

DELIBERAZIONE NR. 116 DEL 29/01/2026

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026 – 2028

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Francesco Locati

ASSISTITO DA:

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO | DR. GIANLUCA VECCHI |
| IL DIRETTORE SANITARIO | DOTT. ALESSANDRO AMOROSI |
| IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO | DR.SSA SIMONETTA CESA |

Considerato che:

- il d.l. 9 giugno 2021 n. 80 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” convertito con l. 6 agosto 2021 n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) al fine di superare la molteplicità degli strumenti di programmazione oggi in uso e creare un testo unico di governance;
- il provvedimento del Consiglio di Stato n. 506 del 2 marzo 2022, nel riconoscere la rilevanza delle indicazioni contenute all'art. 6 del d.l. n. 80/2021, ha reso parere favorevole “sia pure condizionato a correttivi e a integrazioni che consentano di superare le criticità insite nelle modalità in cui ci si propone di creare le condizioni normative perché il PIAO operi come strumento di effettiva semplificazione dell'azione e dell'organizzazione amministrativa”;
- con D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 sono stati individuati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO;
- il decreto del Dipartimento della funzione pubblica 30 giugno 2022, n. 132 ha definito il regolamento recante la definizione del contenuto del PIAO;

Vista la DGR n. XII/5051 del 29 settembre 2025 con la quale Regione Lombardia ha approvato il Piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2025-2027 dell'ASST;

Precisato che il PIAO include una sottosezione “Formazione” e, come previsto dagli Indirizzi di programmazione 2026 approvati con DGR n. XII/5589 del 30 dicembre 2025, i Provider dovranno presentare il Piano Formativo annuale sul “Sistema gestionale lombardo ECM - Sviluppo professionale continuo” entro il 31 marzo 2026;

Riconosciuto che ai sensi dell'art. 10, comma 3, del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione è definita, in via generale, nel piano programmatico proposto;

Constatato che:

- il PIAO ricomprende il Piano della performance, il Piano triennale delle azioni positive, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP);
- il Nucleo di valutazione delle prestazioni, cui è stato inoltrato il PIAO (allegato A), all'esito della disamina, ha espresso in data 19 gennaio 2026 parere favorevole sul contenuto del documento, approvandolo;
- la normativa vigente prevede che il “Piano integrato di attività e organizzazione 2026 – 2028” debba essere formalmente adottato e pubblicato sul sito istituzionale dell'azienda nella sezione dedicata “Amministrazione trasparente” e sul sito istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Dato atto che la dr.ssa Silvia Goglio, direttore della SC Controllo di gestione, è responsabile del procedimento;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario

DELIBERA

1. di adottare il “Piano integrato di attività e organizzazione 2026 – 2028” validato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni in data 19 gennaio 2026 (allegato A);
2. di rinviare a successivo provvedimento l'approvazione del Piano formativo annuale che evidenzierà, in modo particolareggiato, le strategie di formazione del personale e le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;
3. di dare atto che il Piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2025-2027 dell'ASST è stato approvato con DGR n. XII/5051 del 29 settembre 2025;
4. di procedere alla pubblicazione del PIAO, in osservanza alle vigenti disposizioni normative, sul sito istituzionale nella sezione dedicata “Amministrazione trasparente” e sul sito istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
5. di trasmettere copia del presente provvedimento agli uffici di staff e alle strutture organizzative coinvolte nella programmazione e nel costante allineamento delle azioni da intraprendere;
6. di precisare che l'adozione del presente provvedimento non comporta oneri per l'azienda;
7. di precisare, altresì, che il responsabile del procedimento è la dr.ssa Silvia Goglio, direttore della SC Controllo di gestione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Locati



Ospedale
Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026 – 2028



*AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
PAPA GIOVANNI XXIII – BERGAMO*



Sommario

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 4 |
| SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE | 6 |
| 1.1 SCHEDA ANAGRAFICA..... | 6 |
| 1.2 MISSION E VISION..... | 7 |
| 1.3 CHI SIAMO..... | 8 |
| 1.4 ANALISI SWOT: analisi di contesto..... | 12 |
| SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 15 |
| 2.1 VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE AZIENDALE | 15 |
| 2.1.1 Piano Triennale delle Azioni Positive | 38 |
| 2.2 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 40 |
| 2.2.1 Contesto esterno..... | 41 |
| 2.2.2 Contesto interno/mappatura dei processi..... | 42 |
| 2.2.3 Valutazione del rischio..... | 43 |
| 2.2.4 Individuazione di misure per il trattamento del rischio..... | 44 |
| 2.2.5 Progettazione delle misure e del relativo monitoraggio..... | 45 |
| 2.2.6 Trasparenza..... | 45 |
| 2.2.7 Monitoraggio complessivo | 47 |
| 2.2.8 Monitoraggio integrato..... | 47 |
| SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... | 48 |
| 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA..... | 48 |
| 3.2 MISURE PER LO SVILUPPO DI CARRIERA E LA RETENTION DEL PERSONALE..... | 50 |
| 3.2.1. Incremento della retribuzione di posizione parte variabile | 50 |
| 3.2.2. Orario di lavoro..... | 50 |
| 3.2.3. Rapporto di lavoro a tempo parziale | 51 |
| 3.2.4. Ricognizione delle professionalità | 51 |
| 3.2.5. Passaggi di profilo | 51 |
| 3.2.6. Differenziali economici di professionalità..... | 51 |
| 3.2.7. Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco | 52 |
| 3.2.8 Trattenimento in servizio | 52 |



| | | |
|--------------------------------------|---|-----------|
| 3.3 | MODELLO HUB & SPOKE..... | 52 |
| 3.4 | ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE..... | 52 |
| 3.4.1 | Modalità attuative..... | 53 |
| 3.4.2 | Programma di sviluppo del lavoro agile | 56 |
| 3.5 | PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE..... | 57 |
| 3.6 | FORMAZIONE DEL PERSONALE..... | 63 |
| SEZIONE 4. MONITORAGGIO | | 65 |

INTRODUZIONE

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è disciplinato dal decreto legge 9 giugno 2021 n. 80 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, convertito con legge 6 agosto 2021 n. 113 che ha previsto una revisione del precedente D. Lgs. n. 150/2009. La nuova normativa definisce che, “per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni (...) con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione”.

Il PIAO è un documento programmatico triennale, aggiornato annualmente che definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Con l’introduzione del PIAO l’intento del legislatore è superare la molteplicità degli strumenti di programmazione oggi in uso e creare un testo unico di governance che accorpa i piani della performance, del lavoro agile e dell’anticorruzione.

Con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO e il decreto 30 giugno 2022 n. 132 ha definito il contenuto del Piano.

Il Dipartimento della funzione pubblica a partire dal 1° luglio 2022 ha reso disponibile alle amministrazioni un Portale dedicato al Piano integrato di attività e amministrazione denominato “Portale PIAO”, raggiungibile all’indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>, che consente alle stesse il caricamento e la pubblicazione del PIAO e la consultazione dei documenti di programmazione da parte di tutti i cittadini.

Di rilievo nel quadro normativo in cui l'ASST opera è la definizione annuale da parte di Regione Lombardia degli Indirizzi di programmazione ("Regole di Sistema"), quale strumento operativo in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale, e degli obiettivi aziendali di interesse regionale (c.d. obiettivi del Direttore Generale): tali determinazioni orientano l'operato e l'organizzazione aziendale.

A partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale, l'ASST individua indirizzi e linee strategiche descritte nel presente documento.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 SCHEDA ANAGRAFICA

| SCHEDA ANAGRAFICA PG23 | |
|------------------------------|---|
| Denominazione | Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII |
| Sede Legale | Piazza OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, 1 - 24127 Bergamo |
| Direttore Generale | Dott. Francesco Locati |
| Sito web | https://www.asst-pg23.it/ |
| Codice Fiscale – Partita IVA | 04114370168 |
| Telefono | 035.267 111 |
| PEC | ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it |
| Atto costitutivo | L'ASST Papa Giovanni XXIII è stata costituita in data 01/01/2016 con DGR n. X/4487 del 10/12/2015 |

L'identità dell'ASST Papa Giovanni XXIII si esprime attraverso l'insieme delle informazioni e dei dati che ne descrivono la dimensione aziendale e la complessità organizzativa. Tali elementi – strutturali, produttivi, professionali ed economici – consentono di rappresentare in modo oggettivo il ruolo dell'Azienda all'interno del Servizio Sanitario Regionale e il valore generato per la comunità.

