

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Est

PIAO
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2024 – 2026

Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	4
Sezione 2 - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	10
2.1 - Valore Pubblico	10
2.1.1 Obiettivi Generali e Specifici	10
2.1.2 Edilizia Sanitaria, Aggiornamento tecnologico e digitale.....	12
2.1.3 Sviluppo del Polo Territoriale.....	20
2.1.4 Accessibilità Fisica e Digitale	22
2.1.5 Agenda Semplificazione	22
2.1.6 Obiettivi di Valore Pubblico	23
2.2 – Performance.....	25
2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza	35
2.3.1 Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza	35
2.3.2 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione e trasparenza.....	36
2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia	42
2.3.4 Analisi del contesto	44
2.3.4.1 Contesto esterno.....	44
2.3.4.2 Contesto interno	48
2.3.5 Mappatura dei processi	48
2.3.6 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi	49
2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	51
2.3.7.1 MISURE GENERALI.....	53
2.3.7.2 MISURE SPECIFICHE	71
2.3.8 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	94
2.3.9 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	98
Sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano.....	107
3.1 - Struttura organizzativa	107
3.2 - Organizzazione del lavoro agile	108
3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale	109
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente	109
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane	110
3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno	111
3.3.4 Strategia di formazione.....	112
3.3.5 Piano per le azioni positive (CUG) – Triennio 2024/2026.....	114
Sezione 4 – Monitoraggio	119
Pubblicità.....	119

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

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

Premessa

Considerati gli elementi ad oggi disponibili, nel contesto delle recenti nomine della nuova Direzione Strategica, nonché il termine inderogabile del 31 gennaio, questo documento sarà sottoposto a revisione, anche alla luce degli indirizzi regionali di programmazione ad oggi non ancora pervenuti.

Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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 2023 dell'ASST Bergamo Est è intorno ai 248 milioni di euro.

Numero dipendenti al 31/12/23: 2.647 unità.

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

POLO OSPEDALIERO

Il Polo ospedaliero include otto Ospedali

Ospedale "Bognini" di Seriate

N. Posti letto attivi = 257

Ospedale "Pesenti Fenaroli" di Alzano Lombardo

N. Posti letto attivi = 111

Ospedale "Briolini" di Gazzaniga

N. Posti letto attivi = 30

Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario

N. Posti letto attivi = 73

Ospedale "SS. Capitanio e Gerosa" di Lovere

N. Posti letto attivi = 72

Presidio "Passi" di Calcinato

Ospita un reparto di Subacuti, Hospice e la Casa di Comunità.

N. Posti letto attivi = 30

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

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

Completano l'offerta, le seguenti attività:

Centro Alzheimer – Gazzaniga, gestito da Fondazione Europea di Ricerca Biomedica – Onlus
Nefrologia e Dialisi di Seriate CAL gestiti da Nephrocare SpA.

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

N. Posti attivi Ordinari = 502

Sub-acuti = 35

DH/DS = 36

Dati di attività del Polo Ospedaliero

Con riferimento all'anno 2023, i volumi di attività a gestione diretta sono pari a:

Ricoveri complessivi (numero) = 25.000

Prestazioni ambulatoriali (numero) ≈ 3.500.000

RETE TERRITORIALE

Si articola in:

- Distretti (tre distretti)
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
- Dipartimento Funzionale di Prevenzione
- Dipartimento delle Cure Primarie

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Est

ASST BERGAMO EST



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), in fase di realizzazione

tre case di comunità (Calcinate, Grumello del Monte già avviate; Seriate in fase di realizzazione)

un Ospedale di Comunità (Calcinate), in fase di realizzazione

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), in fase di realizzazione

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) in fase di realizzazione

cinque Case di Comunità (Gazzaniga, Alzano, Clusone e Vilminore di Scalve già avviate; Albino in fase di realizzazione)

un Ospedale di Comunità (Gazzaniga), da realizzare.

Dati di attività dei Distretti

Numero pazienti dimessi da ospedale per cui sono state attivate le cure domiciliari: 280

Numero pazienti presi in carico dalla centrale della continuità assistenziale in fase di dimissione: 1.229

Numero attivazioni Infermiere di Famiglia e di Comunità IFeC: 1043

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.

Dipartimento funzionale di Prevenzione

Il Dipartimento Funzionale raggruppa trasversalmente strutture afferenti a uno o più dipartimenti gestionali - vicine per competenza, ma totalmente indipendenti tra loro - al fine di assicurare continuità preventiva e diagnostica ai pazienti.

Il Dipartimento, attraverso gli organismi delineati ai successivi articoli, adotta un modello organizzativo volto a realizzare: l'unitarietà delle attività di prevenzione, avendo presente che l'obiettivo principale è la salute della persona inserita nell'ambiente di vita e di lavoro.

L'interdisciplinarietà è intesa come necessario coordinamento ed integrazione di professionalità. A tal fine può costituire gruppi di lavoro permanenti e discontinui o temporanei con compiti di:

- standardizzazione dei processi e delle procedure su tematiche di interesse dipartimentale
- formulazione di proposte per l'integrazione tecnico-organizzativa tra i diversi servizi
- predisposizione di piani di attività dipartimentali - predisposizione di proposte per la definizione delle caratteristiche del sistema informativo dipartimentale.

Dipartimento funzionale di Cure Primarie

Il Dipartimento di Cure Primarie si occupa:

dell'assistenza primaria e del convenzionamento dei Medici di Assistenza Primaria (MAP), dei Pediatri di Famiglia (PdF), dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA). L'obiettivo è la presa in carico della persona cronica e fragile e della continuità della cura.

Il DCP ha il compito di assicurare un sistema per garantire livelli uniformi di offerta di cure, equità nell'assegnazione delle risorse ed il miglioramento complessivo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Presidia un'area di rilevanza strategica in termini di programmazione e progettazione dell'assistenza primaria ed in termini di impostazione e verifica della corretta applicazione delle norme contrattuali dei medici di cure primarie.

Il Dipartimento ha il compito di individuare gli obiettivi specifici da perseguire nell'area di competenza, in termini di attività complesse su base annuale e pluriennale, tramite il coordinamento e l'organizzazione delle attività di assistenza primaria sul territorio. Conseguentemente, elabora procedure e linee di indirizzo per l'area delle cure primarie e supporta la Direzione Strategica nell'applicazione aziendale delle convenzioni nazionali e degli accordi regionali relativi ai MAP, ai PdF, ai MCA; cura i rapporti con gli stessi.

Esercita attività di controllo sul rispetto delle norme convenzionali ed il corretto uso delle risorse assegnate.

La Direzione del Dipartimento mantiene a livello centrale gli aspetti di direzione tecnica ed amministrativa di carattere generale, compresa la gestione delle graduatorie per incarichi a tempo determinato ed indeterminato dei Medici Convenzionati, al fine di garantire la più corretta ed omogenea applicazione delle norme e delle indicazioni derivate dalla lettura degli Accordi di Lavoro di ciascuna categoria medica convenzionata e degli accordi decentrati in sede locale.

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 **con la DELIBERA PRESA D'ATTO E RECEPIMENTO DELLA DGR N. XII/1628 DEL 21.12.2023 AVENTE AD OGGETTO "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA DIREZIONE DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) DI BERGAMO EST"** sono stati assegnati al Direttore Generale, per la durata del mandato, i seguenti obiettivi da realizzare con riferimento alle risorse che verranno annualmente stabilite con i provvedimenti che definiscono le regole di gestione del servizio socio sanitario:

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

In particolare per l'anno 2024, nelle more della definizione degli obiettivi specifici di salute e di programmazione sanitaria annualmente stabiliti da Regione Lombardia, si individuano i seguenti ambiti prioritari.

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.

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.

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

Equilibrio economico

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

Trasparenza e lotta alla corruzione

Rispettare la normativa in tema di anticorruzione e trasparenza.

2.1.2 Edilizia Sanitaria, Aggiornamento tecnologico e digitale

Nel contesto della riorganizzazione/potenziamento/evoluzione dell'intera rete ospedaliera, con particolare attenzione ai presidi di Seriate e Alzano Lombardo, e delle strutture territoriali ASST ha pianificato una serie di interventi sulle strutture, ha predisposto un piano di acquisizione di nuove attrezzature sanitarie e definito una serie di interventi per l'innovazione tecnologica.

I relativi investimenti sono sostenuti in parte con finanziamenti PNRR in parte con altri finanziamenti Ministeriali o Regionali.

In particolare nello specifico del PNRR sono stati assegnati all'ASST i seguenti finanziamenti:

PNRR Missione 6 C1

Assegnato per CdC: 15.558.200 €

Assegnato per OdC: 5.197.800 €

Assegnato per COT: 750.000 €

Valore complessivo: 21.506.000 €

PNRR Missione 6 C2

Assegnato per Ammodernamento parco tecnologico: 2.082.300 € (Grandi apparecchiature)

Assegnato per Innovazione digitale: 5.680.000 €

Valore complessivo: 7.762.300 €

E' stato inoltre assegnato un importo pari a 2.205.000 € per miglioramento sismico (edificio D - Ospedale Briolini Gazzaniga)

Nelle 3 tabelle che seguono sono dettagliati gli obiettivi in termini di investimenti in Edilizia Sanitaria, Attrezzature Sanitarie e Aggiornamento digitale.

Sono esclusi gli interventi relativi a CdC, OdC e COT, dettagliati nella sezione 2.1.3 Sviluppo del Polo Territoriale.

Tabella 1 - Investimenti in Edilizia sanitaria (finanziamenti extra PNRR)

Obiettivi	Indicatore	Risultato 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Responsabile della Misurazione
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO LOMBARDO Ampliamento del Pronto soccorso per separazione percorsi Importo € 623.521,67	Aggiudicata procedura di gara e concluse attività propedeutiche all'avvio dei lavori programmati nel mese di Gennaio 2024.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Ampliamento del Pronto soccorso Importo € 415.728,47	Aggiudicata procedura di gara e concluse attività propedeutiche all'avvio dei lavori programmati nel mese di Gennaio 2024.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Realizzazione del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare Importo € 1.630.000	Intervento collaudato.	Avvio attività	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Ampliamento del Pronto soccorso Importo € 419.418,7	Aggiudicata procedura di gara e concluse attività propedeutiche all'avvio dei lavori programmati nel mese di Gennaio 2024.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Potenziamento area intensiva mediante collegamento funzionale del sopralzo PS e completamento area intensiva Importo € 2.000.000	Lavori in corso.	Conclusione lavori e collaudo opera.	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Ristrutturazione Pronto soccorso ginecologico Importo € 2.130.000	Lavori in corso.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Ristrutturazione Monoblocco Medico Importo € 750.000	Lavori conclusi, da collaudare.	-	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Sopralzo per realizzazione di 8 posti letto di Terapia Intensiva Importo € 2.865.249,46	Approvata variante con contestuale prolungamento dei tempi necessari alla conclusione. Lavori in corsi nel rispetto del cronoprogramma approvato.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Investimenti in Edilizia Sanitaria	TRESCORE BALNEARIO Ristrutturazione C.P.S. e C.D. Importo € 980.000	Indetta gara per affidamento esecuzione lavori.	Avvio lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERiate Adeguamento cabina elettrica dell'Ospedale Bolognini di Seriate Importo € 1.495.000	Lavori avviati.	Collaudo opera	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO Adeguamento antincendio Importo € 2.995.000	Inoltrata richiesta di proroga per l'avvio dei lavori, accolta da DG Welfare con D.G.R. XII/1690/2023	Conclusione progettazione e avvio lavori.	Lavori in corso	Collaudo opera	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO Adeguamento alla normativa antincendio del P.O. di Alzano Lombardo: Cucina, cabina di trasformazione MT/BT Importo € 650.000	Collaudo opera	-	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Efficientamento energetico presidio di Lovere (isolamento termico, sostituzione corpi illuminanti) Importo € 1.500.000	Indetta gara per affidamento lavori.	Lavori da avviare.	Conclusione lavori e collaudo opera.	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Investimenti in Edilizia Sanitaria	LOVERE Adeguamento alla normativa antincendio del P.O. di Lovere: Cucina, cabina di trasformazione MT/BT, centrale rilevazione fumi e rifacimento canalizzazioni e coibentazioni Importo € 1.143.000	Collaudo opera	-	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	ALZANO Adeguamento impianti aeraulici e gas medicali Importo € 2.000.000	Inoltrata richiesta di proroga per l'avvio dei lavori, accolta da DG Welfare con D.G.R. XII/1690/2023	Conclusione progettazione e avvio lavori.	Lavori in corso	Collaudo opera	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	CALCINATE Miglioramento sismico del presidio a seguito verifica di vulnerabilità Importo € 2.495.000	Conclusa progettazione, in corso gara per affidamento lavori.	Avvio lavori.	Conclusione lavori e collaudo opera.	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Riqualificazione ed ammodernamento degli edifici CRA (SRP1) e CPS di Piario Importo € 1.480.000	Conclusa progettazione, in corso gara per affidamento lavori.	Avvio lavori	Conclusione lavori e collaudo opera.	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	TRESCORE BALNEARIO Miglioramento sismico dell'edificio sede del CPS di Trescore Balneario Importo € 1.500.000	Progettazione da avviare	Avvio lavori	Collaudo opera	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Trasformazione di due posti di terapia sub-intensiva in terapia intensiva, riorganizzazione area della terapia intensiva tramite ottimizzazione degli spazi e realizzazione di box singolo. Importo € 162.028,81	Da progettare a conclusione dell'intervento denominato "SERIATE Sopralzo per realizzazione di 8 posti letto di Terapia Intensiva"	Avvio lavori e collaudo opera.	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Implementazione aree di completamento per la realizzazione della Casa della Comunità di Seriate dell'ASST Bergamo Est, nell'ambito del potenziamento delle strutture territoriali di cui al PNRR Importo € 1.500.000	Ottenuto finanziamento nel 2023.	Conclusione progettazione e avvio lavori.	Lavori in corso.	Collaudo opera.	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Allestimento nuova Sala Ibrida nel nuovo edificio "cubo emergenze" Importo € 360.000	Ottenuto finanziamento nel 2023.	Conclusione progettazione e avvio lavori.	Conclusione lavori e collaudo opera.	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Lavori per installazione nuova TAC in PS Importo € 750.000	Ottenuto finanziamento nel 2023.	Avvio lavori e collaudo opera.	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	SERIATE Realizzazione nuova cabina elettrica MT/BT Importo € 1.550.000	Ottenuto finanziamento nel 2023.	Avvio lavori e collaudo opera.	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Investimenti in Edilizia Sanitaria	PIARIO Completamento opere per centro disturbi alimentari presso il PO di Piario Importo € 290.000	Ottenuto finanziamento nel 2023.	Avvio lavori e collaudo opera.	-	-	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Tabella 2 - Ammodernamento parco tecnologico (Grandi apparecchiature)

