenziale nella gestione e sviluppo delle risorse umane attraverso una pianificazione e una

programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni degli individui, frutto anche del processo di valutazione.

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

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

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

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

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

Sezione 4 – Monitoraggio

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

Sezione	Responsabilità	Modalità di monitoraggio
Valore pubblico	SC Gestione Operativa Next GenerationEU	Come previsto da DLGS 150/2009
Performance	Qualità/Controllo di gestione	Come previsto da DLGS 150/2009

Rischi corruttivi e trasparenza	RPTCPT	Come previsto dalla normativa di riferimento
Azioni per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	CUG	Relazione del Presidente CUG
Lavoro Agile	Risorse umane e Sistemi Informativi	Questionario customer satisfaction
Piano dei fabbisogni	Risorse umane	Come previsto dalla normativa di riferimento

Pubblicità

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