Nell'ultimo quinquennio, le attività dell'ASST hanno evidenziato una progressiva crescita, anche grazie al recupero post-pandemico. Nel solo 2025 si registrano **oltre 4 milioni di prestazioni ambulatoriali, più di 36.000 procedure chirurgiche, oltre 44.000 ricoveri e circa 330 trapianti**, confermando l'Ospedale Papa Giovanni XXIII come uno dei principali hub clinici e chirurgici di alta specialità a livello regionale.

Oltre alla consolidata esperienza sul fronte ospedaliero, il Polo Territoriale dell'ASST Papa Giovanni XXIII ha registrato un importante incremento delle attività. L'Ospedale di Comunità di San Giovanni Bianco ha effettuato **122 ricoveri**, con una crescita dell'**8,9%** sul periodo precedente. Le Case di Comunità hanno erogato **oltre 70.000 prestazioni specialistiche**, insieme a **più di 40.000 vaccinazioni** (+9%) e **38.000 prestazioni consultoriali** (+18%). Sono state inoltre garantite **114.000 prestazioni** nell'area delle Dipendenze e un forte potenziamento dell'assistenza nel domicilio, con **6.290 interventi** (+63%). Completano il quadro i **26.000 interventi** degli Infermieri di Famiglia e Comunità (+14%) e le **3.200 prestazioni** della Psicologia delle Cure Primarie e nelle case di comunità, nuovo servizio introdotto nell'anno.

1.2 MISSION E VISION

MISSION L'ASST Papa Giovanni XXIII si impegna a garantire la salute e il benessere della comunità attraverso un sistema integrato di cure ospedaliere e territoriali e di interventi di prevenzione e promozione della salute/stili di vita, fondato sulla qualità, sull'innovazione e sulla centralità della persona. La nostra missione è offrire servizi sanitari e socio-sanitari di eccellenza garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), promuovendo equità di accesso e continuità assistenziale in tutte le fasi della vita. Promuoviamo e investiamo nella ricerca scientifica e nella formazione professionale per sviluppare conoscenze, competenze e tecnologie che migliorino costantemente i percorsi di cura. Operiamo in stretta collaborazione con il territorio e le istituzioni per rispondere ai bisogni complessi e alle fragilità, favorendo un approccio multidisciplinare e sostenibile che metta al centro la dignità e i diritti di ogni persona.

VISION La vision dell'ASST Papa Giovanni XXIII si fonda sull'idea di essere un punto di riferimento per la salute e il benessere della comunità, con un approccio innovativo e integrato.

In sintesi, i concetti chiave sono:

- Centralità della persona: ogni intervento è orientato alla dignità, ai bisogni e alla qualità della vita del paziente.
- Innovazione e ricerca: sviluppo continuo di conoscenze, tecnologie e pratiche cliniche per garantire cure all'avanguardia.
- Integrazione ospedale-territorio: creare una rete di servizi che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita.
- Sostenibilità e responsabilità sociale: operare in modo etico, trasparente e sostenibile per il bene della comunità.
- Eccellenza e formazione: essere un polo di riferimento per la formazione dei professionisti e la crescita culturale in ambito sanitario.
- Prevenzione e promozione della salute.

1.3 CHI SIAMO

L'ASST è caratterizzata da un sistema integrato e coordinato di servizi sanitari che si prende cura dei cittadini del proprio territorio di riferimento, nonché di tutti coloro che, dal territorio nazionale o dall'estero, possono rivolgersi al Papa Giovanni XXIII per giovare della sua alta specializzazione. Esplica la propria azione garantendo l'impiego delle migliori tecniche, tecnologie e professionalità, la continuità del processo di cura, la centralità della persona e delle sue esigenze, in luoghi accoglienti e a misura di chi ne fruisce.

Obiettivi prioritari sono la messa a punto di strumenti e modelli innovativi attraverso cui sostenere un sistema di qualità e di valutazione delle azioni intraprese per la tutela del benessere oltre che della salute dei cittadini, la promozione di strategie di confronto e la ricerca di sinergie, il superamento di servizi settoriali e l'introduzione di servizi integrati, che considerino la globalità delle persona in tutte le sue dimensioni, in aderenza alle linee di sviluppo fissate dal Piano Socio Sanitario Regionale, nonché la ricerca di un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e delle prestazioni erogate.

L'ASST, inoltre, è riferimento nell'area dell'emergenza-urgenza di alta specializzazione, operando in stretta collaborazione funzionale con l'Agenzia regionale per l'emergenza e urgenza (AREU).

Con la L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i. è stato avviato il percorso di evoluzione del Servizio Socio Sanitario Lombardo (SSL) e Regione Lombardia con deliberazione n° X/4487 del 10/12/2015 ha costituito, a partire dal 1° gennaio 2016, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Come previsto dalla L.R. n. 23/2015 citata e dalla successiva L.R. n. 22/2021, l'ASST si articola in:

- *Polo Ospedaliero*, per il trattamento del paziente in fase acuta e sede dell'offerta sanitaria specialistica. Si articola in Presidi Ospedalieri e in Dipartimenti che concorrono alla realizzazione di una rete integrata di strutture e di servizi finalizzata a offrire la migliore risposta ai bisogni di salute dell'utenza proveniente dalla provincia di Bergamo, dalla regione Lombardia e, per particolari competenze, da tutto il territorio nazionale;
- *Polo Territoriale*, che eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità, può attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione regionale;

Il polo territoriale è articolato in Distretti e in Dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali che svolgono le attività di erogazione dei LEA.

Al Polo Territoriale afferiscono anche i seguenti dipartimenti:

- Dipartimento di cure primarie a carattere funzionale;
- Dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
- Dipartimento funzionale di prevenzione;

e, con un'attivazione graduale e progressiva, gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali, del territorio di competenza, come previsti dal PNRR e deliberate da Regione Lombardia.

Le strutture aziendali dove trovano sede le attività del Polo ospedaliero e del Polo territoriale sono le seguenti.

Strutture Ospedaliere per acuti:

- Ospedale Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS,1 – 24127, Bergamo;
- Ospedale Civile di San Giovanni Bianco - Via Castelli, 5 – 24015, San Giovanni Bianco.

Struttura Ospedaliera Riabilitazione specialistica:

- Presidio Mozzo - Via Del Coppo – 24030, Mozzo.

Strutture Ambulatoriali:

- Matteo Rota - Via Garibaldi, 13/15 – 24128, Bergamo;
- Borgo Palazzo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo;
- Zogno – Via P. Polli, 1 e Viale Martiri della libertà, 6 – 24019, Zogno;
- Villa d’Almè - Via Roma, 16 - 24018, Villa d’Almè;
- Centro Ipovisione – Via Trento, 1 – 24052, Azzano S. Paolo.

Centri di Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL):

- CAL Bergamo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo;
- CAL San Giovanni Bianco - Via Castelli, 5 – 24015, San Giovanni Bianco.

Strutture polo territoriale:

- Casa di Comunità Borgo Palazzo Bergamo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo: attivata in data 31/12/2021;
- Casa di Comunità “Matteo Rota” Bergamo – Via Garibaldi, 13/15 – 24122, Bergamo: prevista attivazione per il 2026;
- Casa di Comunità “Sacro Cuore” Bergamo – Via Ghirardelli, 9 – 24124, Bergamo: prevista attivazione per il 2026;
- Casa di Comunità Villa d’Almè - Via Roma, 16 – 24018, Villa d’Almè: attivata in data 19/12/2022;
- Casa di Comunità Sant’ Omobono Terme – Via Vanoncini, 25 – 24038, Sant’ Omobono Terme: attivata in data 22/07/2022;
- Casa di Comunità Zogno - Piazza Belotti, 1/3 – 24019, Zogno: attivata in data 26/06/2023;
- Ospedale di Comunità San Giovanni Bianco – Via Castelli, 5 – 24014, San Giovanni Bianco: attivato in data 30/11/2022;
- Centrale Operativa Territoriale Borgo Palazzo Bergamo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo: attivata in data 29/12/2023;
- Centrale Operativa Territoriale Belotti Zogno - Piazza Belotti, 1/3 – 24019, Zogno: attivata in data 04/06/2024;
- Centrale Operativa Territoriale Roma Villa D’Almè - Via Roma, 16 – 24018, Villa d’Almè: attivata in data 04/06/2024;
- Struttura territoriale – Via Montesole, 2 - Piazza Brembana;

- Struttura territoriale – Via Palma il Vecchio, 20 – 24017, Serina;
- Consultorio Familiare - Via Calvi Fratelli, 25 - 24018 Villa D'Almè.