Obiettivi	Indicatore	Risultato 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Responsabile della Misurazione
Investimenti in Attrezzature Sanitarie PNRR	Valore delle Apparecchiature installate/Finanziato totale Finanziato totale:2.082.300 €	9,15%	90,85%	Concluso	Concluso	Ingegneria Clinica

Tabella 3 - Innovazione digitale

Obiettivi	Indicatore	Risultato 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Responsabile della Misurazione
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Cartella Clinica Ambulatoriale	In attesa di identificazione dello strumento per l'adesione ai progetti PNRR	Messa in produzione	In produzione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Cartella Clinica di Terapia Intensiva Adulti e Neonatale	Acquisito, predisposto server, analisi di processo	Messa in produzione	In produzione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Evoluzione del sistema di laboratorio	Adesione a progetto Regionale	Implementazione progetto	Implementazione progetto	Implementazione progetto	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali

Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Evoluzioni dei sistemi di sale operatorie con ottimizzazione del percorso chirurgico e rilevamento dei tempi.	In attesa di identificazione dello strumento per l'adesione ai progetti PNRR	Messa in produzione	In produzione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Sostituzione CUP aziendale	Adesione a progetto regionale - Fondi Regionali	Acquisizione	Messa in produzione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Introduzione di un sistema di gestione dei posti letto, con visualizzazione/prenotazione da parte del pronto soccorso, integrato con ADT o Galileo. Upgrade del sistema ADT	Acquisito, predisposto server, analisi di processo	Messa in produzione	In produzione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Progetto Logistica del Farmaco	Adesione a progetto Regionale	Messa in produzione	In produzione		Direttore S.C. Farmacia
Fascicolo Sanitario elettronico 2.0	Numero documenti indicizzati/numero prestazioni (secondo piano regionale)	Invio a FSE 2.0: Verbali PS, Referti RIS, Referti LIS (ancora in fase di verifica)	Invio a FSE 2.0: LDO e referti ambulatoriali	Implementazione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Sostituzione del software di Anatomia Patologica	Adesione a progetto Regionale	Messa in produzione	Implementazione		Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Investimenti in aggiornamento tecnologico PNRR	Migrazione di tutto il Datacenter verso il Cloud	Adesione a progetto Regionale	Conclusione del progetto (scadenza PNRR)			Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali

2.1.3 Sviluppo del Polo Territoriale

Nell'anno 2022 è cominciata l'evoluzione verso il nuovo assetto organizzativo del Territorio, in applicazione del PNRR e della L.R. 22/21 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

In linea con la programmazione regionale sono state avviate ad oggi nove Case di Comunità, alcune delle quali in sedi da ristrutturare o riqualificare.

Di seguito il cronoprogramma che riporta lo stato dell'arte ad oggi e le date pianificate per l'avvio di altre due Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Crono-programma Aziendale CdC, OdC e COT	2022	2023	2024	2025	2026
CdC Calcinante	√				
CdC Gazzaniga	√*		R		
CdC Sarnico	√*		R		
CdC Grumello del Monte	√*		R		
CdC Trescore Balneario		√*	R		
CdC Seriate			X R		
CdC Lovere	√*		R		
CdC Albino			X R		
CdC Vilminore di Scalve	√				
CdC Clusone		√*	R		
CdC Alzano		√*	R		
OdC Calcinante			X		
OdC Gazzaniga			X		
COT Seriate			X		
COT Trescore Balneario			X		
COT Clusone			X		
COT Lovere			X		
COT Albino			X		

Legenda:

X = Pianificato

√ = Avviata

√* = Avviata in sede da ristrutturare/riqualificare

R = Ristrutturazione/riqualificazione

NUOVI SERVIZI NELLA CASA DI COMUNITA'

Premesso che la Casa di Comunità ha assorbito i servizi attivi nelle sedi territoriali degli ex PRESST, si dettagliano i nuovi servizi introdotti:

PUA - Punto unico di accesso (attivato ex novo)

- Garantisce una diffusa ed idonea informazione ai cittadini rispetto a percorsi e servizi offerti.
- Orienta l'utente ai servizi a seconda dei bisogni espressi o intercettati

In caso di bisogno semplice (es. prelievo a domicilio, cambio catetere, domanda di invalidità...), si attiva il servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. ADI, SAD, specialista ambulatoriale, MMG...).

In caso di bisogno complesso si rimanda all'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM).

- Raccordo operativo nella gestione di progetti territoriali (NPI, Prevenzione, Progetto CAD ATS, Teleconsulto)

E' aperto da lunedì a sabato ore 8.00 – 14.00

EVM - Equipe di Valutazione Multidimensionale (potenziata)

Composta da diverse figure professionali (Medico del Distretto, MMG/PLS, Infermiere ADI, IFeC, Assistente sociale ambito/Comune, Psicologo di Comunità...)

Garantisce l'integrazione tra servizi sanitari e socioassistenziali con quelli socioassistenziali dei Comuni e degli Ambiti sociali.

Si riunisce periodicamente (Almeno ogni 15 gg) con modalità in presenza o da remoto.

IFeC - Servizio Infermiere di Famiglia e Comunità (attivato ex novo)

Ruolo di Case Management

Collaborazione con MMG/PLS per reclutamento e gestione dei pazienti cronici

Facilitazione dell'accesso ai servizi territoriali già presenti a disposizione dei cittadini

Collaborazione/coordinamento con operatori delle Cure domiciliari.

Monitoraggio pazienti in carico dialogando proattivamente anche con il caregiver

Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari e del caregiver.

Il Servizio è attivo dalle 8 alle 20 da lunedì a sabato.

L'infermiere di Famiglia e Comunità è anche presente al **PUA** dalle 13 alle 14 da lunedì a sabato, per la presa in carico dei cittadini che si rivolgono alle Case di Comunità, per ricevere informazioni o per segnalare problemi semplici o complessi che necessitano di risposte (insieme agli altri professionisti della rete territoriale).

MODELLO ORGANIZZATIVO

Parallelamente agli interventi strutturali e all'avvio delle CDC, il Team PNRR aziendale ha elaborato il modello organizzativo aziendale di PUA-EVM e della COT, che sarà implementato nel corso del triennio 2024 - 2026, anche in seguito all'acquisizione delle risorse umane necessarie.

2.1.4 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.

Con riferimento alla accessibilità fisica, gli immobili di proprietà dell'azienda soddisfano i criteri e requisiti di superamento delle barriere architettoniche e nello sviluppo progettuale degli interventi è garantito il rispetto delle disposizioni normative in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche, dettate dalla legge 09.01.1989 n. 236, nonché del D.P.R. 24.07.1996 n. 503.

Per quanto attiene l'accessibilità digitale, nel contesto del progetto aziendale accoglienza l'ASST ha installato totem intelligenti nelle sedi ospedaliere e territoriali; nel corso dell'anno 2023 ne è stato implementato l'utilizzo per la gestione delle code; in corso di attivazione nel 2024 la self accettazione e il pagamento con strumenti PAGO PA. Nel corso 2024 si svilupperà anche l'App dedicata, al fine di migliorare l'interazione digitale tra cittadino e strutture sanitarie.

Nel 2023 è stata inoltre acquistata la piattaforma "Sportello virtuale del cittadino", che l'utente potrà utilizzare da remoto per contattare gli sportelli dei Distretti, sia per informazioni che per la gestione di istanze specifiche rispetto ai servizi erogati. Nel 2024 è pianificata l'implementazione e la configurazione, con attivazione entro fine anno.

Nel dicembre 2023 è stato pubblicato il nuovo sito internet aziendale www.asst-bergamoest.it, per dare 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. Nel 2024 è previsto il completamento delle informazioni.

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. A 3 anni dalla sua implementazione, l'ASST Bergamo Est ha attivato i 4 processi minimi di telemedicina previsti dalla normativa nazionale: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza. I numeri che possono meglio esprimere l'andamento dell'attività di telemedicina in ASST Bergamo Est sono i seguenti:

- il numero di specialità mediche coinvolto in almeno un processo di telemedicina è passato da 7 nel 2022 a 19 nel 2023 (+ 171 %).
- il numero di operatori con accesso alla piattaforma di telemedicina aziendale è passato da 33 nel 2022 a 114 (dato al 05/12/2023) con un incremento del + 245 %.

Nel corso del triennio 2024-2026 ASST lavorerà nella direzione di una implementazione progressiva dei quattro processi, con gli strumenti che Ministero e Regione metteranno a disposizione.

2.1.5 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 2024, continua 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 socio-sanitari 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
- 5) Cup unico regionale

2.1.6 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	Salute			
Obiettivo specifico collegato	Rispetto dei tempi di attesa			
Beneficiari	Pazienti			
Strutture coinvolte	Reparti e servizi dell'ospedale e del territorio			
Indicatore	Baseline T ₀ (2023)	Target T ₁ (2024)	Target T ₂ (2025)	Target T ₃ (2026)
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (Breve), in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Rispettato il target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale
Rispetto del tempo massimo di attesa (30 gg) per ricoveri chirurgici oncologici in classe A	Rispettato il target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale
Fonte dei dati:	Gestione operativa			

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 T₀ (2023)	Target T₁ (2024)	Target T₂ (2025)	Target T₂ (2026)
CdC, OdC e COT	Rispettato il cronoprogramma regionale e avviati servizi	Rispetto del cronoprogramma regionale e avvio servizi	Potenziamento dei servizi	Completamento offerta territoriale
Fonte dei dati:	Rendicontazione investimenti edilizia in Regis Rendicontazione funzioni/servizi con monitoraggio AGENAS DM 77			

Dimensione di Valore Pubblico	Salute e Benessere			
Obiettivo specifico collegato	Attività di prevenzione - Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo;			
Beneficiari	Utenti			
Strutture coinvolte	Ospedale - Distretti			
Indicatore	Baseline T₀ (2023)	Target T₁ (2024)	Target T₂ (2025)	Target T₂ (2026)
Vaccinazioni e screening	Rispettato il target atteso	Rispetto target ministeriale o regionale	Rispetto target ministeriale o regionale	Rispetto target ministeriale o regionale
Fonte dei dati:	Tableau Regione Lombardia – Gestionale SIAVR			

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 2023	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026	Responsabile della Misurazione
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	IFeC: pazienti presi in carico	1043	Incremento dei pazienti presi in carico (almeno 10%)	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	SERD: Presa in carico dei pazienti entro 10 gg dalla segnalazione/Totale pazienti presi in carico nel periodo	100% (546/546)	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Mantenimento della percentuale di pazienti presi in carico entro 10 gg dalla segnalazione	Direttore SERD
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	NPIA: tempo di attesa della prima visita per adolescenti con psicopatologia grave	15gg a Piario, Gazzaniga e Lovere 1 mese a Trescore Balneario	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Direttore NPIA

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	NPIA: tempo di attesa della prima visita per adolescenti con psicopatologia senza indicazione di gravità	2 mesi a Piario, Gazzaniga e Lovere 6 mesi a Trescore Balneario	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Riduzione del tempo di attesa presso la sede di Trescore	Direttore NPIA
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	PSICHIATRIA: percentuale pazienti con grado di urgenza elevato (urgenze indifferibili, Classe B, valutazione infermieristica in autopresentazione) sottoposti a prima visita nei tempi previsti presso i CPS	100%	Mantenimento della percentuale	Mantenimento della percentuale	Mantenimento della percentuale	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	Cure domiciliari: copertura rispetto al target atteso	6303/7134 Gennaio - settembre	8633	8981	Mantenimento	Responsabile Cure Domiciliari
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	PUA: numero di accessi	3885 accessi nel I° semestre 2023; 726 accessi nel 2022	Incremento del numero di accessi	Incremento del numero di accessi	Incremento del numero di accessi	Coordinatore amministrativo di Distretto

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	CCA/COT: presa in carico	2023: 1229 pz presi in carico 2022: 1016 pz presi in carico 2021: 678 pz presi in carico	Incremento del numero di pazienti presi in carico dalla CCA/COT	Incremento del numero di pazienti presi in carico dalla CCA/COT	Incremento del numero di pazienti presi in carico dalla CCA/COT	Referente S.S. Processi Integrati Territorio
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).	95,65% (Target Ministero Salute 95%)	Copertura secondo la percentuale richiesta	Copertura secondo la percentuale richiesta	Copertura secondo la percentuale richiesta	Direttore SC Vaccinazioni Sorveglianza Malattie Infettive
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).	95,69% (Target Ministero Salute 95%)	Copertura secondo la percentuale regionale richiesta	Copertura secondo la percentuale regionale richiesta	Copertura secondo la percentuale regionale richiesta	Direttore SC Vaccinazioni Sorveglianza Malattie Infettive
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	Popolazione >=65 anni, residente nel Territorio afferente all'ASST BG Est vaccinata contro il virus antinfluenzale/Totale popolazione >=65 anni	45,7% (Target 75%)	Incremento della percentuale dei vaccinati	Incremento della percentuale dei vaccinati	Incremento della percentuale dei vaccinati	Direttore SC Vaccinazioni Sorveglianza Malattie Infettive

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TELECONSULTO MMG-SPECIALISTI: numero specialità coinvolte	10	Incremento di almeno 3 specialità coinvolte	Incremento delle specialità coinvolte	Incremento delle specialità coinvolte	Responsabile SS Telemedicina
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TELECONSULTO: numero MMG partecipanti/totale MMG	18% (37/205)	Incremento della percentuale dei medici partecipanti (almeno 10%)	Incremento della percentuale dei medici partecipanti	Incremento della percentuale dei medici partecipanti	Responsabile SS Telemedicina
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TELEVISITA: numero specialità coinvolte	6	Incremento delle specialità coinvolte (di almeno due)	Incremento delle specialità coinvolte	Incremento delle specialità coinvolte	Responsabile SS Telemedicina
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TELEVISITA: numero delle prestazioni	633	Incremento del numero delle prestazioni di almeno il 5%	Incremento del numero delle prestazioni	Incremento del numero delle prestazioni	Responsabile SS Telemedicina
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	TELEMONITORAGGIO: livello 1 per pazienti fragili sul territorio	-	Avvio Telemonitoraggio	Incremento del numero dei pazienti	Incremento del numero dei pazienti	Responsabile SS Telemedicina
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	CONSULTORI FAMILIARI: % di nuovi utenti in carico sul totale dei pazienti in carico	+ 3,7% nuovi utenti nel 2022 sul totale dei pz in carico nel 2021 (dato 2023 non ancora disponibile)	Incremento della % di nuovi utenti in carico (almeno 2%)	Incremento della % nuovi utenti in carico	Incremento della % nuovi utenti in carico	Responsabile Consultori