Hospice:

- Borgo Palazzo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo.

Salute Mentale Centri Psicosociali (CPS) - Centri Diurni e Comunità Protette Media assistenza (CRM):

- CPS, Centro Diurno e CRM Boccaleone - 24125 - Via Boccaleone n. 25
- Ambulatorio “Varenna” Bergamo – 24122 – Via Garibaldi 13, 15
- CPM Campagnola - 24126 - via Montale n. 13
- CPS e Centro Diurno Tito Livio - 24123 - via Tito Livio n. 2
- CPS Zogno – 24019 – Via Pogliani n. 5
- CRA e Centro Diurno San Giovanni Bianco (BG) - 24015 - Via Castelli n. 5

Centro per il bambino e la famiglia (CBF):

- Via San Martino della Pigrizia 52, 24128 Bergamo

Strutture SERD:

- Ser.D Bergamo - Via Borgo Palazzo, 130 – 24125, Bergamo (Padiglione 10 B);

Sanità penitenziaria

- Casa Circondariale - Via Monte Gleno, 61 – 24125 Bergamo;

Polo di formazione universitaria “Papa Giovanni XXIII”

- Via Nini da Fano, 11 – 24129 Bergamo.

Nella cartina sotto riportata è possibile visualizzare il territorio di pertinenza della ASST Papa Giovanni XXIII nella provincia di Bergamo (ove operano altre due ASST) evidenziato in colore rosso con una macro - mappatura delle sedi ove viene erogata attività a cura dalla ASST Papa Giovanni XXIII.

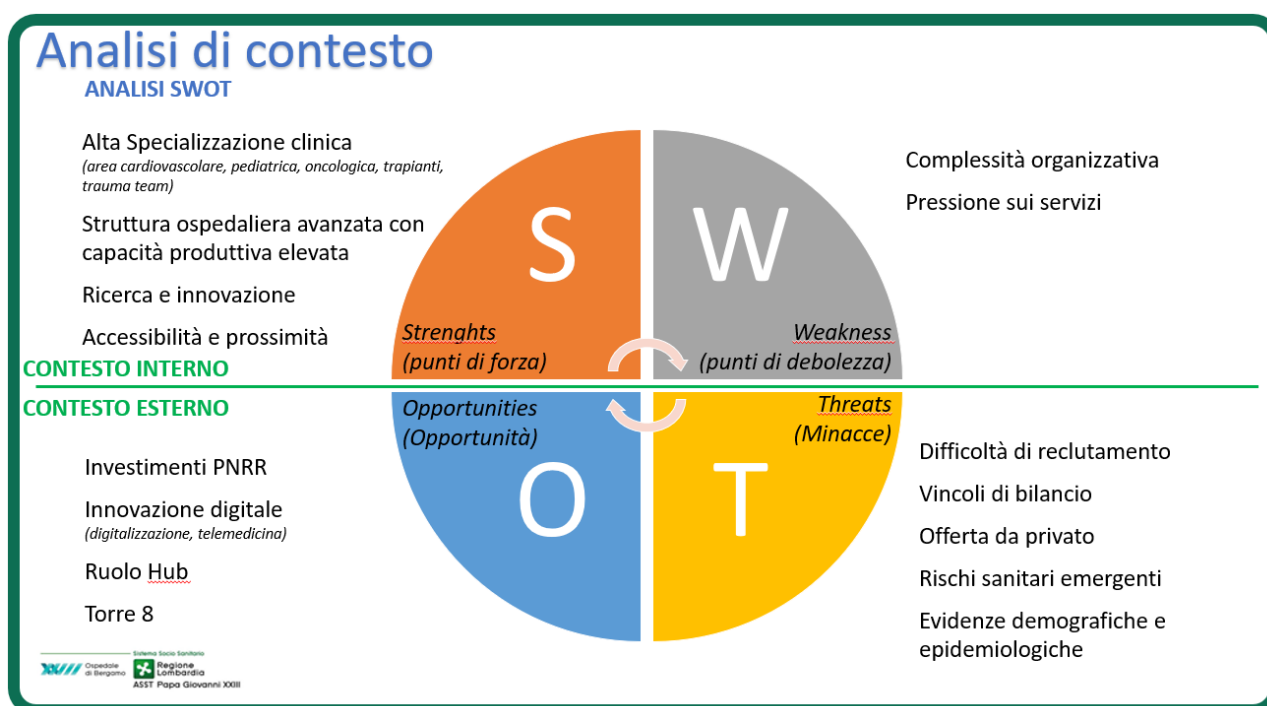


1.4 ANALISI SWOT: analisi di contesto

L'analisi di contesto è un elemento cardine del PIAO, in quanto consente di valutare in modo strutturato la capacità dell'ASST Papa Giovanni XXIII di perseguire gli obiettivi programmati, tenendo conto delle variabili interne ed esterne che influenzano la performance. In linea con quanto prevede la normativa, tale analisi rappresenta la base per la definizione di strategie coerenti con la mission aziendale e con le politiche regionali e nazionali.

L'analisi è stata condotta mediante la metodologia **SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)** che ha permesso di:

- Evidenziare **punti di forza** e **criticità interne**, legati alla struttura organizzativa, alle competenze professionali e alla disponibilità di risorse;
- Individuare **opportunità** e **minacce esterne**, derivanti dal contesto normativo, socio-demografico, epidemiologico e tecnologico.



L'analisi SWOT dell'ASST Papa Giovanni XXIII, sopra riportata in modo sintetico, rappresenta uno strumento strategico per comprendere la posizione attuale dell'azienda e orientare le scelte future. Attraverso l'individuazione dei punti di forza e di debolezza, nonché delle opportunità e delle minacce, è possibile delineare un quadro chiaro delle dinamiche interne ed esterne che influenzano l'organizzazione. Questo approccio consente di valorizzare le competenze strategiche, affrontare le criticità e cogliere le occasioni di sviluppo in un contesto sanitario e socio-sanitario in continua evoluzione.

Di seguito i dettagli dell'analisi.

Punti di forza

L'ASST Papa Giovanni XXIII si distingue per un'elevata **specializzazione clinica**, che garantisce competenze avanzate e capacità di gestione di casi complessi, consolidando il ruolo di riferimento a livello regionale e nazionale. La presenza di una **struttura ospedaliera tecnologicamente avanzata**, con **elevata capacità produttiva**, consente di rispondere in modo efficace alla domanda di prestazioni, assicurando continuità e qualità dei servizi. A ciò si affianca un forte orientamento alla **ricerca e innovazione**, elemento che favorisce lo sviluppo di nuove soluzioni diagnostiche e terapeutiche e rafforza la competitività dell'organizzazione. Infine, L'**accessibilità e prossimità** dei servizi dell'ASST Papa Giovanni XXIII trovano ulteriore rafforzamento in coerenza con il **DM 77/2022**, che ridefinisce i modelli organizzativi e gli standard per l'assistenza territoriale. In particolare, le **Case della Comunità** e gli **Ospedali di Comunità**, strumenti centrali del decreto, rappresentano strutture aperte e facilmente accessibili, in grado di garantire assistenza sanitaria e socio-sanitaria integrata in orari estesi (fino a 24h/7g). Queste nuove strutture favoriscono una presa in carico capillare, rafforzando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e migliorando la capillarità del servizio. Allo stesso tempo, le **Centrali Operative Territoriali (COT)** agiscono da fulcro per il coordinamento dell'assistenza e l'integrazione tra professionisti sanitari, ospedalieri e sociosanitari. Grazie all'attivazione di queste nuove Unità di Offerta, l'ASST PG23 consolida la prossimità ai cittadini, rispondendo in modo efficace alle esigenze locali e contribuendo all'equità e all'inclusione socio-sanitaria sul territorio.

Punti di debolezza

La **complessità organizzativa**, legata alla dimensione aziendale, è connessa alla presenza di numerose strutture operative e alla varietà dei processi clinici e amministrativi. Questa complessità, se non adeguatamente governata, può generare rallentamenti decisionali, difficoltà di coordinamento e una minore flessibilità nell'attuazione delle strategie. Un secondo elemento è rappresentato dall'**alta pressione sui servizi**, dovuta all'elevato volume di attività e alla crescente domanda di prestazioni. Tale pressione rischia di compromettere la qualità percepita, aumentare i tempi di attesa e incidere sul benessere organizzativo del personale, con conseguenti ripercussioni sulla continuità assistenziale.

Opportunità

L'ASST Papa Giovanni XXIII si trova oggi di fronte a un contesto ricco di opportunità strategiche per rafforzare il proprio ruolo di eccellenza nel sistema sanitario. Gli **investimenti del PNRR** rappresentano una leva fondamentale non solo per la modernizzazione delle strutture ospedaliere, ma anche per lo sviluppo di **servizi di prossimità e territorialità**, in linea con il modello di sanità integrata e capillare. Queste risorse consentono di potenziare l'assistenza domiciliare, la telemedicina e le Case di Comunità, favorendo una presa in carico più efficace e continua dei pazienti. Parallelamente, l'**innovazione digitale** diventa il motore per connettere ospedale e territorio, migliorando la gestione dei dati clinici e la comunicazione tra professionisti. Il consolidamento del ruolo di **hub** dell'ASST rafforza la capacità di coordinamento e di attrazione di competenze, mentre la realizzazione della **Torre 8**, sostenuta anche da questi investimenti, apre

nuove prospettive per l'ampliamento delle attività assistenziali e di ricerca, confermando la leadership dell'azienda nel panorama sanitario regionale e nazionale.

Minacce

L'ASST Papa Giovanni XXIII deve affrontare un contesto complesso caratterizzato da diverse criticità che possono limitare la capacità di sviluppo e di risposta ai bisogni di salute. I **vincoli di bilancio** impongono una gestione sempre più rigorosa delle risorse, riducendo i margini per investimenti e innovazione. A ciò si aggiunge la **difficoltà di reclutamento del personale**, che rischia di compromettere la continuità assistenziale e la qualità dei servizi. L'**offerta sanitaria crescente da parte di enti privati** introduce una forte competizione sul territorio, con potenziali impatti sull'attività aziendale. Inoltre, i **rischi sanitari emergenti** e l'evoluzione del **contesto epidemiologico e demografico**, caratterizzato da invecchiamento della popolazione e aumento delle cronicità, richiedono modelli organizzativi flessibili e capacità di adattamento, pena il rischio di sovraccarico delle strutture e riduzione dell'efficacia delle cure.

L'analisi SWOT appena descritta evidenzia un'organizzazione solida e riconosciuta per la sua elevata specializzazione clinica, la capacità tecnologica e l'orientamento alla ricerca, elementi che ne consolidano il ruolo di riferimento regionale e nazionale. Tuttavia, la complessità organizzativa e la pressione sui servizi richiedono interventi strutturali per garantire efficienza e sostenibilità. Le opportunità offerte dal PNRR e dall'innovazione digitale rappresentano leve strategiche per rafforzare la prossimità dei servizi e sviluppare modelli di assistenza integrata, mentre le minacce legate ai vincoli di bilancio, alla carenza di personale e alla crescente competizione impongono una pianificazione attenta e flessibile. In questo scenario, l'ASST dovrà orientare le proprie scelte verso soluzioni che coniughino innovazione, integrazione territoriale e sostenibilità economica, al fine di consolidare la leadership e rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della comunità.

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE AZIENDALE

L'ASST Papa Giovanni XXIII orienta la propria azione alla **creazione di valore pubblico**, inteso come beneficio complessivo per la comunità attraverso il miglioramento della salute, l'equità di accesso ai servizi, la sostenibilità e la fiducia dei cittadini. Il valore pubblico non si limita alla quantità di prestazioni erogate, ma comprende l'impatto sociale, la qualità percepita e la capacità di generare benessere.

La performance è valutata non solo in termini di efficienza ed efficacia, ma anche rispetto alla capacità di produrre risultati che rispondano ai bisogni di salute e riducano le disuguaglianze. Indicatori di outcome clinico e innovazione organizzativa diventano strumenti fondamentali per misurare il contributo dell'ASST alla collettività.

In questo quadro, il PIAO integra obiettivi strategici e operativi orientati alla promozione della salute e alla prevenzione, rafforzando la trasparenza e la responsabilità verso cittadini e stakeholder. La creazione di valore pubblico è il fine ultimo che guida la programmazione, la gestione delle risorse e la valutazione delle performance.

Per orientare la programmazione verso la creazione di valore pubblico e il miglioramento della performance, è necessario disporre di un set strutturato di informazioni e analisi.

Gli input fondamentali, oltre all'analisi di contesto interno ed esterno sopra delineata, sono connessi a:

- **obiettivi di mandato del Direttore Generale**, che definiscono la visione e le priorità strategiche dell'Azienda nel medio periodo.
- **obiettivi annuali assegnati da Regione Lombardia**, che traducono le priorità in azioni operative e target misurabili, coerenti con le linee regionali e nazionali.

Con deliberazione aziendale n. 1 del 2 gennaio 2024 è stata recepita la deliberazione della Giunta regionale n. XII/1641 del 21 dicembre 2023, con la quale è stato nominato Direttore Generale dell'ASST Papa Giovanni XXIII il dott. Francesco Locati, con decorrenza 1° gennaio 2024. Con il medesimo provvedimento sono stati assegnati i seguenti obiettivi:

- 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 sociosanitario lombardo;
- messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessore al Welfare;
- piena e 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 2026.

Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati, Regione Lombardia definisce annualmente per i Direttori Generali delle aziende sanitarie obiettivi operativi e strategici, con i relativi indicatori, da attuare nel corso dell'anno.

Nella definizione delle linee strategiche sono state analizzate le aree di maggior interesse individuate da Regione Lombardia nell'ambito degli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 e nell'ambito degli obiettivi di interesse regionale degli ultimi anni. Tali aree, connesse anche agli obiettivi declinati in sede di budget, sono:

- Liste d'attesa;
- Nuovo Sistema di Garanzia;
- Efficientamento del pronto soccorso;
- Polo territoriale e presa in carico;
- Prevenzione e programmi di screening oncologici;
- Rispetto dei cronoprogrammi di investimento;
- Equilibrio di bilancio;
- Rispetto dei tempi di pagamento.

Sulla base delle indicazioni soprariportate, dell'analisi di contesto interno ed esterno e delle priorità strategiche direzionali, si delineano di seguito otto linee strategiche che descrivono in modo sintetico le priorità aziendali che la Direzione intende perseguire nel prossimo triennio per la creazione di valore pubblico.

Per ogni linea strategica è stato esplicitato:

- obiettivo generale,
- principali azioni chiave,
- descrizione dei principali obiettivi e delle azioni chiave,
- indicatori di monitoraggio.