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	CONSULTORI: screening cervicocarcinoma	2023: 14.166 pazienti 2022: 974 pazienti	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Incremento del numero di pap-test eseguiti	Responsabile Screening
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, nel programma organizzato da ATS, per mammella	70% (Target 60%)	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Tableau Regione Lombardia
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Prevenzione	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, nel programma organizzato da ATS, per colon retto	57% (Target 50%)	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Rispetto del target atteso	Tableau Regione Lombardia
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	CONSULTORI: mantenimento numero utenti PERCORSO NASCITA (a fronte della denatalità)	1143	Mantenimento numero pazienti che accedono al percorso nascita	Mantenimento numero pazienti che accedono al percorso nascita	Mantenimento numero pazienti che accedono al percorso nascita	Responsabile Percorso Nascita

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Potenziamento rete territoriale	Progetto Terre Alte: numero gestanti prese in carico sul territorio secondo protocollo /totale gestanti assistite	100%	100%	100%	100%	Responsabile Percorso Nascita
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Appropriatezza dei ricoveri	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	10,27% (dato gennaio – novembre. standard atteso <= 18% anno)	Rispetto dello standard atteso	Rispetto dello standard atteso	Rispetto dello standard atteso	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Liste d'attesa ricoveri	Rispetto del tempo massimo di attesa per ricoveri chirurgici oncologici in classe A	90%	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Liste d'attesa ambulatoriale	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (Breve), in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	99,6%	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Rispetto del target regionale	Responsabile Unico Tempi di Attesa
Efficienza Economica	Contenimento dei costi	Costo dispositivi medici	Budget rispettato (17,9 milioni di euro)	Rispetto del budget assegnato da Regione Lombardia	Rispetto del budget assegnato da Regione Lombardia	Rispetto del budget assegnato da Regione Lombardia	Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU

Efficienza Economica	Equilibrio economico della gestione aziendale	Contributi in c.to esercizio da Regione - FSR Indistinto/Vincolato/ Extra Fondo (netto FNT)/Valore della produzione sanitaria	Aumento rispetto al valore 2022 (0.36)	Diminuzione rispetto al valore 2023 (0.36)	Diminuzione rispetto al valore 2023 (0.36)	Diminuzione rispetto al valore 2023 (0.36)	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Efficienza Economica	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	ITP 2023 -23,22	ITP trimestrale ed annuale 2024 negativo	ITP trimestrale ed annuale 2025 negativo	ITP trimestrale ed annuale 2026 negativo	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Infezioni correlate all'assistenza: infezioni codificate nella SDO/totale dimessi	5.75% (dato 2022, target <7%)	<7%	<7%	<7%	Direttore S.C. Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive
Formazione	Formazione del personale	Incidenza delle ore di formazione sul totale delle ore lavorate	1,73%	> 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	71,54%	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Responsabile S.S. Gestione Giuridica - Formazione e Sviluppo Risorse Umane

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	77,82% <i>Media dei presidi (SERIATE, PIARIO, ALZANO)</i> (Standard nazionale 82,81%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Frattura del collo del femore: Numero pazienti sottoposti a intervento entro 48 ore/totale pazienti sottoposti a intervento chirurgico	66,32% (Standard nazionale 50,16%) <i>Media dei presidi (SERIATE, PIARIO, ALZANO, LOVERE)</i>	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Numero parti con taglio cesareo primario/numero parti totali	13,86% (Valore atteso nazionale:< 23,06%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Scompenso cardiaco congestizio: Numero di decessi a 30 giorni/totale pazienti con scompenso cardiaco congestizio	8,91% (Standard nazionale 10,73%) <i>Media dei presidi (SERIATE, PIARIO, LOVERE)</i>	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management

Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche) Numero di decessi a 30 giorni/totale pazienti con infarto miocardico acuto	1,54% (Standard nazionale < 7,69%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Infarto Miocardico Acuto: Numero pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti/numero pazienti trattati con PTCA	69,39% (Standard nazionale >=51,29%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Ictus ischemico: Numero di decessi a 30 giorni/totale pazienti colpiti da ictus ischemico	4,64% (Standard nazionale < 10,54%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management
Offerta Sanitaria e Socio Sanitaria	Qualità e sicurezza	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	16,5% (Standard nazionale >10,58%)	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento o/miglioramento rispetto anno precedente	Direttore S.C. Qualità Risk Management

PERFORMANCE DI U.O.

Area	Indicatore	Risultato effettivo 2022 Dirigenza (2023 non ancora disponibile)	Risultato effettivo 2022 Comparto (2023 non ancora disponibile)	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026
Processo di budget	Percentuale raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati	96,4%	98,5%	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente
Processo di budget	N° di strutture con percentuale di raggiungimento inferiore a 80%	0	0	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente	Mantenimento/riduzione rispetto anno precedente

PERFORMANCE INDIVIDUALE

Area	Indicatore	Risultato effettivo 2022 (2023 non ancora disponibile)	Risultato atteso 2024	Risultato atteso 2025	Risultato atteso 2026
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale della Dirigenza	90,15 (max 100)	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente
Produttività individuale	Punteggio medio della performance individuale del Comparto	18,64 (max 20)	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente	Mantenimento/miglioramento rispetto anno precedente

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

2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza

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

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

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

Tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza è stata redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) secondo le indicazioni fornite da ANAC "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii., al PNA 2022 (di cui non sono più in vigore i seguenti allegati: - All. n°5 Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici - All. n°6 Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici - All. n°7 Contenuti del Bando tipo 1/2021 - All. n°8 Check-list appalti) e PNA 2023, e al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza.

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

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

La prevenzione della corruzione è dimensione del valore Pubblico e per la creazione di valore Pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale della ASST Bergamo Est.

Nel prevenire fenomeni di "maladministration" e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione infatti contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica. Contributo alla generazione di valore pubblico è dato altresì dal miglioramento continuo del processo di gestione del rischio.

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:** digitalizzazione e potenziamento dell'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 2023 e allegato 1 delibera di ANAC n. 264/2023, come modificata e integrata con delibera n. 601/2023.

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

- **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.

La Direzione Strategica, quale 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. 384 del 27.04.2023, ha nominato Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai sensi dell’art. 1 – comma 7 – della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, la Dr.ssa Daniela Merola, Responsabile ff Affari Generali e Legali, a decorrere dal 01.05.2023.

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

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

Fornisce supporto conoscitivo e informativo necessario alle articolazioni aziendali interessate.

Al fine di agevolare gli Uffici nei loro doveri di pubblicazione, trasmette a ciascuna Struttura interessata alla pubblicazione una griglia con l’elenco dei propri obblighi di pubblicazione (foglio excel, tratto dalla griglia Allegato 3 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.

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

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

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).

Collegio Sindacale

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

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

Comitato coordinamento dei controlli

Persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, diventando strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi strumenti di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali.

Il Comitato, istituito con deliberazione n. 565 del 13/07/2023, è presieduto dal RPCT ed afferisce direttamente al Direttore Generale.

Fanno parte del Comitato i rappresentanti delle Unità operative o funzioni di seguito riportate: RPCT (che lo presiede), Direzione Medica di Presidio, Direzione di Distretto, Dipartimento Amministrativo, DAPSS, Internal Auditing, SC Qualità e Risk management, SS Controllo di Gestione).

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).

Referenti anticorruzione

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

E' stata istituita una rete 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:

Tab. 1

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	FLAVIA GHERARDI
SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)	GHIRARDI ALBERTO
SSD ACCOGLIENZA E CUP AZIENDALI	GIULIA ANGHILERI
SS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)	MICHELE BISAZZA
INTERNAL AUDITING	ESTER BONFANTI
DIREZIONE MEDICA Ospedale SERIATE	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 SOCIOSANITARIE	ADRIANA VALORE
DISTRETTO Seriate e Grumello	SILVIA MARIA DONARINI
DISTRETTO Valle Cavallina, Monte Bronzone Basso Sebino e Alto Sebino	ELENA BIDASIO
DISTRETTO Albino Valle Seriana e Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	PAOLO FRANCHI
SERD	CRISTINA ZANGA
ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE AZIENDALE E RELAZIONI ESTERNE	ELENA BARCELLA

Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

Inoltre 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.

Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)

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

RASA

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

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

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

Internal Auditing

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

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

Il RPCT si avvale dei monitoraggi svolti in sede di Internal Auditing.

Sistemi Informativi Aziendali (SIA)

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

Per quanto riguarda "Amministrazione Trasparente" ha 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.

Qualità Risk Management

La struttura, per il mantenimento della Certificazione di Qualità, ha svolto una mappatura dei processi e analisi dei rischi sui seguenti aspetti: trasparenza/ immagine aziendale/ sicurezza

operatore/ privacy/ corruzione. Svolge inoltre una funzione di controllo della qualità delle procedure aziendali.

Gestione 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).

Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

E' preposto alla trattazione dei procedimenti disciplinari e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

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*.

Comunicazione aziendale e relazioni esterne

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

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.

Collaboratori a qualsiasi titolo

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

Stakeholders

Il Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta agli stakeholders interni ed esterni 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.

Soggetti destinatari del Piano

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

2.3.3 Il processo di gestione del rischio - La metodologia

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

Alla luce dell'evoluzione dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati da ANAC, la ASST Bergamo Est persegue un percorso di aggiornamento della mappatura dei processi aziendali secondo una valutazione "qualitativa" di analisi del rischio indicata da ANAC nell'All. 1 del PNA 2019, con il superamento dell'analisi rappresentata dal PNA 2013 secondo la metodologia descritta nella tabella all. 5 del PNA 2013.

Il recepimento della nuova metodologia è stata graduale, come suggerito da ANAC, in considerazione della sopravvenuta emergenza Covid-19 degli ultimi anni e 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.

In particolare, il RPCT, proseguendo il percorso già avviato lo scorso anno, con la partecipazione attiva dei dirigenti delle Strutture aziendali, ha aggiornato le mappature secondo una valutazione di analisi del rischio richiesto da ANAC e con l'ausilio di indicazioni operative aziendali descritte nell'**Allegato n. 1 del presente Piano**, che ne costituisce parte integrante, a cui si rimanda.

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.

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

Fase 1: Analisi del contesto: mappatura completa e approfondita dei processi/attività

- struttura organizzativa
- area di rischio
- processi
- fasi

Fase 2: Identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo

- eventi a rischio
- fattori abilitanti
- dati a supporto dell'analisi (es. (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di ii e iii livello / notizie in rassegna stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'amministrazione)
- probabilità (key risk indicators): discrezionalità - livello di interesse esterno - manifestazione di interessi corruttivi in passato - livello di opacità del processo - livello collaborazione responsabile - grado di attuazione misure trattamento del rischio – controllo
- impatto: reputazionale - economico in termini di contenzioso - organizzativo - danno generato
- livello di rischio (giudizio sintetico probabilità x giudizio sintetico impatto)
- motivazione del giudizio complessivo

Fase 3: Trattamento del rischio

- misure generali: ad esempio quando insiste trasversalmente sull'organizzazione (es. la corretta applicazione del d. lgs. 33/2013)
- misure specifiche: ad esempio quando è in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio per cui si trovano modalità per rendere più trasparenti particolari processi
- piano d'azione: rischio accettabile: interventi di monitoraggio - rischio medio: interventi di urgenza/programmazione - rischio rilevante: interventi da effettuare in tempi brevi/da fare subito
- indicatore di verifica: cfr tab 5 pna 2019
- monitoraggio (tempi di attuazione o stato di attuazione)
- responsabilità
- classificazione del rischio rischio accettabile - rischio medio - rischio rilevante

Due fasi trasversali:

- Consultazione e comunicazione
- Monitoraggio e riesame del sistema

Detta 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 ANCI¹.

Attraverso la mappatura del trattamento dei rischi (**Allegato n. 2 al presente Piano**), l'Azienda si

¹ 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>

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.

Nel corso del triennio, i processi, se necessario, potranno essere sottoposti a modifiche e integrazioni.

2.3.4 Analisi del contesto

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

La valutazione del rischio corruttivo, in ossequio alla normativa in materia di anticorruzione, nonché alle linee programmatiche statuite dai PNA emanati dall'ANAC, infatti costituisce un presupposto necessario per comprendere le dinamiche socio-territoriali che possano influire sulla mala gestione della cosa pubblica. La parametrizzazione del grado di rischio non può prescindere, pertanto, da un'analisi del contesto esterno in cui la ASST 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.

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

2.3.4.1 Contesto esterno

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

Polis- Lombardia ha presentato il **Rapporto Lombardia 2023 - Attrattività è sostenibilità** <https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi-e-documenti/polis+2023/rapporto-lombardia-2023> da cui si sono estrapolate le seguenti informazioni:

Sulla base di un'elaborazione di PoliS-Lombardia su dati Istat, negli ultimi cinque anni – dal 2017 al 2021 – si registra un tendenziale calo delle denunce, relativamente al territorio lombardo, in capo

alla totalità delle fattispecie di delitto considerate (seppur si registri un incremento nel 2019, prima dell'evento pandemico).

Inoltre, la Lombardia si posiziona sempre al 19° e 18° posto nella classifica delle venti regioni come valore dell'indicatore composito; dunque, registra il rischio di corruzione tra i più bassi. I valori dell'indicatore composito della Lombardia si dimostrano tendenzialmente bassi durante tutto il periodo oggetto di analisi (2011-2021) rispetto alle altre regioni e alla media nazionale. Tali risultati, dunque, rivelano una prospettiva favorevole nella riduzione del rischio corruttivo e un incentivo nella prosecuzione delle attività di prevenzione e controllo svolte dalla Regione in capo a tale fenomeno (rilevazione dalla rilevazione di Polis- Lombardia).

ANAC, nella piattaforma del portale denominata "Misura la corruzione" <https://www.anticorruzione.it/misura-la-corruzione>, 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 381.638 abitanti sui circa 1.106.303 della Provincia Bergamasca (Popolazione residente al 1/1/2023 - fonte dati ISTAT). 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: 22,11% 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 attraverso il Piano Nazionale Esiti (PNE) (<https://pne.agenas.it/home>).