| LINEA STRATEGICA 1 | |
|---|---|
| Conferma e sviluppo delle eccellenze - Sviluppo ruolo hub | |
| Unità Operativa: SC Direzione Medica | |
| OBIETTIVO GENERALE | Rafforzare il ruolo dell'ASST come polo di riferimento regionale e nazionale per le alte specialità consolidando le eccellenze cliniche e sviluppando il nuovo modello di rete previsto da Regione Lombardia, per garantire equità di accesso alle cure e ottimizzazione di risorse e competenze |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento eccellenze cliniche (mantenimento n. trapianti di organi solidi; mantenimento numerosità procedure di CCH pediatrica; mantenimento numerosità interventi di trattamento di tumore polmonare, pancreatico, epatico, encefalico; mantenimento n. di procedure di trombectomia meccanica per ictus ischemico; mantenimento n. procedure di aritmologia-elettrofisiologia pediatrica) • Sviluppo del modello Hub (sottoscrizione di convenzioni con le ASST spoke del territorio; sviluppo della Rete dei Laboratori Clinici Pubblici) • Consolidamento degli eccellenti risultati certificati da AGENAS attraverso il Piano Nazionale Esiti (PNE) |
| DESCRIZIONE | <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo è un'azienda di alta specializzazione di rilievo nazionale in grado di fornire risposte in termini di diagnosi, cura e assistenza ad un ampio spettro di patologie che vanno dalle più comuni cause di morbosità a diverse malattie rare. Il Polo Ospedaliero è composto dai presidi ospedalieri (p.o.) Papa Giovanni XXIII e Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, che insieme assommano oltre 1.000 posti letto ordinari accreditati, a cui si aggiunge la Rete Territoriale.</p> <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII rappresenta il punto provinciale fondamentale di riferimento della popolazione per le cure, soprattutto per quelle complesse e ad approccio multidisciplinare ed ha ulteriormente aumentato la sua attrattività extra provinciale ed extra-regionale dopo il trasferimento dalla vecchia alla nuova sede, avvenuto nel dicembre 2012. Tra i principali ambiti di interesse che meritano di essere citati troviamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambito onco-ematologico, per la capacità di diagnosi, trattamento e follow-up di pressoché tutte le diverse tipologie di tumore, sia per pazienti adulti che pediatrici, secondo le più avanzate tecnologie diagnostico-terapeutiche ad oggi disponibili e mediante l'utilizzo di strategie terapeutiche innovative, garantendo un approccio multidisciplinare che mette al centro la persona assistita; - ambito trapiantologico, considerato che risulta ai primi posti a livello nazionale in termini di numerosità di trapianti di organo eseguiti in pazienti adulti e pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia; - ambito cardiologico e cardiocirurgico considerato che l'ASST Papa Giovanni XXIII è un centro specializzato nel trattamento delle malattie cardiovascolari, comprese tutte le forme di cardiopatie congenite. Il p.o. Papa Giovanni XXIII garantisce la diagnostica pre-natale e il trattamento fin dai primi giorni di vita. La Cardiocirurgia di Bergamo si è caratterizzata nel tempo per la sua capacità di operare pazienti adulti e pediatrici e proprio l'attività pediatrica ha rappresentato una realtà ben conosciuta nell'ambiente medico e nell'opinione pubblica essendo stato il primo centro aperto in Italia nel 1969. Da allora l'Ospedale di Bergamo ha formato i cardiocirurghi pediatri di tutto il mondo. Negli anni sono stati effettuati oltre 15.000 interventi cardiocirurgici relativi a cardiopatie congenite, che hanno riguardato anche quelle più complesse, avvalendosi di procedure diagnostico-terapeutiche sempre all'avanguardia; - assistenza di alto livello al paziente politraumatizzato infatti l'ASST Papa Giovanni XXIII è una delle strutture di terzo livello presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati. In particolare, il Decreto Direzione Generale Sanità n. 8531 |

dell'1.10.2012 *“Determinazioni in merito all’organizzazione di un sistema integrato per l’assistenza al trauma maggiore”*, poi aggiornato dalla DGR 211 del 3.5.2023 *“Approvazione del documento tecnico “Riorganizzazione rete regionale trauma” rettifica DRG 162/2023”*, individua l’ASST Papa Giovanni XXIII come una tra le sei Aziende sede di “Centro Trauma di Alta Specializzazione (CTS)” per quanto concerne il trauma maggiore del paziente adulto e come l’unica Azienda regionale sede di “Centro Trauma di Alta Specializzazione per il trauma maggiore in età pediatrica” (prescolare e scolare preadolescenziale 0-12 anni). Ciò significa che viene fornito il massimo livello di idoneità ad accogliere pazienti di qualsiasi fascia d’età con lesioni traumatiche gravi all’addome, al torace, agli arti, alle vertebre e alla testa.

L’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo è inserita nell’articolazione delle reti tempo-dipendenti e di patologia previste dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 (cosiddetto DM 70). È **centro hub**, tra le altre, delle reti tempo-dipendenti di patologie cardiocerebrovascolari: rete infarto STEMI, rete chirurgia vascolare, rete cardiocirurgie, rete stroke. Anche la Medicina di Laboratorio sta vivendo una grande trasformazione strutturandosi in una Rete di Laboratori Clinici che ha l’obiettivo di garantire risposte tempestive, appropriate e omogenee alle esigenze clinico-diagnostiche del territorio.

Il modello a rete è orientato a:

- migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni
- sostenere il mantenimento e lo sviluppo delle competenze professionali
- ottimizzare i processi attraverso un uso appropriato e sostenibile delle risorse
- razionalizzare e consolidare le attività
- promuovere l’innovazione tecnologica e metodologica.

Questo modello è coerente con i principi sanciti dall’articolo 32 della Costituzione Italiana che tutela il diritto alla salute e con le disposizioni normative nazionali e regionali, quali il **Piano Nazionale Esiti (PNE)**, con gli standard nazionali e internazionali. Si evidenzia che il PNE rappresenta, ormai da tempo, molto più di un semplice sistema di monitoraggio: è diventato uno degli strumenti strategici di governance del nostro SSN. Grazie al PNE si offre a cittadini, operatori, istituzioni e decisori pubblici una fotografia sempre più chiara ed utile per orientare le politiche sanitarie. Esso rappresenta uno strumento concreto di miglioramento, mettendo a disposizione di policy maker, manager e professionisti sanitari strumenti e metodologie per intraprendere percorsi virtuosi.

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| Numerosità di trapianti di organi solidi | Sommatoria totale del numero di trapianti di organi solidi effettuati nell'unità di tempo (anno) | 182 | Mantenimento della numerosità dell'anno precedente |
| Numerosità di pazienti operati per tumore al pancreas | Sommatoria del numero di interventi chirurgici effettuati per tumore al pancreas nell'unità di tempo (anno) | 143 | Mantenimento della numerosità dell'anno precedente |
| Sviluppo della Rete Regionale della Medicina di Laboratorio Pubblica | Costituzione dei Dipartimenti Funzionali Interaziendali Specialistici di Microbiologia e Virologia, Anatomia Patologica e Patologia Clinica e costituzione del Comitato di Area Territoriale | Off | Delibera che costituisce i Dipartimenti e il Comitato di Area Territoriale |
| Indicatore PNE Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero | Calcolo effettuato da AGENAS secondo protocollo | 8,03% (PNE anno 2024) | < media Regione Lombardia 9,1% |

| LINEA STRATEGICA 2 | |
|--|---|
| Riduzione liste d'attesa e miglioramento accesso alle cure | |
| Unità Operativa: SC Gestione Operativa - NextGenerationEU | |
| OBIETTIVO GENERALE | Garantire tempi di accesso alle prestazioni sanitarie conformi agli standard regionali e nazionali, riducendo le criticità nelle aree ad alta domanda |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Revisione dei modelli organizzativi in atto per garantire tempi di risposta adeguati ai bisogni di cura nei diversi contesti aziendali (ambulatori e Pronto Soccorso) • Revisione dei modelli organizzativi in atto per garantire la programmazione degli interventi chirurgici in tempi coerenti alla priorità clinica definita dallo specialista (percorso chirurgico) • Corretto utilizzo di strumenti per la gestione delle prenotazioni (CUP) • Corretto utilizzo di strumenti per la gestione della lista di attesa di ricovero (LAR) • Monitoraggio dei tempi di attesa e presa in carico in Pronto Soccorso al fine di migliorare i tempi di presa in carico dei codici 2 (urgenze), il tasso di abbandono, il tempo di sbarellamento e il fenomeno del <i>boarding</i> • Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva a livello ambulatoriale • Definizione da parte degli specialisti delle priorità cliniche per intervento chirurgico • Percorsi differenziati di prenotazione e di erogazione per i pazienti cronici • Collaborazione con le UDO sociosanitaria territoriale |
| DESCRIZIONE | <p>Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e professionisti che ha il compito di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione.</p> <p>Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici rappresenta un obiettivo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il cui compito è appunto quello di soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi dell'equità di accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza, della correttezza e della trasparenza. In tal modo, si ottiene che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita. Tuttavia, l'esistenza di tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie contraddistingue inevitabilmente ogni sistema pubblico organizzato su base universalistica. Le liste di attesa rappresentano, infatti, un problema di grande importanza e attualità per tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che almeno sul piano formale assicurano la copertura globale delle prestazioni sanitarie (dato OCSE).</p> <p>Le liste di attesa e i sistemi di prenotazione non possono essere gestiti a livello di singola azienda, ma necessitano di un coordinamento forte tra attori a diversi livelli e un ripensamento dei modelli organizzativi e dell'organizzazione del lavoro, con una costante sensibilizzazione degli utenti, come sintetizzato nella tabella 1. I temi in essa sintetizzati possono essere applicati con le opportune specifiche a tutte le prestazioni offerte per cui si crea una lista di attesa: dagli interventi chirurgici in elezione, alle prestazioni specialistiche e di diagnostica, fino a quelle erogate in Pronto Soccorso.</p> <p>Tabella 1 - Fattori che influenzano l'efficacia dei sistemi di gestione dei tempi di attesa, nel breve e medio periodo a livello locale, regionale o nazionale</p> |

| Fasi | Implementazione - breve periodo | | Sostenibilità - lungo periodo | |
|----------------|--|---|---|---|
| Livello | Locale | Regionale / nazionale | Locale | Regionale / nazionale |
| Fattori | | | | |
| Governance | Leadership Responsabilità decisionale, ruoli e strutture dedicate <i>Accountability</i> | Strutture di controllo e monitoraggio Coinvolgimento degli stakeholder Capacità di leadership | Sistemi di responsabilità chiari Leadership | Leadership Coinvolgimento degli stakeholder Misure di qualità e sicurezza, monitoraggio dei processi |
| Cultura | Coinvolgimento dei professionisti Iniziative di miglioramento della qualità Fidelizzazione e trasparenza | <i>Accountability agreement</i> (piani regionali e nazionali) Consultazioni con livello locale Campagne di comunicazione e <i>empowerment</i> Cultura di misurazione delle performance | Coinvolgimento dei professionisti Cooperazione interprofessionale | Coinvolgimento pubblico |
| Risorse | Aumento della capacità produttiva Personale dedicato Incentivi economici | Livello di finanziamento Incentivi | Capacità produttiva appropriata Definizione di nuovi ruoli per i professionisti coinvolti Nuove opzioni di trattamento/ canali di offerta | Livello di finanziamento Incentivi |
| Strumenti | ICT Formazione e affiancamento | Definizione standard, target e linee guida Formazione sui sistemi di gestione dei tempi di attesa Strumenti di comunicazione | Performance e ICT tool Formazione e affiancamento | <i>Waiting time information system</i> Monitoraggio e analisi dei dati (cruscotti e <i>dashboard</i>) Comunicazione pubblica |

Fonte: adattato da Pomey et al., 2013

L'attesa dipende da uno squilibrio naturale tra domanda e offerta e rappresenta essa stessa uno strumento di governo della domanda e riduzione dell'inappropriatezza. Misurare l'attesa è necessario per verificare i modelli di offerta attivati nei diversi ambiti al fine di eliminare l'attesa "evitabile". Di seguito, le considerazioni per i *setting* aziendali oggetto di analisi.

Prestazioni ambulatoriali

Gli interventi sono quelli previsti dal Piano Nazionale di Governo della Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA) nonché dalle linee di indirizzo di Regione Lombardia (capitolo 2 dell'allegato A – Indirizzi di programmazione 2026 della DGR XII/5589 del 30/12/2025). È stato istituito presso il Ministero della Salute, ex Direzione generale della programmazione sanitaria, il Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-26. Decreto ministeriale 21 dicembre 2023 e Decreto ministeriale 11 gennaio 2024.

| Area Tematica | Sottotema | Punti di forza | Aree di miglioramento |
|-----------------------|---|---|--|
| GOVERNO DELLA DOMANDA | Dematerializzazione prescrizioni | Il 90% delle prescrizioni sono emesse in formato dematerializzato. | Mantenimento della corretta filiera di prescrizione e prenotazione; diffusione del modulo prescrittivo regionale. |
| | Presa in carico diretta dello specialista | Prenotazione su percorsi di presa in carico; Day Service. | Definizione di slot dedicati per PDTA individuati. |
| | Implementazione Telemedicina | Alla fine del 2025 è partita la nuova piattaforma regionale che auspicabilmente dovrebbe migliorare il confronto tra curanti e specialisti. | Estensione progressiva della piattaforma in ASST. |
| | Appropriatezza prescrittiva | Agende suddivise per classi di priorità e distinte tra primi accessi e controlli | Monitoraggio continuo; mantenimento e ampliamento dei tavoli dedicati a MMG e Specialisti in tale ambito; applicazione |

| | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|
| GOVERNO DELL'OFFERTA | | | | di modelli di Intelligenza Artificiale come previsto dalle linee di indirizzo regionale. |
| | | Presa in carico dei pazienti cronici | PDTA diabete | Definizione di slot dedicati per i PDTA individuati. |
| | Area Tematica | Sottotema | Punti di forza | Aree di miglioramento |
| | | Estensione canali di prenotazione | In ASST si utilizza lo strumento GPOPE per la prenotabilità su tutto il canale regionale. | Nel corso dell'anno 2026 si attiverà il nuovo sistema CUP regionale. |
| | | Potenziamento gestione delle disdette e dei no-show | Attivo per esenti e non esenti il recupero crediti legato ai <i>no show</i> . | |
| | | Ampliamento visibilità agende a CUP e gestione degli utenti per cui il tempo di attesa non è rispettato | Le agende sono tutte esposte a CCR; sono attivi percorsi di tutela e liste di presa in carico per gli utenti che non trovano una collocazione nei tempi previsti. | Azioni di <i>recall</i> sistematico per gli utenti per cui non rispettiamo i tempi di attesa secondo la priorità indicata in ricetta. |
| | | Integrazione Sistemi CUP a livello sovra-aziendale | Nel corso dell'anno 2026 si attiverà il nuovo sistema CUP regionale. | Nel corso dell'anno 2026 si attiverà il nuovo sistema CUP regionale. |
| | | Implementazione Telemedicina nelle sue varie forme (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telesorveglianza) | Alla fine del 2025 è partita la nuova piattaforma regionale che auspicabilmente dovrebbe migliorare il confronto tra curanti e specialisti. | Estensione progressiva della piattaforma in ASST. |
| | | Maggiore sfruttamento ambulatori territoriali (risorse umane e strumentali aggiuntive) | Attivazione delle nuove Case della Comunità nel Distretto di Bergamo. | Apertura nuovi ambulatori attraverso il reclutamento di specialisti integrati con le Strutture ospedaliere al fine di creare una completa integrazione tra i due contesti |
| | | Incremento prestazioni (area a pagamento, contratti <i>ad hoc</i>). | Sono attivati percorsi di potenziamento in linea con le risorse regionali assegnate. | |
| <p>Interventi chirurgici</p> <p>Nel periodo immediatamente successivo alla pandemia COVID, l'attenzione per i tempi di attesa per gli interventi chirurgici è andata via via aumentando. Le linee di indirizzo regionale negli ultimi anni si sono focalizzate sui piani di recupero degli interventi chirurgici sospesi a causa della pandemia e sulla necessità di adottare strumenti condivisi e uniformi per la gestione della Lista d'attesa dei Ricoveri (LAR), recependo il progetto ministeriale "Modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa".</p> <p>L'ASST ha aggiornato le procedure aziendali per la gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati, prevedendo la gestione del criterio di inserimento in lista di presa in carico, le modalità di gestione e monitoraggio delle liste d'attesa (pulizia cadenzata delle liste da eseguire anche con il supporto operativo delle ATS e processo di riduzione delle liste d'attesa, con la descrizione delle modalità di eliminazione dei pazienti in lista e con specifico dettaglio nel caso di sospensione o irreperibilità del paziente).</p> | | | | |

Si aggiunga che una delle strategie di governo della domanda di prestazioni chirurgiche programmate è rappresentata dall'assicurare un tempo d'attesa coerente con l'urgenza del singolo paziente e un ordine di accesso ai trattamenti tale da garantire la corretta assegnazione del codice di priorità rispetto all'urgenza. L'assegnazione delle priorità cliniche condivisa tra i professionisti prescrittori, sulla base di competenze ed esperienze può favorire l'appropriatezza prescrittiva e l'equità di accesso.

Tali attività sono premesse fondamentali per un'efficace programmazione operatoria che consenta di raggiungere i *target* definiti a livello regionale e nazionale.

Azioni di monitoraggio

Mensilmente sono trasmessi a Regione i dati di prenotazione relativi al mese precedente delle prestazioni ambulatoriali monitorate definite al livello ministeriale.

Nell'area Trasparenza del sito internet aziendale sono pubblicati i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN, nonché di quelle erogate in regime di ricovero, secondo quanto previsto dalle "Linee di indirizzo – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi sui siti web di Regioni, Province autonome e aziende sanitarie".

È nominato il Responsabile Unico aziendale delle liste d'Attesa (RUA), responsabile dell'implementazione degli obiettivi e delle attività di sorveglianza previste.