La prospettiva demografica di medio lungo periodo rende ancora più gravi gli attuali problemi di sottoutilizzo del capitale umano già evidenziati con particolare riguardo alla fuga di cervelli ed al ben noto fenomeno dei NEET. Naturalmente, in una società che invecchia, una maggiore partecipazione al mercato del lavoro di giovani e donne deve andare di pari passo con un allungamento della vita lavorativa anche delle generazioni più mature (Fonte: rapporto annuale ISTAT – 2023 <https://www.istat.it/it/archivio/286364>).

Criticità ambientali e transizione ecologica

Lo stato dell'ambiente del nostro Paese è connesso all'economia e alla società. Oltre alle conseguenze del cambiamento climatico, persistono, a livello nazionale e locale, emergenze non ancora risolte. La prima riguarda l'acqua e le condizioni delle nostre infrastrutture idriche. La seconda è la povertà energetica.

Le indagini sulle famiglie mostrano che la preoccupazione per i cambiamenti climatici è crescente tra i cittadini.

La transizione ecologica va favorita tramite investimenti di carattere strutturale, come quelli previsti dal PNRR, ma deve essere anche approfondito il suo impatto a livello economico e sociale, con l'intento di promuovere una maggiore equità. La lotta alla povertà energetica è un aspetto chiave delle recenti strategie della Commissione Europea per la "Just Transition", una dimensione della povertà che saremo chiamati a misurare con maggiore attenzione negli anni a venire.

(Fonte: rapporto annuale ISTAT – 2023 <https://www.istat.it/it/archivio/286364>).

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

La Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia 2° semestre 2022 evidenzia come oggi, le mafie preferiscono rivolgere le proprie attenzioni ad ambiti affaristico-imprenditoriali, approfittando della disponibilità di ingenti capitali accumulati con le tradizionali attività illecite. Si tratta di "modi operandi" dove si cerca sia di rafforzare i vincoli associativi mediante il perseguimento del profitto e la ricerca del consenso approfittando della forte sofferenza economica che caratterizza alcune aree, sia di stare al passo con le più avanzate strategie di investimento, riuscendo a cogliere anche le opportunità offerte dai fondi pubblici nazionali e comunitari (Recovery Fund e PNRR).

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

In questa fase di ripresa economica, la soglia di attenzione è particolarmente elevata sul rischio di accaparramento, da parte delle organizzazioni criminali, di fondi pubblici stanziati dapprima per l'emergenza sanitaria e per le ristrutturazioni edilizie e, in prospettiva, per il perfezionamento del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che permetterà l'accesso ai fondi stanziati dall'Unione Europea con il cd. Next Generation EU.

Anche in funzione delle potenziali criticità legate alle opere già in corso di realizzazione per le "Olimpiadi Milano-Cortina 2026", le investigazioni giudiziarie, in linea con gli indirizzi della locale DDA, puntano ad una maggiore attenzione riguardo a tale ambiti.

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

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento esponenziale del numero delle segnalazioni sospette, anche per i profili d'interesse della DIA, e nel secondo semestre del 2022 le SOS complessivamente analizzate risultano 80.249, oltre il 15% in più rispetto al 2021 e circa il 33% rispetto al 2020.

Con riferimento alle segnalazioni ricondotte dai segnalanti a fenomenologie di più attuale interesse operativo, si collocano 999 SOS legate al fenomeno Covid 19 e 80 SOS riferibili a presunte “anomalie connesse con l’attuazione del PNRR”.

(Fonte https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2023/09/DIA_secondo_semestre_2022Rpdf.pdf)

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

- Relazione annuale sull’attività svolta da ANAC nel 2022 presentata dal Presidente dell’Autorità (<https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-2023>)
- Relazione del Presidente della sezione Giurisdizionale in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2023 Lombardia della Corte dei Conti <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?id=2dad14db-43d5-4ca1-b9c9-31d5b181542b>
- 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.

In riferimento alla raccolta fondi a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da covid-19, il valore delle donazioni in denaro ricevute, alla data del 31.12.2020, ammonta complessivamente in € 2.480.671,72. Le suddette donazioni, impiegate alla data del 30.09.2023 per € 2.223.849,92.=, sono state utilizzate 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, per istituire borse di studio, finanziare tirocini presso il Servizio di Medicina di Laboratorio di Calcinante, attrezzare aree per sosta veicoli finalizzate ad incentivare la mobilità sostenibile ed attrezzare la sede adibita a Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche. Gli adeguamenti strutturali delle sedi aziendali hanno riguardato principalmente la separazione dei percorsi tra pazienti COVID+ e non, la dotazione di barriere strutturate e protezioni per il personale in servizio sia presso i reparti sia presso i vari servizi aziendali ed in particolar modo la realizzazione di un laboratorio analisi dedicato all’analisi dei tamponi presso il P.O. di Calcinante.

Prospetti consultabile al seguente link:

https://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=72&CSRF=4e30f3d16e864bcddd686e2a37d5fa6a

Riguardo le donazioni in generale: il valore delle donazioni anno 2023 ammontano:

- Contributi da persone giuridiche private: € 75.000,00
- Contributi da persone fisiche private: € 4.690 (di cui 4590,00 dipendenti parcheggio)
- erogazioni liberali in natura € 52.432,10

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

L’ASST Bergamo Est, oltre al sito web istituzionale., ha attivato profili aziendali tra cui Facebook, LinkedIn, Instagram, e YouTube per informare su temi sanitari e socio-sanitari ma anche sulle iniziative, sugli eventi e sulle campagne proposte dall’Azienda. Attraverso una comunicazione

efficace, veloce e diretta si pone l'obiettivo di entrare in relazione con i cittadini e operatori attraverso una modalità che li raggiunga in modo più capillare e che integri gli strumenti che già si utilizzano: il sito internet aziendale, i comunicati stampa e gli articoli su quotidiani e periodici.

Stakeholder

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 stata pubblicata l'informativa, con apposito modulo, per trasmettere al RPCT eventuali osservazioni, indicazioni e suggerimenti di potenziamento delle misure anticorruptive.

Rapporto con gli operatori economici

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

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

https://hosting.soluzionipa.it/asst_bergamo/trasparenza/pagina.php?id=14&CSRF=fc5b4ac04dd1ae8e28c2dd489f1294e7

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

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

I procedimenti aziendali hanno rappresentato un punto di partenza per l'identificazione dei processi organizzativi, così come suggerito da ANAC nel PNA 2019.

L'Azienda ha svolto una mappatura puntuale dei propri processi/attività e relative fasi adeguandola al POAS 2022/2024.

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

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

Generali (contratti Pubblici - acquisizione e gestione del personale - incarichi e nomine - gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio - affari legali e contenzioso - provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario);

Gestione fondi PNRR e fondi strutturali;

Processi collegati a obiettivi di performance;

Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi (es. antiriciclaggio, situazioni emergenziali);

Specifiche per la sanità (attività libero professionale; liste d'attesa; rapporti contrattuali con erogatori privati; farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie; ricerca, sperimentazioni, e sponsorizzazioni; attività conseguenti al decesso);

Ulteriori aree a rischio (aree a rischio individuate dal RPCT in collaborazione con il Dirigente di struttura in base ai processi aziendali mappati).

L'Azienda ha ritenuto mappare i processi riferiti all'intera attività amministrativa e non solo quei processi ritenuti a rischio corruttivo.

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

Identificazione del rischio

Il rischio è inteso come un evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'Azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management.

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

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

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:

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

Analisi del rischio

L'attività di analisi del rischio costituisce la base per la mappatura e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

La nuova metodologia si basa su una valutazione di tipo qualitativo descritta nel paragrafo 2.3.4 del presente Piano, a cui si rimanda.

Vedere anche allegato n. 1 del presente Piano.

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

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

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

Ponderazione

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

Si procede quindi a determinare il livello di rischio, che consentirà di individuare le azioni da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio (residuo) dei processi e/o fasi presi in esame e di identificare le priorità di trattamento.

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

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: rischio rilevante – rischio medio – rischio accettabile considerando che, ad ogni modo, vanno sempre presidiati i processi che prevedono un rischio rilevante/medio.

2.3.7 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell’individuare correttivi e modalità idonee a prevenire i rischi. 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, concrete e realizzabili, e calibrate sulle caratteristiche dell’Azienda.

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 (PNA 2019), 7/2023 (PNA 2022), 605/2023 (PNA 2023) di ANAC.

Pertanto sono state prese in considerazione:

- Misure generali che insistono trasversalmente sull’organizzazione:

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

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

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

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

Rischio accettabile: interventi di monitoraggio;

Rischio medio: interventi di urgenza/programmazione;

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

Indicatori di verifica

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

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

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

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

Consultazione e comunicazione

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

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

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

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.

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)

Tempistica: aggiornamento della mappatura del trattamento dei rischi entro 30/11/2024

Responsabile: RESPONSABILI DI STRUTTURA/REFERENTI

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11.2024 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 norme del Codice costituisce infrazione rilevante sul piano disciplinare.

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

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

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 decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, recante «Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)», e, in particolare, l'articolo 4, ha disciplinato l'introduzione, nell'ambito del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media per tutelare l’immagine della pubblica amministrazione. Prevede, 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”.

E’ in corso di redazione l’aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, a seguito dell’emanazione del DPR 81/2023 “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»”.

Obiettivo: Aggiornamento Codice di comportamento aziendale in conformità al DPR 81/2023 e alle nuove Linee Guida di ANAC

Responsabile: RPCT in collaborazione con SC Affari Generali e Legali

Tempistica: nel secondo semestre 2024

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell’attuazione: : invio al RPCT entro il 30.11.2024 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.

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.

Relativamente a violazioni di norme comportamentali, nel corso dell’anno 2023, si riscontrano: nr. 18 segnalazioni pervenute; nr. 15 violazioni accertate (di cui nr.2 accertate a gennaio 2024).

Obiettivo: Monitoraggio segnalazioni UPD

Responsabile: Segreteria Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Tempistica: 31/12/2024

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

Modalità di verifica dell’attuazione: invio al RPCT entro il 31.12.2024 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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

Chiunque all’interno dell’azienda – dipendente o persona collaborante a qualsiasi titolo – ha l’onere di segnalare tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione la conoscenza di atti e/o fatti illeciti di cui è venuto a conoscenza.

A seguito dell’entrata in vigore del d.lgs. n. 24 del 10/03/2023, con deliberazione n. 556 del 06/07/2023 è stato approvato il Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e le relative forme di tutela (*Whistleblowing*), pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” sottosezione “altri contenuti – corruzione”, nonché nel portale Intranet (all’interno della sezione Piano Triennale di prevenzione della corruzione).

Il regolamento è entrato in vigore dal 15/07/2023.

L’Azienda garantisce al *whistleblower* la protezione, sia in termini di tutela della riservatezza, che in caso di ritorsioni.

La segnalazione deve essere circostanziata, contenere la descrizione del fatto, le circostanze di tempo e luogo in cui si è verificato, le generalità del segnalato (o altri elementi che ne consentano

l'identificazione) e le generalità del segnalante, nonché la chiara indicazione di volersi avvalere delle tutele previste per il *whistleblower*.

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

L'Azienda ha attivato i seguenti canali di segnalazione interna:

a) Piattaforma informatica - WhistleblowingPA di Transparency International Italia e di Whistleblowing Solutions Impresa Sociale dotata di strumenti di crittografia:

- accedendo all'indirizzo: <https://asstbergamoest.whistleblowing.it>;

la segnalazione è effettuata attraverso la compilazione di un questionario;

- può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone);

- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, monitorarne l'andamento e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

b) Servizio postale: ASST Bergamo EST- Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) – Via PADERNO 21, SERIATE con invio del modulo allegato al regolamento debitamente compilato in busta chiusa recante la dicitura "RISERVATA PERSONALE";

c) "brevi manu" con consegna del modulo allegato al regolamento, debitamente compilato, personalmente al RPCT; d) incontro diretto con il RPCT su richiesta del segnalante;

e) appuntamento telefonico con il RPCT al nr. 035/3063730 la segnalazione viene raccolta durante lo stesso colloquio, verbalizzato mediante resoconto dettagliato della conversazione, previo consenso alla registrazione ai sensi del GDPR 2016/679;

f) messaggistica vocale al nr. 035/3063801 (linea dotata di segreteria automatica che permette la registrazione di messaggi vocali, nel corso dei quali il segnalante, previo consenso alla registrazione ai sensi del GDPR 2016/679, potrà effettuare la segnalazione).

La segnalazione è sottratta all'accesso agli atti amministrativi e al diritto di accesso civico generalizzato, pertanto non può essere oggetto di visione né di estrazione copia da parte dei richiedenti.

Eventuali segnalazioni anonime, non palesemente infondate, sono trattate con modalità ordinarie. Il RPCT provvede a comunicare la segnalazione al Dirigente della struttura di appartenenza dell'autore della violazione segnalata affinché provveda all'adozione dei provvedimenti disciplinari di competenza, di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 55 bis del D. Lgs. 165/01.

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

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

Responsabile: RPCT

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

Indicatore: Report inviato a Regione Lombardia

Modalità di verifica dell'attuazione: Trasmissione a Regione Lombardia

d) Incarichi extraistituzionali

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

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

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'Azienda 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.

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

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

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

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

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Tempistica: Precedente al rilascio dell'autorizzazione

Indicatore: n. incarichi autorizzati sul numero di istanze.

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

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

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

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

La clausola che prevede il divieto di pantouflage è stata inserita nei contratti di assunzione di personale stipulati dall'Amministrazione, relativamente alle aree sopra indicate e nei contratti di lavoro autonomo, con esclusione di quelli riferiti a prestazioni sanitarie.
Sono attuate le misure per prevenire il pantouflage secondo quanto indicato da Anac nel PNA 2022.

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

Tempistica: al momento dell'assunzione (per le nuove assunzioni) /conferimento incarico
Al momento della cessazione dei contratti di lavoro (per i dipendenti già assunti) /incaricati

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: numero dichiarazioni raccolte/numero cessati

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 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

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.

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la gestione del conflitto di interessi, che non è di per sé una condotta illecita, ma una situazione di fatto che può, se non correttamente gestita, diventare un precursore della corruzione e/o dell'illecito.

L'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 *bis* della 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 nel Codice di comportamento aziendale.

Il citato art. 7, rubricato "Obbligo di astensione", contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse, oltre ad 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 Dirigente sovraordinato. 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.

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

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

Tempistica: costante

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

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

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

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

Tempistica: costante

Responsabile: Distretti, Serd, Ordinatori di Spesa

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

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

h) Dichiarazione di interessi

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

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 inconferibilità di incarichi dirigenziali](#)

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

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

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

effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Per "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).

A differenza dell'inconferibilità, la causa di incompatibilità decade se l'interessato rinuncia ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

L'ANAC, al fine di evitare dubbi interpretativi e applicativi, ha ritenuto di adottare la delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, interamente sostitutiva della precedente delibera n. 58/2013, con la quale ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità 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 inconferibilità previste dagli art. 5 e 8 D.Lgs. n. 39/2013;
2. acquisizione annuale di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 2, D.Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dagli art. 10 e 14 D.Lgs. n. 39/2013;
3. pubblicazione delle dichiarazioni di cui ai punti precedenti sul sito web istituzionale >Amministrazione trasparente >Personale >Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo.

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

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

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

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

Responsabile: 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.

Le situazioni di incompatibilità, oltre ad essere indicate nei Capi V (incompatibilità tra gli incarichi nelle PA e negli enti privati in controllo pubblico e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA nonché lo svolgimento di attività professionale) e VI (incompatibilità tra incarichi nelle PA e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico) del D.lgs. n. 39/2013, sono previste anche:

- nell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 (incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi);

- nell'art. 60 del DPR n. 3/1957 (casi di incompatibilità) che prevede che è vietato, per tutti i dipendenti pubblici, l'esercizio del commercio e dell'industria, di alcuna professione o l'assunzione di impieghi alle dipendenze di privati ovvero l'assunzione di cariche in società costituite al fine di lucro. In proposito si rileva, a titolo esemplificativo e non esaustivo, che anche la carica di Direttore Sanitario di una struttura sanitaria costituisce situazione di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con l'Azienda e, più in generale, con il SSN;

- nell'art. 4, comma 7 della L. n. 412/1991 (assistenza sanitaria). Ai sensi di tale articolo con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso

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

Pertanto, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro, tutti i dipendenti devono rendere una dichiarazione ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 relativa alla insussistenza di situazioni di

incompatibilità ed inconfiribilità. Identica dichiarazione deve essere resa dai dirigenti titolari di incarico e dai dipendenti investiti di funzioni dirigenziali, ivi compreso il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore Socio Sanitario. L'assenza di cause di incompatibilità/inconfiribilità deve sussistere per tutta la durata dell'incarico e, in caso di variazione di quanto dichiarato, il titolare è obbligato a comunicarlo tempestivamente all'Azienda.

Obiettivo: verifica insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità

Tempistica: anteriore al conferimento dell'incarico

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

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

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

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

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

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

L'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tempistica: prima della nomina dei membri della Commissione

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

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 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.

In ossequio a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 ovvero che , laddove *"non sia possibile utilizzare la rotazione "ordinaria" come misura di prevenzione della corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi.*, sono state adottate misure alternative, tese a evitare il controllo esclusivo dei processi, come la segregazione delle funzioni e il rafforzamento della trasparenza con la compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio attraverso la condivisione informatica delle cartelle di lavoro (trasparenza interna). Compatibilmente con l'organizzazione dell'unità operativa, le risorse e le competenze specifiche e/o professionali, almeno due operatori sono preposti al medesimo processo e/o fase del processo.

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 30.11.2024

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 tutte le professioni: con deliberazione n. 1022 del 27/12/2023 è stato approvato il Piano formativo aziendale anno 2024 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 2023 in modalità e-learning, in continuità con gli anni precedenti, si è svolta una formazione generale obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza ai nuovi assunti e agli operatori che non hanno concluso il percorso nelle precedenti edizioni. Corso FAD in erogazione: 336 iscritti, di cui 194 hanno completato il percorso formativo, superando il questionario di apprendimento. I restanti iscritti verranno re-iscritti per l'anno 2024.

E' prevista una formazione specifica sul Codice di comportamento aziendale successiva all'aggiornamento dello stesso, a seguito della emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 81/2023)

La formazione specifica sul Codice di comportamento aziendale prevista successivamente all'aggiornamento dello stesso, è stata posticipata alla emissione del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 81/2023).

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.

Sono stati effettuati incontri individuali con i Referenti anticorruzione per l'applicazione delle nuove indicazioni metodologiche di gestione del rischio introdotte da Anac con il PNA 2019.

Il RPCT, con collaboratore, ha partecipato ai corsi formativi organizzati da Anac, da ORAC (ciclo di incontri "Orac incontra"), da ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

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

Per l'anno 2024 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**: Diffusione e conoscenza del Codice di comportamento alla luce degli aggiornamenti normativi (DPR 81/2023) rivolta a tutte le professioni

Obiettivo: divulgazione del nuovo codice di comportamento rivolta a tutte le professioni

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.

E' prevista attività di formazione interaziendale e multidisciplinare sulle procedure amministrativo – contabili PAC organizzato da DG Bilancio e CERISMAS rivolta agli Internal Audit aziendali.

2.3.7.2 MISURE SPECIFICHE

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

L'ASST Bergamo Est ha recepito le indicazioni regionali connesse al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci e nell'anno 2019 ha concluso il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci sulla base delle indicazioni e delle scadenze regionali di cui alla L.R. n. 23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del D.M.1/3/2013 e della D.G.R. n. 7009/2017.

Con delibera n. 310 del 10/04/2020 "Preso atto del completamento del percorso attuativo della certificabilità del bilancio dell'Asst di Bergamo Est di cui alla DGR XI/3014 del 30/03/2020" il PAC è stato dato per concluso e quindi è formalmente in vigore.

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.

Il consolidamento del PAC, con particolare riferimento al monitoraggio dell'effettivo livello di implementazione delle procedure, avviene attraverso:

- la definizione di strumenti per l'auto-valutazione aziendale (check list);
- lo svolgimento di momenti formativi interaziendali.

Emerge, quindi, l'esigenza di:

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

Con CERISMAS, in collaborazione con la UO Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario della DC Bilancio e Finanza di Regione, sono previsti, nel corso del 2024, momenti formativi per la restituzione e discussione dei risultati emersi dalla compilazione, da parte delle aziende, della check list di autovalutazione relativa alle procedure PAC adottate.

L'obiettivo è riflettere sull'effettivo impatto delle procedure PAC sulla qualità dei dati di bilancio, rilevare lo stato dell'arte dei controlli interni con la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali ognuno con il focus su una particolare procedura al fine di individuare le "best practice" da condividere con tutte le aziende del SSR di R.L.

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

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

Le procedure PAC relative alle immobilizzazioni sono state revisionate (REV 2 30/11/2023)

H) Area Patrimonio Netto

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

Le procedure PAC relative al patrimonio netto sono state revisionate (REV 1 30/11/2023)

E) Area Rimanenze

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

Le procedure PAC relative alle rimanenze di magazzino sono state revisionate (REV 1 30/11/2023)

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

E' stata aggiornata la procedura Gestione Tesoreria Area G) Disponibilità Rev. 1 24/02/2023

I) Area Debiti e Costi

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

La procedura PG 7.5 011 Rev. 8 (maggio 2019) disciplina la gestione del CUP.

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

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

Sono state revisionate le procedure:

Acquisto di beni di consumo sanitari e non sanitari Rev. 1 02/04/2021

Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale Rev. 1 03/05/2021

Acquisto di servizi sanitari Rev. 2 31/07/2023

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

Tempistica: entro 30/06/2024 e aggiornamento costante

Responsabile: SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

Indicatore: pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

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.

b) Procedure contratti pubblici² :

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto.

L'entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al d.lgs. 36/2023 (nel seguito, anche “nuovo Codice”) e la conferma di diverse norme derogatorie contenute nel d.l. 76/2020 e nel d.l. n. 77/2021 riferite al d.lgs. 50/2016 (nel seguito, anche “vecchio Codice” o “Codice previgente”), hanno determinato un nuovo quadro di riferimento, consolidando, al contempo, alcuni istituti e novità introdotte negli ultimi anni. Aspetto particolarmente significativo e che ha ispirato anche il presente Aggiornamento, attiene al fatto che molte disposizioni semplificatorie e derogatorie previste dalle norme susseguitesi nel corso degli ultimi anni (d.l. 32/2019, d.l. 76/2020, d.l. 77/2021) sono state, per un verso, riproposte nel nuovo Codice e quindi introdotte in via permanente nel sistema dei contratti pubblici e, per altro verso, confermate per i progetti finanziati con fondi PNRR/PNC anche dopo la data di efficacia del d.lgs. 36/2023, ai sensi della disciplina transitoria dallo stesso recata dall'art. 225, comma 8, e dalla Circolare del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (MIT) del 12 luglio 2023 recante “Regime giuridico applicabile agli affidamenti relativi a procedure afferenti alle opere PNRR e PNC successivamente al 1° luglio 2023 - Chiarimenti interpretativi e prime indicazioni operative”.

L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina pertanto la seguente tripartizione:

a) procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. “procedimenti in corso”, disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);

b) procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;

² Tratto da PNA 2023

c) procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

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

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

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

Il patto di integrità e il patto anticorruzione rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Azienda come presupposto necessario condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. 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.

E' stato inserito negli avvisi e nei bandi di gara la clausola di salvaguardia in caso di mancato rispetto del patto di integrità.

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.

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

Obiettivo: 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 della ASST Bergamo Est, di cui si richiede il mantenimento del trend in diminuzione:

ANNO 2021					
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					
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%

ANNO 2023					
VALORE CHIUSURA IV CET	CONSIP	ARIA	GARE AGGREGATE	CONCESSIONE	ACQUISTI AUTONOMI
72.292.920	5.239.639	30.866.628	21.377.058	3.215.914	11.593.681
	7%	43%	30%	4%	16%

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 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).

Tecnicamente l'universo di indagine è generalmente³ rappresentato dagli acquisti agganciati nel sistema gestionale-contabile ad:

³ L'universo preso in esame fa riferimento ai Beni e Servizi gestiti con ordini.

- un “contratto⁴ generale”, convenzionalmente creato all’inizio di ciascun anno dalla Ragioneria per ciascun ordinatore di spesa con “autorizzazione preventiva”;
- a specifici “contratti” riconducibili a singole determinazioni dirigenziali.

Dando evidenza al:

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

	AZIENDA Ordini agganciati a:	2021	2022	2023	Plafond 2021 delib. 1184/20	Plafond 2022 delib. 1308/21	Plafond 2023 Delib. 1134/22
A1)	CONTRATTO GENERALE	1.896	1.473	1.339	3.197	3.226	3.001
A2)	DETERMINA	3.081	3.709	4.049			
B)	DELIBERE	47.269	50.720	51.201			
	TOTALE	53.006	56.780	57.323			
I1	% <u>A1</u> SU TOT	4%	3%	2%			
I2	% <u>A1 e 2</u> SU TOT	11%	11%	11%			

Monitoraggio Acquisti Beni e Servizi* - Anno 2023 Aggiornato al 27/01/2024

Anni 2019-20-21-22 estrazione 20/02/2023.

Importi €/1.000

*Fonte: Universo Ordini; esclusi Conti Patrimoniali Campo Importo Ordinario
Elaborazione informatica

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, monitorino 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: annuale

Responsabile: Controllo di Gestione per reportistica

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

⁴ In questo contesto il termine contratto fa riferimento al blocco di controllo previsto nel sistema di magazzino-ordini.

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 monitoraggi

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.
- Delibera n. 513 del 29/05/2019: Piano attuativo della certificabilità (PAC) del bilancio dell'ASST di Bergamo Est con cui 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”*.

Con delibera n. 664 del 23/08/2023 si è preso atto dell'avvio effettivo del servizio di ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e di riconciliazione dei valori contabili affidato con deliberazione n. 329 del 08/04/2021.

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

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

Obiettivo:

Report ricognizione beni inventariali

Tempistica: 30.11.2024

Responsabile: SC Gestione Acquisti e Logistica

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

Modalità di verifica dell'attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2024 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.

ORAC disporrà un approfondimento in relazione al rapporto intercorrente tra la clausola T&T e il D.lgs. 36/2023 con peculiare focus in tema di appalti e digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti attraverso la banca dati unica in fase di realizzazione (Piano annuale attività di ORAC anno 2024).

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

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

Sono state adottate:

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

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

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

Con deliberazione n. 265 del 16.03.2022 è stato nominato RUP per gli interventi rientranti nel PNRR – Missione 6 Salute l’Arch. Massimo Puricelli Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale e con deliberazione n. 455 del 28.04.2022 è stato nominato RUP per gli interventi rientranti nel PNRR – M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario la dr.ssa Paola Mangili, Dirigente del Servizio Informativo Aziendale. Con deliberazione n. 328 del 13.04.2023 è stato nominato il Responsabile aziendale del progetto attuativo dell’obiettivo PNRR “Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare” e contestuale indicazione del CUP.

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

Tempistica: 30.11.2024

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

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell’attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2024 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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

Tempistica: 30.11.2024

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

Indicatore: fatto/non fatto

Modalità di verifica dell’attuazione: Invio al RPCT entro il 30.11.2024 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 riciclaggio⁵, il quale avrà il compito di:

- valutare ed inviare alla UIF, in presenza di uno degli indici di anomalia di cui all'allegato A del Decreto stesso, una segnalazione, ai sensi dell'art. 41 del decreto antiriciclaggio (D.Lgs n. 231 del 21.11.2007), "quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo".
La segnalazione è trasmessa senza ritardo alla UIF in via telematica, attraverso la rete internet, tramite il portale 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’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

⁵ Provv. 23-4-2018 del Direttore dell’Unità di informazione finanziaria per l’Italia.

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.

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

Obiettivo: - Attuare misure di sicurezza digitale

Tempistica: costante

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 aggiornato il Regolamento sull'istituto del patrocinio legale a favore dei dipendenti (approvato con deliberazione n. 720 del 20/09/2023).

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 s.m.i. 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 Codice degli appalti;
- 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 8 revisionata in data 7 aprile 2022 "Gestione Lista d'attesa di ricovero e ambulatoriali (BIC/BOCA e MAC)".

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

E' attivo il monitoraggio dei tempi d'attesa mensile tramite piattaforma SMAF.

Le agende risultano tutte esposte alla rete di prenotazione regionale.

Eccetto le visite/prestazioni previste dalla DGR 1129 del 16/10/2023, le visite/prestazioni sono prenotabili alla rete di prenotazione regionale

Sono attivi n.4 canali di prenotazione: CCR, CUP, Farmacie e cittadino (on line).

L'offerta ambulatoriale è sottoposta alla valutazione programmatica della Direzione e le modalità di attuazione sono verificate dal RUA.

Il RUA prende in carico eventuali segnalazione di mancanza di disponibilità tramite l'URP.

Viene applicato il PRGLA 2019-2021 (DGR 1865 del 2019).