Per entrambe le tipologie di prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) sono effettuati controlli sugli equilibri SSN/ALPI.

Pronto Soccorso

I dati AGENAS 2024 nazionali mettono in luce criticità significative nel sistema dell'emergenza, con tassi di abbandono molto elevati in diverse strutture e percentuali significative di accessi che comportano tempi di attesa superiori alle 8 ore.

L'ASST Papa Giovanni XXIII negli ultimi anni ha visto una graduale ripresa degli accessi in pronto soccorso che avevano subito una forte riduzione durante il periodo pandemico in entrambi i presidi. I dati si sono riportati ora ai livelli del periodo pre-pandemico in entrambi i presidi. Nello specifico, si segnala +3% degli accessi presso il PO PG23 e +9% presso il PO di San Giovanni Bianco nell'anno 2025 rispetto all'anno 2024.

Presso il **PO PG23** la maggior parte degli accessi (84,83% circa, nel 2024 era l'88%) avviene in autopresentazione, senza il coinvolgimento dei mezzi della rete dell'emergenza urgenza territoriale. L'andamento è stabile, non si evidenzia un andamento stagionale degli accessi.

Il 2% degli accessi ha codice 1, il 20% ha codice 2, il 34% ha codice 3, il 39% ha un codice 4 e infine, il 5% ha un codice 5 (questi ultimi nel 2024 erano il 7%).

Il tasso di abbandono annuale si attesta intorno al 9% (dato regionale DEA II livello: 8%).

Presso il **PO San Giovanni Bianco** la maggior parte degli accessi (88,54%, in incremento rispetto all'87% del 2024) avviene in autopresentazione, senza il coinvolgimento dei mezzi della rete dell'emergenza urgenza territoriale. L'andamento degli accessi presenta una stagionalità legata al periodo turistico estivo (luglio-agosto) e, in misura un po' inferiore, al periodo invernale (vacanze natalizie).

Meno dell'1% degli accessi ha codice 1, il 9% ha codice 2, il 26% ha codice 3, il 55% ha un codice 4 e infine, il 9% ha un codice 5 (in riduzione rispetto all'11% del 2024).

Il tasso di abbandono annuale si attesta intorno al 5% (dato regionale PS: 5%), con livelli leggermente superiori durante il periodo estivo.

Il 12% degli accessi è seguito da ricovero (dato regionale PS: 11%).

| | |
|--|---|
| | <p>Per entrambi i presidi i tempi di <i>boarding</i> e di gestione dei codici 2 – arancioni sono distanti dai <i>target</i> ministeriali.</p> <p>Per raggiungere i <i>target</i> assegnati, la situazione evidenzia la necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attivare un monitoraggio sistematico dei dati di attività del PS e delle <i>performance</i> ospedaliere • rivalutare la numerosità delle risorse umane impiegate • migliorare i percorsi di presa in carico, soprattutto nelle ore di punta • rafforzare la rete territoriale, per ridurre gli accessi impropri • rafforzare la funzione di <i>Bed Management</i>. |
|--|---|

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|--|---|----------------------------|--------------------------------|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| AREA AMBULATORIALE: Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità | <p>Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa</p> <p>1. calcolo raggiungimento target a livello di prestazione/raggruppamento: Numeratore: volume erogato secondo i filtri individuati a livello di ASST Denominatore: totale target a livello di ASST</p> <p>2. calcolo valore indicatore complessivo: [Sommatoria target delle singole prestazioni/raggruppamenti] /n. prestazioni-raggruppamenti con target</p> | 103% | Regionale annuale >100% |
| AREA AMBULATORIALE: Percentuale di prestazioni ambulatoriali per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità | <p>Numeratore: N. di prenotazioni garantite entro i tempi di attesa per classe di priorità (senza prevedere la tolleranza) Denominatore: N. di prenotazioni totali per classe di priorità (solo prestazioni PNGLA esclusi i raggruppamenti considerati nell'indicatore D10Z)</p> | 78,73% | >=90% |
| AREA PRONTO SOCCORSO: Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti | <p>Numeratore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in PS con codice di priorità 2</p> | PG23 33% SGB 47% | > 85% |
| AREA PRONTO SOCCORSO: Numero di pazienti che | <p>Numeratore: N. di abbandoni da PS Denominatore: N. di accessi in PS</p> | PG23 6-10% SGB 2-3% | < 1,25% |

| | | | |
|---|--|---|---|
| lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita | | | |
| AREA PRONTO SOCCORSO: Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding | Numeratore: tempo medio di boarding anno corrente tra tutte le strutture afferenti all'HUB Denominatore: tempo medio di boarding anno precedente tra tutte le strutture afferenti all'HUB | PG23 13h5m (8.553 pazienti) SGB 4h36m (651 pazienti) | <=20% |
| AREA PRONTO SOCCORSO: Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding | Numeratore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nell'anno corrente Denominatore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nell'anno precedente | PG23 -24% SGB +8,7% | <=30% |
| AREA RICOVERO: Raggiungimento dei target fissati con gli Indirizzi di Programmazione di Sistema sui tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (oncologici in classe di priorità A e non oncologici in tutte le classi di priorità) rispettando i volumi dell'anno precedente (senza considerare i ricoveri con anno di prenotazione antecedente all'anno precedente) | ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici oncologici programmati (classe di priorità A) effettuati entro soglia Denominatore: totale di ricoveri chirurgici programmati oncologici (classe di priorità A) effettuati NON ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici non oncologici programmati effettuati entro soglia Denominatore: totale di ricoveri chirurgici non oncologici programmati (tutte le classi di priorità) effettuati | ONCOLOGICI 83% NON ONCOLOGICI 81% | Rispetto dei target istituzionali ONCOLOGICI: % > 88% NON ONCOLOGICI: % > 85% |
| AREA RICOVERO: Raggiungimento della percentuale target di recupero delle prestazioni di ricovero prenotate negli anni precedenti e non erogate a inizio anno corrente | Numeratore: differenza tra il n. di ricoveri in lista a inizio anno corrente e il n. di ricoveri ancora in lista a fine anno corrente Denominatore: N. di ricoveri in lista a inizio anno corrente | 55% | <70% |

| LINEA STRATEGICA 3 | |
|---|---|
| Rafforzamento dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria | |
| Unità Operativa: SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali - DAPSS | |
| OBIETTIVO GENERALE | Garantire una presa in carico globale e continuativa del paziente favorendo la prossimità delle cure e l'integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociali in linea con il modello delineato dal PNRR |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo Case di Comunità, Ospedale di Comunità e Centrali operative territoriali • Potenziamento assistenza domiciliare • Integrazione socio sanitaria • Potenziamento dei servizi di Salute mentale e dei Consultori familiari |
| DESCRIZIONE | <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII intende garantire il perseguimento di una presa in carico globale e continuativa della persona assistita partendo dalla consolidata esperienza maturata negli anni. A titolo esemplificativo e non esaustivo, si citano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione dei contesti di Salute mentale, dell'Hospice e del Servizio Sociale; • avvio della Centrale Dimissioni Protette nel 2008; • accoglimento dei servizi e dei contesti territoriali, afferenti all'allora ASL, a seguito della legge regionale 23 agosto 2015, n.23; • introduzione del Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità nel novembre 2020; • apertura delle Case di Comunità dal 2022; • avvio dell'ente erogatore di Cure Domiciliari nel IV trimestre 2023; • introduzione delle Centrali Operative Territoriali da dicembre 2023; • afferenza delle Cure Primarie da gennaio 2024; • avvio dell'Unità di Continuità Assistenziale nel giugno 2025. <p>Il quadro sopra descritto rappresenta le fondamenta su cui innestare le azioni chiave volte al raggiungimento dell'obiettivo e costruire così una rete di coordinamento, integrazione e raccordo in cui la persona, a seconda del suo bisogno e della sua evoluzione, senza soluzione di continuità, possa essere indirizzata al setting più appropriato attraverso l'attivazione e l'intervento tempestivo dei professionisti, servizi e/o risorse più appropriate.</p> <p>Lo sviluppo delle Case di Comunità sarà promosso attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'apertura e la garanzia degli standard previsti dalla normativa per le Case di Comunità in fase di costruzione (Bergamo – Matteo Rota e Bergamo – Sacro Cuore) e ristrutturazione (Sant'Omobono Terme), analogamente a quanto in essere per quelle già attive; • il consolidamento dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale quale alveo d'elezione per la valutazione dei bisogni complessi della persona e la stesura del progetto di salute conseguente; • l'introduzione, lo sviluppo e/o il consolidamento di nuove funzioni per professionisti come fisioterapisti, dietisti, terapisti occupazionali, etc.; • il potenziamento dell'offerta ambulatoriale sia specialistica, per le patologie ad elevata prevalenza insistenti sul territorio di riferimento, sia infermieristica per i bisogni di natura assistenziale; • il potenziamento dell'offerta di servizi di diagnostica di base; • lo sviluppo, il consolidamento e/o l'introduzione di progetti ponte ospedale – territorio che garantiscano, in un'ottica di appropriatezza, la prossimità di servizi, storicamente a gestione ospedaliera, che non necessino di un contesto tecnologicamente avanzato; • la promozione della coprogettazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e della |

coproduzione con la comunità di riferimento e gli Enti del Terzo Settore.