Le informazioni sui percorsi di tutela e sugli ambiti di garanzia sono pubblicati sul sito internet

La definizione delle classi di priorità viene definita dal RUA sulla base dei tempi d'attesa calcolati mensilmente

Un medico specialista può proporre l'inserimento di una visita/prestazione in forzatura purchè non vada in conflitto con l'offerta ambulatoriale presente nella rete regionale di prenotazione, sia aggiuntiva rispetto all'offerta e sia motivata dalle condizioni cliniche dell'utente. L'uso reiterato delle "forzature" deve essere sottoposto alla valutazione del Direttore della SC, DMP e DS.

Il RUA nell'attuazione del percorso di tutela può attingere all'offerta ambulatoriale anche modificando in via eccezionale l'assegnazione delle classi di priorità per i casi specifici.

Le liste operatorie sono gestite tramite piattaforma informatica dedicata con la possibilità di visualizzare lo "score" per l'ordine di chiamata.

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.

ORAC, al fine di ottenere le informazioni necessarie a condurre analisi ed approfondimenti, ritiene opportuno utilizzare la somministrazione di questionari di autodiagnosi che verranno elaborati ed impiegati nel corso del 2024 (ORAC Piano annuale attività 2024).

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

2) Implementazione del software gestionale

Tempistica: semestrale

Responsabile: 1) Direzioni Mediche di Presidio

2) Direzione Sanitaria

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.

n) 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,

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 predispona 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.

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

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

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

Tempistica: 30/11/2024

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 30.11.2024 che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra.

n) Informatori scientifici

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

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

regalie da parte degli informatori e/o distribuzione farmaci;

vantaggi economici in cambio di prescrizioni;

L'ASST Bergamo Est, con deliberazione n. 643 del 23/06/2021, ha approvato il "Regolamento aziendale per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici", con cui è stato aggiornato il precedente Protocollo aziendale PT_DIRSA_0045 (Rev 0 marzo 2019) "Modalità operative per l'accesso degli informatori medico scientifici" che richiamava il Regolamento aziendale (delibera n. 459 del 17/07/2006 e successiva delibera n. 367 del 24/05/2007).

Inoltre sono state adottate: la procedura aziendale "Gestione clinica del farmaco" PG 7.5 016, - e il Protocollo "modalità di accesso" PT DIRSA 0052.

Nel corso del 2023 è stato effettuato un audit riguardo la gestione dell'attività degli informatori scientifici all'interno dell'Azienda.

Obiettivo: Attuare le azioni di miglioramento previste dall'audit svolto nel 2023

Tempistica: 30.11.2024

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

Indicatore: Follow up audit

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT di una relazione entro il 30.11.2024 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.

Obiettivo: Trasparenza

Tempistica: costante

Responsabile: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Indicatore: Pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei contratti di sponsorizzazione

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

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.

Obiettivo: Trasparenza

Tempistica: costante

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

Indicatore: Pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei contratti di sponsorizzazione

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

r) Sperimentazioni

Con Deliberazione n. XI/6726 del 25/07/2022 la Giunta Regionale ha ridisegnato l'organizzazione dei Comitati Etici della Regione Lombardia.

La segreteria afferente (attualmente assegnata alla SC Affari Generali e Legali) tiene i contatti con il Comitato Etico di Bergamo (CE).

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

s) Rifiuti sanitari

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

Il servizio di raccolta e smaltimento rifiuti, nelle more dell'attivazione della nuova convenzione, è stato affidato, da ultimo, con deliberazione n. 815 del 23/10/2023, fino al 23/10/2024.

Con determinazione n. 636 del 27/04/2021 è stato aggiudicato l'affidamento del servizio di consulenza ADR per tutte le Strutture, Ospedali e Servizi Territoriali dell'ASST Bergamo Est, per il periodo 01.06.2021 – 31.05.2024.

Il consulente ADR ha effettuato un audit in data 14/12/2022, finalizzato alla verifica della corretta applicazione delle disposizioni vigenti in merito al trasporto di merci pericolose, in relazione agli specifici obblighi in capo allo spedite, imballatore e destinatario, definiti all'interno del capitolo 1.4 dall'Accordo ADR.

Inoltre, ha redatto le relazioni annuali ADR relative all'anno 2021 - rev. 0 28/02/2023 - per i siti di Seriate, Calcinante, Alzano Lombardo, Gazzaniga, Lovere, Piario.

In ordine alle modalità di raccolta e conferimento rifiuti presso le piazzole ecologiche sono state predisposte le seguenti procedure: PT DIRMS 0023 rev0 dicembre 2022 presso Ospedale di Seriate; PT DIRMA 0025 REV0 dicembre 2022 rev. 1 19.06.2023 di integrazione presso Ospedale di Alzano Lombardo; PT DIRMG 0013 rev0 dicembre 2022 presso Ospedale di Gazzaniga; PT DIRMP 0021 rev0 giugno 2023 presso Ospedale di Piario e Lovere.

E' stata revisionata la procedura di gestione dei rifiuti "Il rifiuto questo sconosciuto" PT IGOSP 0012 Rev. 6 Febbraio 2022 con check-list controlli ADR e la procedura generale "Gestione rifiuti" PG 7.5 004 Rev. 4 - Febbraio 2022.

Con deliberazione n. 915 del 3/10/2022 si è costituito il Gruppo di Lavoro Green Team in tema di sostenibilità ambientale relativamente alla gestione dei rifiuti ospedalieri a rischio infettivo. Al 30/06/2023 si è svolta un'attività di verifica delle modalità operative di gestione del rifiuto, dalla produzione alla raccolta nell'Halipack e correzione delle non conformità rilevate. Dall'indicatore di monitoraggio consistente nei Kg di rifiuti ospedalieri a rischio infettivo prodotti si evince una riduzione.

In tema di alimentazione sostenibile, sono state identificate possibili aree di intervento per ridurre lo spreco alimentare. Il Gruppo di Lavoro Green Team ha individuato come indicatore una riduzione del rifiuto umido - Rifiuti umidi prodotti (confronto anno 2024 vs 2023-->valore atteso = riduzione produzione rifiuto umido).

Riguardo alla formazione è stato svolto un corso ADR in data 16/06/2023, rivolto a operatori del Servizio Igiene Ospedaliera e delle Direzioni Mediche, con oggetto: "Inquadramento normativo, Struttura ADR, ADR 2023: principali novità, ruoli e responsabilità, principi di classificazione ADR, etichettatura/marcatura/pannelli arancioni, controlli documentali: autisti, mezzi, documenti, equipaggiamenti, sanzioni, esenzioni, security".

Obiettivo: Monitoraggio corretta applicazione della procedura gestione rifiuti

Tempistica: costante

Responsabile: Igiene Ospedaliera / Direzioni Mediche di Presidio

Indicatore: fatto/non fatto

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

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

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

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

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

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

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

- Sul sito web ► Amministrazione Trasparente ► Altri contenuti ► Anticorruzione e Trasparenza, è stato 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 2023, rispetto ai giudizi espressi nell'anno 2022, si registra un incremento significativo da un punteggio medio di 3,68 a 3,99

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

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

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

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

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

I processi possono essere sottoposti a modifiche e integrazioni, in particolare in ordine alle nuove esigenze emerse a seguito dell'emergenza sanitaria, al PNRR e al nuovo assetto organizzativo previsto dal POAS 2022/2024.

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

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.

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.

Considerata la numerosità e complessità dei processi previsti nella mappatura allagata al Piano, di norma, il RPCT richiede ai Responsabili di struttura un monitoraggio di primo livello in autovalutazione, con il riferimento alle evidenze documentali relative all'effettiva adozione delle misure.

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

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

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

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

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

2) MONITORAGGIO DELLE MISURE GIA' IN ESSERE

Tempistica: Prevista nella mappatura del rischio

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

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

Modalità di verifica dell'attuazione: invio al RPCT entro il 30.11.2024 di una relazione che attesti lo stato di attuazione di quanto sopra

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 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 del Coordinamento delle attività istituzionali ed erogative nell'ambito della Direzione Sanitaria, il report di invio trimestrale ALPI effettuato tramite piattaforma regionale SMAF.

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha istituito un registro 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 ss.mm.ii, vengono raccolti annualmente dal RPCT in una relazione che viene trasmessa all'organismo indipendente di valutazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) e pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

Supporto al monitoraggio è fornito dall'**Internal Auditing (IA)**, che 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.

Di seguito gli audit anno 2023:

- 1) Procedura PAC "Gestione Casse di riscossione" Area Disponibilità Liquide

2) Informatori scientifici

3) Follow-up Audit svolto nel 2021 in merito “Transitional Care per lo scompenso cardiaco Cronico”

4) Servizi di assistenza specialistica odontoiatrica

Per il 2024, attraverso un’attività congiunta e coordinata tra Direzione Strategica, RPCT, SC Qualità Risk Management, SC Gestione Operativa – NextGenerationEU e SS Controllo di Gestione, Internal Auditing, sono stati individuati per il 2024 i seguenti audit:

1) Gestione dei contratti del servizio di smaltimento dei rifiuti sanitari;

2) Follow-up Procedura PAC “Gestione Casse di riscossione” Area Disponibilità Liquide

3) Gestione delle garanzie fidejussorie in carico;

4) Conformità delle attività alle disposizioni del PNRR;

5) Follow-up Audit svolto Informatori scientifici

6) Follow-up Audit Servizi di assistenza specialistica odontoiatrica

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.

L’ASST nel corso del 2023 ha risposto ai seguenti questionari/monitoraggi ORAC:

Questionario di autodiagnosi sul funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) – Missione 6 Salute;

Questionario di Autodiagnosi per la Valutazione dei Sistemi di Controllo Interno secondo “l’Internal Control Integrated Framework, c.d. CoSO Report”;

Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie degli enti SiReg – Follow up 2023

Indicazioni e Raccomandazioni ORAC:

- ✓ Deliberazione n. 13 del 18.12.2023 “Approvazione del Piano delle attività 2024”;
- ✓ Obiettivo 2 PdA 2023 Orac “Azione di presidio congiunto sulla attività di verifica straordinaria delle fideiussioni degli enti SiReg – Analisi dei riscontri forniti dagli enti SiReg alla nota congiunta di Orac e del Collegio dei revisori- Deliberazione ORAC n. 7 del 11.12.2023;
- ✓ Obiettivo 1 PdA 2023 Orac “Monitoraggio dello stato di adempimento delle Raccomandazioni dell’Organismo Regionale per le Attività di Controllo” – riguardo alle deliberazioni Orac n. 7 del 27.06.2022 e n. 20 del 20.12.22
- ✓ Obiettivo 2 PdA 2024 Orac “Impatto derivante dall’attuazione del PNRR” – riguardo l’attività di presidio all’attuazione del PNRR, attraverso lo strumento del questionario di autodiagnosi

- ✓ Deliberazione Orac n. 9 del 18 dicembre 2023: raccomandazione di metodo. (Nella logica dell'autovalutazione dei risultati del questionario di autodiagnosi per la Valutazione del Sistema di Controllo Interno secondo l'Internal Control Integrated Framework, c.d. COSO Report, è indispensabile che i singoli enti non disperdano il lavoro svolto, ma anzi portino a compimento il processo e, compiuto un esame critico dei risultati, impostino un piano di azione per colmare i gap evidenziati).

Tra le attività previste nel Piano annuale di attività 2024 ORAC, si rilevano, in particolare:

approfondimenti sulle procedure e sui meccanismi di controllo svolti dagli enti del SiReg anche attivando un monitoraggio in relazione agli adempimenti basilari previsti dalla normativa in materia (ad es. L. 190/2012, D.lgs. 33/2013).

mirata analisi delle novità apportate dall'approvazione del nuovo Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 36/2023) e sugli impatti in tema di controlli. L'Organismo porrà un'attenzione particolare alla materia degli appalti pubblici, anche in raccordo con la Guardia di Finanza, valutando l'elaborazione e l'adozione di indicatori di rischio tesi a realizzare una standardizzazione delle procedure di verifica in ogni fase delle procedure di gara.

approfondimenti in relazione al rapporto intercorrente tra la clausola T&T e il D.lgs. 36/2023 con peculiare focus in tema di appalti e digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti attraverso la banca dati unica in fase di realizzazione.

Di seguito i regolamenti aziendali che sono stati adottati nel corso del 2023:

Regolamento Aziendale per la gestione delle situazioni di conflitto di interesse (approvato con delibera N. 924 del 30/11/2023),

Regolamento aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del Comparto Sanità (ex Legge 43/20063 ai sensi dell'art.3-quater del D.L. 127/2021 e s.m.i. e dell'art.13 del D.L. 34/2023 convertito in Legge 56/2023) - approvato con deliberazione nr. 932 del 30/11/2023,

Regolamento per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (Delibera n. 824 del 26/10/2023)

Regolamento Patrocinio legale a favore dei dipendenti (approvato con deliberazione n. 720 del 20/09/2023)

Regolamento Orario di lavoro - Area del Comparto in vigore dal 01/07/2023 (approvato con deliberazione n. 646 del 17/08/2023)

Regolamento per gestione delle segnalazioni di condotte illecite e relative forme di tutela del dipendente dell'ASST Bergamo Est (whistleblower) (approvato con delibera N. 556 del 06-07-2023)

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, con l'allegato 9 al PNA 2022, e con l'allegato I alla delibera 264/2023 (integrata con delibera 601 del 19/12/2023).

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 2024 si dovrà proseguire ad implementare **l'informatizzazione del flusso per la pubblicazione** dei dati:

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

A tale fine il SIA ha il compito di:

fornire indicazioni operative alle UUOO interessate alla pubblicazione;

riordinare i flussi di pubblicazione per rendere fruibile la consultazione di amministrazione trasparente (es. pubblicazioni tramite diverse softwarehouse)

Obiettivo:

1) Proseguire con l'attivazione dei canali nella nuova "Amministrazione Trasparente" e formazione alle UUOO interessate alla pubblicazione

2) Verificare e riorganizzare la pubblicazione in amministrazione trasparente (esempio bandi di gara e contratti)

Tempistica: 30.11.2024

Responsabile: Servizi Informativi Aziendali (SIA)

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

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

Coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance

Al fine di rafforzare la sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza in una logica di integrazione, si ritiene di mantenere un **percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance** che traduca 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 30.11.2024

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" 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

Considerati gli interventi gestiti con risorse del PNRR il RCPT, nel PIAO 2023/2025, aveva previsto l'implementazione e aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente", con l'inserimento della sottosezione "Attuazione misure PNRR" in cui pubblicare gli atti aziendali emanati per l'attuazione delle misure di competenza, come indicato con circolare n. 9 del 10 febbraio 2022 della RGS "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Trasmissione delle Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR".

Il RPCT ha sollecitato l'adempimento al Servizio informativo affinché predisponesse in Amministrazione Trasparente la sottosezione "Attuazione misure PNRR" secondo le indicazioni della RGS. Il Servizio Informativo è attualmente in attesa di riscontro da parte della softwarehouse in ordine alla possibilità di caricare i documenti direttamente dal software che gestisce le delibere. Ad oggi comunque le delibere PNRR sono pubblicate in Amministrazione trasparente con il richiamo nell'oggetto della voce "PNRR".

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

Tempistica: immediata

- 1) per la predisposizione delle sotto sezioni e gestione dei flussi: entro 30.11.2024
- 2) per la pubblicazione delle informazioni: in tempo reale

Responsabile:

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

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.

L'Azienda ha aggiornato gli obblighi di pubblicazione della sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione 1 livello – Bandi di gara e contratti, secondo le indicazioni contenute nell'allegato n. 9 al PNA 2022.

Digitalizzazione

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

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

digitalizzare le procedure per tutti gli appalti pubblici e concessioni e definire i requisiti di interoperabilità e interconnettività”.

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

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

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

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

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

In adempimento all’allegato 1 delibera di ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, è previsto un ulteriore aggiornamento riguardo agli obblighi di pubblicazione in “amministrazione trasparente” sottosezione “bandi di gara e contratti. Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

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

Tempistica:

1. per la predisposizione delle sotto sezioni e gestione dei flussi: entro 31.03.2024

2. per la pubblicazione delle informazioni richieste: tempistica prevista nell’allegato n. 1 delibera ANAC 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023

Responsabile: punto 1: SIA

Punto 2: Ordinatori di spesa – SIA – Comunicazione aziendale e relazioni esterne istituzionali

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

Dal 2024, enti e pubbliche amministrazioni non dovranno più compilare e pubblicare il file XML contenente il riepilogo dei contratti in essere nell'anno precedente, né inviare entro il 31 gennaio ad ANAC via PEC la dichiarazione di avvenuta pubblicazione del file nella propria sezione Amministrazione Trasparente.

Con il nuovo Codice dei contratti pubblici, che ha abrogato l'art.1 comma 32 della legge n.190/2012, e la digitalizzazione degli appalti e delle concessioni, pienamente attuata dall'1 gennaio scorso, viene meno l'obbligo di pubblicazione, sul sito della stazione appaltante, del file XML predisposto secondo le specifiche tecniche emesse da ANAC. Allo stesso modo viene meno l'obbligo di successiva comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dell'url a cui tale file è stato pubblicato.

Erogazioni liberali nell'emergenza

In ordine alle donazioni legate all'emergenza sanitaria, anche come previsto dall'art. 99 comma 5 del Decreto Legge n.18/2020 (cosiddetto "Decreto Cura Italia"), convertito con L. n.27/2020, ASST Bergamo Est, al fine di assicurare la massima trasparenza, pubblica un prospetto riepilogativo dell'ammontare delle donazioni in denaro ricevute in ragione dell'emergenza Covid 19 e del loro impiego. Anac con Comunicato del Presidente del 29/07/2020 e successiva integrazione del 07/10/2020 ha fornito le istruzioni per attuare la trasparenza, in ossequio all'art. 99 comma 5 del D.L. 18/2020 convertito in legge 27/20, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione e garantire la conoscibilità delle erogazioni secondo uno schema uniforme che consenta la comparazione dei dati essenziali. Pertanto ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute. La norma dispone che, al termine dello stato di emergenza nazionale da Covid 19 tale separata rendicontazione venga pubblicata.

L'aggiornamento della pubblicazione del prospetto riepilogativo delle donazioni verrà pubblicato 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

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

L'art. 12, comma 1, lettera a), della legge n. 120 del 2020 ha introdotto nell'art. 2 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 il comma art. 4-bis, secondo il quale: "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".

Occorre, pertanto, attendere l'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la effettiva reintroduzione di tale obbligo di pubblicazione.

E' in corso l'aggiornamento della 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.

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:

- La Corte Costituzionale, con sentenza n. 20/2019, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14 comma 1 bis 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 e reddituale (art. 14, comma 1, lettera f) dello stesso decreto, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali dei massimi vertici amministrativi dei ministeri (art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 165/2001), rimettendo al legislatore, *“nell'ambito dell'urgente revisione complessiva della materia, sia prevedere eventualmente, per gli stessi titolari degli incarichi dirigenziali indicati dall'art. 19, commi 3 e 4, modalità meno pervasive di pubblicazione, rispetto a quelle attualmente contemplate dal d.lgs. n. 33 del 2013, sia soddisfare analoghe esigenze di trasparenza in relazione ad altre tipologie di incarico dirigenziale, in relazione a tutte le pubbliche amministrazioni, anche non statali.”*

- ANAC, con delibera 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;

- Regione Lombardia, 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 attendessero 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 (nota del 10/10/2019)

Con successiva nota del 28/11/2019 Regione Lombardia aveva ritenuto che si dovesse soprassedere anche alla raccolta dei dati.

- ANAC, con delibera n. 1126 del 4.12.2019, aveva sospeso l'efficacia della delibera ANAC n. 586/2019, limitatamente alla pubblicazione dei dati patrimoniali dei dirigenti di struttura complessa alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21.11.2019, che aveva sospeso la deliberazione della ASL di Matera con cui veniva richiesta a dirigenti di struttura complessa la trasmissione dei dati ex art. 14 co 1 lett.f) D.Lgs 33/2013, fino alla definizione nel merito del giudizio;

- L'art. 1, comma 7, D.L. n. 162 del 30.12.2019 (cd. Milleproroghe 2020), convertito in legge 20.02.2020, n. 8, ha previsto entro il 31 dicembre 2020 - termine differito al 30 aprile 2020 dal D. L. 31 dicembre 2020, n. 183 (cd. Milleproroghe 2021), convertito in legge 26.02.2021, n. 21 - 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. Regolamento che ad oggi non è ancora stato emanato;

- Con sentenza n. 12288/2020, il TAR del Lazio aveva escluso l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali per i medici responsabili di struttura complessa, ritenendo che tale obbligo riguardasse le figure dirigenziali effettivamente apicali e, in risposta ai chiarimenti richiesti da ANAC circa la citata pronuncia 12288/2020, con sentenza n. 6045/2021, ha interpretato in via autentica l'annullamento dell'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali solo a carico dei dirigenti sanitari a capo di struttura complessa;
- La circolare MEF n. 12 del 22.03.2023;
- in ragione di quanto previsto dalla Circolare MEF n. 12 del 22.03.2023⁶ e della complessità della normativa di riferimento e giurisprudenziale, su richiesta del Collegio Sindacale riunitosi nella seduta del 20.07.2023, il RPCT ha formulato a Regione Lombardia una richiesta di interpretazione e aggiornamento anche in ordine ai soggetti tenuti alla pubblicazione;
- Regione Lombardia, a garanzia di una univoca interpretazione della questione e a tutela della piena autonomia di ciascun ente del SSR, ha suggerito di sottoporre il quesito ad ANAC, la cui posizione assume rilievo dirimente, in ragione della funzione consultiva di competenza della stessa;
- Pertanto, è stato richiesto un parere ad ANAC, la quale con Parere Fascicolo URAV n. 4862/2023, ha ritenuto che “allo stato la delibera n. 586 del 26.06.2019⁷ resta validamente applicabile nei confronti della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale (e cioè direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore generale) e dei direttori di Dipartimento, per i quali occorre procedere alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali, con esclusione dei soli direttori di struttura complessa”.

In adempimento a quanto stabilito da ANAC, il RPCT ha richiesto la pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali in capo alla Direzione Strategica.

Su disposizione del Collegio Sindacale si è soprasseduto alla pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei Direttori di Dipartimento, in attesa di ulteriori approfondimenti.

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.

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 07/07/2023 degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalla normativa vigente (come da deliberazione ANAC n. 203/2023).

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 per il 2024, alla luce dell'esperienza maturata durante il periodo dell'emergenza e dalla rivalutazione dello SW da parte di alcuni Responsabili, attivare una nuova mappatura delle attività ed intervenire sul vigente Regolamento adeguandolo alla recente normativa e alle previsioni contenute nei CC.CC.NN. LL. delle diverse aree contrattuali con l'obiettivo di favorire l'accesso a tale modalità di lavoro, fermo restando il rispetto delle condizionalità e dei requisiti previsti nella regolamentazione, la compatibilità con le esigenze di servizio della struttura, l'assenza di una diminuzione di produttività, sia in termini di quantità che qualità del lavoro svolto, il rispetto delle scadenze previste e la non sussistenza di situazioni di lavoro arretrato.

Nei prossimi anni 2025 e 2026, valutati i dati di adesione e le informazioni raccolte, sarà possibile valutare iniziative e interventi utili al fine di promuovere e incentivare il lavoro agile in termini di investimenti tecnologici, iniziative di formazione, revisione delle procedure aziendali.

Tali attività riguarderanno in particolare:

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

3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA AL 31/12/2023

fonte: - DGR XII/669 del 17/07/2023 "Approvazione PTFP 2023 - 2025 dell'ASST BG EST"

DO 2023	OSPEDALE			TERRITORIO							TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU									
Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	341	25	42	2	1	1	36,00	0	2	16,00	58	399
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	19	0	0	0	0	0	26,00	0	0	12,00	38	57
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	0	0	0	0	0	-	0	0	3,00	3	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	5
DIRIGENZA TECNICA	2	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10	0	0	1	0	0	-	0	0	1,00	2	12
TOTALE DIRIGENZA	379	25	42	3	1	1	62	0	2	32	101	480
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IfeC)	905	117	116	0	22	0	100,00	0	0	35,00	157	1.062
OSTETRICA	78	6	0	0	0	0	-	0	0	14,00	14	92
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IfeC)	0	0	0	80	0	0	-	0	0	-	80	80
PERSONALE TECNICO SANITARIO	142	3	0	0	0	0	1,00	0	0	-	1	143
ASSISTENTI SANITARI	0	0	0	0	0	7	-	0	0	-	7	7
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	47	0	0	2	0	0	53,00	0	0	5,00	60	107
ASSISTENTI SOCIALI	0	0	0	8	0	0	17,00	0	0	8,00	33	33
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	162	1	0	0	0	0	1,00	0	0	1,00	2	164
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	236	41	0	23	1	0	26,00	0	0	-	50	286
AUSILIARI	42	1	0	0	0	0	2,00	0	0	-	2	44
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	232	6	0	27	2	0	4,00	0	4	53,00	90	322
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0
TOTALE COMPARTO	1.844	175	116	140	25	7	204	0	4	116	496	2.340
TOTALE COMPLESSIVO	2.223	200	158	143	26	8	266	0	6	148	597	2.820

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

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

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

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

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

Il PTFP riporta per ogni anno:

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

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

PTFP 2024 – 2026

Per la programmazione del PTFP 2024-2026, si è in attesa delle indicazioni dei competenti uffici della DG Welfare di Regione Lombardia, nonché dell'approvazione delle Regole di Sistema 2024 contenenti gli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge regionale n. 22/02021, del PNRR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri e di cui il PTFP deve tener conto.

Tenuto conto di quanto sopra la presente sezione del PIAO verrà integrata successivamente con il PTFP 2024 - 2026 approvato da Regione Lombardia.

La **Dotazione Organica anno 2024** che verrà elaborata dovrà in ogni modo tener conto degli **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

3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

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

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

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

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

Il ricorso al lavoro somministrato, che ha visto il suo picco durante l'emergenza COVID-19 e la Campagna Vaccinale Massiva, è 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.

Per l'anno 2024 il Piano Formativo Aziendale è stato approvato con delibera az. 1022 del 27.12.2023 e rappresenta il documento programmatico, esito della rilevazione del fabbisogno formativo espresso dai Dipartimenti/Aree aziendali, integrabile in corso d'anno in base alle necessità eventualmente emergenti.

In tema di sostenibilità ambientale e ecologica, sono state selezionate alcune iniziative dalla nelle quali si stimolerà i responsabili scientifici, delle singole iniziative, ad inserire degli interventi in tema di transizione ecologica.

Oltre alla progettualità interna, ricomprende iniziative quali la partecipazione alle iniziative di Accademia - POLIS Lombardia per l'attuazione di percorsi formativi multidisciplinari di elevata qualità e corretto equilibrio tra i fabbisogni di risorse umane del sistema e l'offerta formativa trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e cura, necessari per

l'implementazione del Sistema Sanitario Lombardo in coerenza con le previsioni del Piano Sociosanitario integrato Lombardo.

In tema di competenze digitali e sicurezza informatica sono riproposti per l'anno 2024 in continuità con il 2023 l'adesione al progetto SYLLABUS "Competenze digitali per la PA" promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica che mira a fornire strumenti per affrontare la specificità dei cambiamenti nei processi di lavoro nella PA dovuti alla digitalizzazione progressiva e il percorso, in collaborazione con Regione Lombardia, in tema di sicurezza informatica per gli Enti Sanitari dal titolo "Cyber Challenge", orientato ad incrementare la generale sensibilizzazione dell'utenza in materia di rischi legati alla sicurezza dei dati e delle informazioni che ha visto il coinvolgimento di tutto il personale aziendale.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR- MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2.b, l'azienda ha avviato le procedure richieste per l'avvio della formazione inserita nella Missione in oggetto, riguardante il "Corso di Formazione sulle Infezioni Correlate all'assistenza in Ambito Ospedaliero", che prevede percorsi formativi erogati per competenze in diverse modalità (FAD, Residenziale, sul campo).

La conferma di adesione al Bando INPS Valore PA 2023 (erogazione dei percorsi anno 2024) finalizzato alla selezione di corsi organizzati dalle università per la pubblica amministrazione e rivolti ai dipendenti, individuati all'interno dell'azienda in base al lavoro svolto e che potranno trarre, per sé e per l'amministrazione, i maggiori benefici dall'attività formativa.

L'Azienda ha riconfermato la candidatura negli organismi Regionali ECM di Commissione e Osservatorio al fine di essere partecipanti attivi al miglioramento continuo della formazione nel sistema sanitario lombardo.

Nell'ambito della partecipazione dell'Azienda all'interno dei gruppi di lavoro promossi e coordinati dal Referente Regionale ECM-CPD, nel 2023 è stato concluso il gruppo di lavoro intra aziendale per la realizzazione e l'erogazione di un percorso blended (e-learning e in presenza) finalizzato a sensibilizzare gli attori della formazione aziendali all'utilizzo responsabile del digitale in ambito formativo.

3.3.5 Piano per le azioni positive (CUG) – Triennio 2024/2026

Il presente Piano di Azioni Positive si inserisce nell’ambito delle iniziative promosse dalla ASST Bergamo EST per dare attuazione agli obiettivi di pari opportunità, così come prescritto dal D. Lgs. n. 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”

La strategia delle azioni positive si occupa di rimuovere gli ostacoli che le persone incontrano, in ragione delle proprie caratteristiche familiari, etniche, linguistiche, di genere, età, ideologiche, culturali, fisiche, psichiche e sociali, rispetto ai diritti universali di cittadinanza.

Il Codice delle pari opportunità tra uomo e donna (D. Lgs. n.198/2006) definisce le azioni positive come “misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l’occupazione femminile e realizzare l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro”.

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

Azione 1	Migliorare la conoscenza delle attività connesse al CUG tramite specifico corso on line e incentivare le occasioni di confronto con altri CUG.
Obiettivi	Favorire lo scambio di buone prassi tra CUG del territorio provinciale e regionale, con la Consigliera di Parità, e tra aziende. Implementare la conoscenza delle attività e delle funzioni del CUG.
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione mirata sulle funzioni, attività e iniziative promosse dal CUG. • Partecipazione alla rete regionale CUG Sanità Lombardia. per contribuire attivamente allo sviluppo di un coerente sistema regionale per la promozione della cultura di genere e della medicina di genere, della valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni all'interno dei luoghi di lavoro e sul territorio.
Attori coinvolti	Direzione Aziendale CUG SS Gestione giuridica, formazione e sviluppo delle Risorse Umane Consigliera di parità provinciale e regionale, rete regionale CUG Sanità Lombardia ATS
Tempi	Triennio 2024/2026

AREA BENESSERE ORGANIZZATIVO, DISCRIMINAZIONI, MOLESTIE E MOBBING

Azione 1	Proseguire la promozione e diffusione di iniziative finalizzate al benessere organizzativo e della salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale (D.Lgs. 81/08) in linea con il programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute - WHP Lombardia", alla luce anche degli accadimenti di portata storica che stiamo vivendo che pongono con forzail tema del wellbeing al primo posto dell’agenda dei governi, delle aziende e delle persone.
Obiettivi	Diffondere e migliorare buone pratiche mediante specifiche iniziative che impattino sul benessere mentale e fisico, sulla corretta alimentazione, sulla policy interna di “Azienda libera dal fumo”, sull’attività fisica. Definire e realizzare concretamente strategie di wellbeing all’interno del contesto aziendale finalizzate, per quanto possibile, a produrre significativi impatti benefici

Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • organizzazione di specifiche iniziative anche formative; • predisposizione e distribuzione di materiale informativo/formativo ad ogni dipendente; • focus groups, circle time groups o interventi di mediazione interne per favorire la collaborazione e la positiva gestione dei conflitti; • sportello di ascolto sulle tematiche del benessere organizzativo ed individuale; • individuazione di specifici spazi/strutture per svolgere attività fisica all'interno dell'azienda;
Attori coinvolti	<p>Direzione Aziendale SSCC Amministrative e Sanitarie DPSS e Dirigenza Medica, Gruppo aziendale di gestione Stress Lavoro Correlato Referenti WHP CUG</p>
Tempi	Triennio 2024/2026

Azione 2	Creazione di un protocollo per la gestione delle “Situazioni di Violenza Interpersonale e Discriminazione in Ambito Lavorativo” o “Discriminazione e Molestie – Violenze di genere sui posti di lavoro”
Obiettivi	Garantire una corretta gestione del percorso della persona che ha subito molestie, discriminazioni, violenze e mobbing nel contesto di lavoro, per diretta dichiarazione o anche solo sospetto (indiretta)
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Offrire una migliore accoglienza alle vittime creando un percorso specifico atto a garantire accoglienza, riservatezza e disponibilità all'ascolto. • Identificazione dei casi di sospetta violenza e aiuto alle vittime ad esplicitare i soprusi subiti • Standardizzazione delle attività per offrire alla vittima continuità assistenziale attraverso l'attivazione di un percorso di supporto concordato ed esterno all'ASST.
Attori coinvolti	<p>Direzione Aziendale, SSCC Amministrative e Sanitarie DPSS e Dirigenza Medica SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane CUG</p>
Tempi	Triennio 2024/2026

AREA PROMOZIONE POLITICHE DI CONCILIAZIONE VITA E LAVORO

Azione 1	Proseguire nell'attuazione delle pratiche lavorative che permettano la conciliazione dei tempi di lavoro con la vita privata quali il telelavoro e lo smartworking, tramite un'analisi delle sperimentazioni e degli utilizzi effettuati durante la pandemia, sulla base delle quali valutare l'introduzione di elementi migliorativi rispetto alla conciliazione dei tempi
Obiettivi	Promozione dell'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro Promozione di azioni per sostenere i dipendenti nel lavoro di cura familiare (anziani, minori...)
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguire, in coerenza con quanto previsto dalla normativa e dal Regolamento aziendale (Del. 1139/19), la sperimentazione dello smartworking come modalità di lavoro flessibile; • Ricognizione/individuazione/analisi di fattibilità/individuazione di possibili servizi per lavoratrici/lavoratori (es.: maggiordomo aziendale, servizio market, lavanderia, baby sitting, scuola estiva/invernale...) • Prime valutazioni degli strumenti più adeguati per favorire la conciliazione tra lavoro e vita familiare dei dipendenti, sempre più numerosi, che si occupano attivamente della cura di familiari anziani non autosufficienti; • Attivare controlli mirati agli accessi al parcheggio riservato al personale dipendente nonché al rilascio/ritiro delle autorizzazioni di accessi temporanei
Attori coinvolti	Direzione Aziendale SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane Referenti WHP CUG Enti e Reti territoriali (ASST, ATS, Comuni, Provincia ecc)
Tempi	Triennio 2024/2026

AREA ANALISI E GESTIONE RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO

Azione 1	Valutazione del rischio Stress Lavoro correlato
Obiettivi	Lo scopo della valutazione del rischio è di identificare e misurare i livelli di rischio presenti, evidenziare le criticità per intraprendere il programma delle misure di prevenzione e protezione
Descrizione	<p>Nel dicembre 2010 viene redatta la valutazione di rischio sulla base dell'analisi oggettiva proposta dall'INAIL, redigendo una scheda unica di indicatori aziendali per ogni singolo Dipartimento. Compresa la natura dei fattori oggettivi analizzati con la CHECK LIST ed attuate le misure di miglioramento identificate, in caso di rischio ALTO è necessario procedere alla valutazione soggettiva dello stress lavoro-correlato.</p> <p>La valutazione soggettiva coordinata dall'SSD Psicologia dell'ASST, consiste nella somministrazione di due questionari (HSE – Information about health and safety at work e MOC – indagine sulla salute organizzativa).</p> <p>Oltre alla valutazione del rischio Stress Lavoro correlato, che tiene conto delle periodiche indagini di Clima organizzativo, vengono condotte valutazioni di rischio specifiche per il rischio aggressioni, per il rischio rapina</p>
Attori coinvolti	La valutazione dei rischi è condotta dal servizio prevenzione e protezione, mentre il programma degli interventi viene definito dal gruppo di coordinamento per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro correlato costituito con delibera n°428 del 11 giugno 2010 aggiornata da ultimo con delibera n.793 del 17/09/20.
Tempi	Dal 2008 ad oggi la valutazione del rischio ed il programma delle misure vengono aggiornati annualmente

Azione 2	Sportello stress, stress unit e ambulatorio di psico-traumatologia per la gestione disindromi post traumatiche
Obiettivi	<p>Proseguire l'attività dell'ambulatorio di supporto psicologico specialistico dedicato ai dipendenti che stanno vivendo un momento di difficoltà o malessere in ambito lavorativo, anche conseguente ad incidenti lavorativi, aggressioni da parte di pazienti, errori con conseguenze traumatiche, o altre situazioni di emergenza (sindromi post traumatiche) con la finalità di aiutare il dipendente ad integrare le proprie necessità con le risposte offerte dagli istituti contrattualiaziendali</p> <p>Rilevare criticità ed esigenze del personale relativamente a disagi o condizioni di lavoro stressogene</p> <p>Fornire al dipendente percorsi strutturati per la gestione dei casi di disagio lavorativo e per prevenire il rischio Stress lavoro correlato oltre ad elementi di coping per riprendere le attività lavorative o evidenziare la necessità di trasferimento del lavoratore in ambiti più consoni a ridurre l'elemento di stress-lavoro.</p>
Descrizione	<p>L'esperienza fin'ora sviluppata allo Sportello Stress ha messo in evidenza l'accesso di quattro categorie diagnostiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sindromi post traumatiche da stress; 2. reazioni ansioso depressive; 3. disturbi da attacchi di panico; 4. disturbi della relazione e comunicazione individuale e di gruppo. <p>Il primo colloquio si svolge su appuntamento nella sede di Seriate, dove è stato assegnato un apposito ambulatorio allo Psicologo.</p> <p>L'accesso allo Sportello avviene in modalità volontaria, generalmente fuori dall'orario di servizio in modalità di permesso. Al singolo paziente, su richiesta, sarà rilasciata attestazione di presenza alle visite /colloqui.</p> <p>Le visite/colloquio sono effettuate accogliendo il richiedente in uno spirito "non giudicante" e indirizzandolo all'analisi del problema e alla comprensione del suo vissuto.</p> <p>Se è necessario, per la comprensione del caso possono essere utilizzati tutti gli strumenti della psicologia clinica disponibili per realizzare una indagine psicodiagnostica che aiuti a fornire un quadro psicodiagnostico definito, comprese le indicazioni psicoterapeutiche.</p> <p>Successivamente si concorda con il richiedente un piano terapeutico di intervento con scelta del metodo psicoterapeutico più adatto.</p> <p>Per ciò che riguarda le Sindromi Post Traumatiche, il trattamento di elezione è l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). L'attivazione dell'intervento deve avvenire il prima possibile per stabilizzare il paziente ed il contesto e permettere una ripresa rapida della attività lavorativa.</p> <p>Viene inoltre definito un piano di "riadattamento" lavorativo, che dev'essere concordato (previa autorizzazione del lavoratore/i) con i componenti della Stress Unit attivati di volta in volta dal responsabile dello "Sportello Stress" o da uno dei componenti stessi, inviando e-mail di richiesta di riunione ai componenti della Stress Unit o al Gruppo di Lavoro per la valutazione del rischio Stress Lavoro correlato.</p> <p>I dirigenti, i preposti, il medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza possono indirizzare allo sportello i lavoratori per i quali siano evidenti problematiche connesse allo Stress Lavoro Correlato.</p> <p>Sulla rete intranet aziendale è stato reso disponibile dal C.U.G. un documento da cui emergono le competenze specifiche ed i percorsi più appropriati;</p> <p>Per problematiche e casi individuali l'UOS Servizio Medicina del Lavoro implementa un percorso diagnostico terapeutico a persona.</p>
Attori coinvolti	<p>Il responsabile dello sportello Stress è il dirigente della SSD Psicologia dell'ASST</p> <p>Lavoratori</p> <p>La Stress Unit (delibera di costituzione della Stress Unit n° 1089/17):</p> <p>Medico Competente</p> <p>Direttore SC Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali</p> <p>Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p>
Tempi	In attuazione dal 2014; ad oggi in corso

Azione 3	Percorsi Formativi ANTI STRESS rivolti ai lavoratori
Obiettivi	Proseguire la formazione continua con lo scopo di fornire ai dipendente elementi per riconoscere e fronteggiare le diverse tipologie di fonti stressogene in ambito lavorativo e relative forme e patologie (es. mobbing, burn out...) ad esse connesse e fornire anche gli elementi di contrasto
Descrizione	<p>Il piano formativo per la crescita professionale dei lavoratori prevede di prassi i seguenti percorsi formativi:</p> <p>“Il ruolo di preposti e dirigenti nell’organizzazione del lavoro e del rischio stress-lavoro correlato” rivolto ai preposti e dirigenti aziendali così come individuati dal D.Lvo 81/08</p> <p>“Applicazione nella pratica clinica delle linee guida per la prevenzione ed il trattamento dei pazienti con rischio autolesivo-eterolesivo e con anomalie comportamentali” rivolto al personale maggiormente esposto al rischio da aggressione (Pronto Soccorso e SPDC)</p> <p>“Riconoscere, prevenire e gestire i pazienti a rischio di agiti violenti (retrainig)” rivolto al personale maggiormente esposto al rischio da aggressione (Pronto Soccorso e SPDC)</p> <p>“Tecniche di gestione dello stress da incidente critico” (CISM-Critical Incident Stress Management): intervento psicologico/clinico strutturato e di gruppo, rivolto al personale del Pronto Soccorso (CISD-Debriefing), finalizzato ad alleviare i sintomi da stress che spesso affliggono gli operatori dei servizi di pronto soccorso, migliorare le modalità di coping e favorire il senso di appartenenza al gruppo/équipe.</p> <p>“gestione del burn-out” rivolti al personale dell’oncologia al fine di contenere la sofferenza emotiva che gli operatori sperimentano a causa della tipologia di utenza.</p> <p>Ed altri corsi correlati ai fattori di stress riferiti a specifici contesti lavorativi e rivolti trasversalmente a più specifici gruppi omogenei, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione efficace • Strumenti per migliorare le relazioni • La gestione e gli strumenti del rischio clinico • Etica della comunicazione e comunicazione etica: la comunicazione nel rapporto con i colleghi, con i malati e con i superiori • Imparare dall’errore • La relazione di aiuto nelle professioni di cura • “Corso antirapina” rivolto agli operatori di sportello
Attori coinvolti	SS Gestione giuridica, formazione e sviluppo delle Risorse Umane Servizio Prevenzione e Protezione
Tempi	In attuazione dal 2011; ad oggi in corso

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/ Direttore S.C. Gestione Operativa NextgenerationEU	Come previsto da DLGS 150/2009
Rischi corruttivi e trasparenza	RPTCPT	Come previsto dalla normativa di riferimento
Azioni per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	CUG	Relazione del Presidente CUG
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>).

Allegati

Allegato 1 - Istruzioni operative per la valutazione del rischio

Allegato 2 - Mappatura del trattamento dei rischi

Allegato 3 - Sezione Amministrazione Trasparente - Elenco degli Obblighi di Pubblicazione

Allegato 4 - Organigramma ASST BG EST da POAS_2022-2024