Lo sviluppo dell'**Ospedale di Comunità** si realizzerà attraverso l'apertura dei 20 posti letto previsti e il consolidamento della gestione, basata su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, di questa innovativa Unità d'Offerta.

Lo **sviluppo delle Centrali Operative Territoriali** si concretizzerà mediante:

- il rafforzamento, contestuale al potenziamento dei setting di destinazione, delle transizioni ospedale → territorio e territorio ↔ territorio;
- la promozione dello sviluppo della transizione territorio → ospedale in collaborazione con ATS Bergamo nel suo ruolo di governo dell'offerta;
- il consolidamento della gestione dei processi amministrativi di telemedicina contestuali allo sviluppo della stessa.

Il **potenziamento dell'assistenza domiciliare** vedrà il concorso dei seguenti diversi attori, principalmente già attivi, in maniera integrata e coordinata:

- Infermieri di Famiglia e di Comunità per attività di valutazione, monitoraggio, educazione, case management, sia nel contesto delle prese in carico che del Progetto di Sorveglianza Domiciliare;
- Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta per attività di Assistenza Domiciliare Programmata;
- personale delle Cure Domiciliari autorizzative per l'autorizzazione delle cure domiciliari e la stesura del progetto individuale;
- ente di Cure Domiciliari per l'erogazione di cure domiciliari, sia di natura prestazionale che integrate, e di trasfusioni domiciliari;
- Unità di Continuità Assistenziale per approfondimento diagnostico, definizione dell'approccio terapeutico e/o del setting/livello assistenziale appropriato e follow-up post dimissione;
- personale delle Cure Palliative Domiciliari;
- Assistenti sociali per colloqui e altre attività sia distrettuali che consultoriali;
- Ostetriche per home visiting finalizzato al supporto genitoriale e alla promozione di una relazione positiva tra bambino/a e adulti di riferimento;
- altri professionisti per interventi domiciliari finalizzati a rispondere ai bisogni della persona (Medici specialisti, Dietisti, Terapisti occupazionali, etc.).

L'**integrazione socio sanitaria** rappresenta l'elemento trasversale che caratterizza le azioni di sviluppo e potenziamento sopra descritte. Essa si realizza nelle valutazioni dei bisogni e nelle progettazioni che hanno luogo nel Punto Unico di Accesso e nelle Équipe di Valutazione Multidimensionale, nella coprogettazione dell'offerta di servizi con gli Ambiti Territoriali Sociali, anche nel contesto del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e corrispettivo Piano di Zona, e nell'attività del Servizio sociale operante in Ospedale.

La presa in carico globale e continuativa della persona sarà perseguita anche attraverso la messa in campo di azioni di promozione e facilitazione della **presa in carico del paziente cronico e/o fragile** da parte dei Medici di Assistenza Primaria e la garanzia del supporto delle Centrali Operative Territoriali per la programmazione degli interventi previsti nel PAI.

Il **potenziamento dei servizi di Salute mentale** vedrà compimento attraverso:

- l'espansione dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza con l'apertura di un nuovo polo erogativo presso la Casa di Comunità di Sant'Omobono Terme e della Casa degli Adolescenti in via Borgo Palazzo a Bergamo;
- il consolidamento dei servizi di Psicologia della Casa di Comunità e delle Cure

| | |
|--|---|
| | <p>primarie;</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'evoluzione dell'offerta alla luce dei bisogni emergenti e delle opportunità future. <p>Il potenziamento dei Consultori familiari si condurrà con un approccio multiprofessionale, improntato alla prevenzione e promozione della salute, e con forte connotazione di integrazione socio sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riaprendo la sede secondaria del Consultorio di Villa d'Almé presso la Casa di Comunità di Sant'Omobono Terme; • garantendo attività di diagnosi e cura ad accesso diretto, senza prescrizione e senza compartecipazione alla spesa sanitaria; • intercettando il disagio giovanile; • potenziando le attività di home visiting, già citate, e di screening del cervicocarcinoma; • garantendo la tutela della maternità, l'accompagnamento alla genitorialità adottiva, alla genitorialità responsiva nei primi 1000 giorni di vita e il supporto nei percorsi di interruzione volontaria della gravidanza. |
|--|---|

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|---|---|---|--|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| N° strutture attivate (CdC, OdC, COT) | N° strutture (CdC + OdC + COT) attivate entro i termini previsti / N° strutture (CdC + OdC + COT) previste per l'ASST | 7 (4 CdC + 1 OdC + 3 COT)/8 | 100% |
| Percentuale di pazienti cronici presi in carico con PAI dai MAP | N° pazienti cronici, afferenti all'ASST, presi in carico con PAI dai MAP / N° pazienti cronici, afferenti all'ASST, da prendere in carico con PAI dai MAP | 5% | 14% (MMG aderenti a cooperativa =>20% e MMG non aderenti a cooperativa =>10%) |
| N° persone over 65 che hanno ricevuto assistenza domiciliare | N° persone over 65, afferenti all'ASST, che hanno ricevuto assistenza domiciliare / N° di persone over 65 afferenti all'ASST | 6.765 / 6.690 (dati Tableau 2025 del 23/01/26) | Raggiungimento target nazionale |
| N° transizioni gestite dalla COT | N° transizioni gestite dalle COT / N° transizioni che insistono sull'ASST | 4.216 | Mantenimento della situazione attuale |

| LINEA STRATEGICA 4 | |
|---|--|
| Digitalizzazione e innovazione tecnologica | |
| Unità Operativa: SC Sistemi informativi-ICT | |
| OBIETTIVO GENERALE | Accelerare la trasformazione digitale e tecnologica dei processi clinici e amministrativi migliorando la continuità assistenziale e l'efficienza operativa attraverso soluzioni innovative e apparecchiature di ultima generazione |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Telemedicina e telemonitoraggio • Innovazione apparecchiature sanitarie (<i>sostituzione apparecchiature obsolete, introduzione di tecnologie robotiche, soluzioni di intelligenza artificiale</i>) • Innovazione infrastruttura tecnologica con sensibile miglioramento delle performance e miglioramento energetico (storage, Firewall, sistemi di backup); • Sostituzione e miglioramento SW aziendali: introduzione e sostituzione di SW obsoleti e passaggio a NPRI per i SW attualmente in produzione; • Migrazione verso cloud certificati ACN (ARIA, PSN, etc.); • Cybersecurity: somministrazione a tutto il personale aziendale del corso e-learning fornito dalla cabina di cyber-regia di ARIA. |
| DESCRIZIONE | <p>La trasformazione digitale rappresenta oggi una priorità strategica per il sistema sanitario, in risposta alle crescenti esigenze di efficienza, sicurezza e qualità dei servizi.</p> <p>L'evoluzione tecnologica è condizione indispensabile per garantire continuità assistenziale, interoperabilità dei dati e processi clinici e amministrativi più snelli e integrati con l'obiettivo di aumentare in maniera sensibile la qualità dei servizi e la patient experience.</p> <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII si propone di accelerare questa transizione attraverso soluzioni innovative e infrastrutture di ultima generazione, in linea con le direttive nazionali e regionali. L'adozione di tecnologie avanzate, la migrazione verso ambienti cloud certificati e l'introduzione di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio consentiranno di migliorare l'accessibilità ai servizi, ridurre i tempi di risposta e ottimizzare le risorse.</p> <p>Parallelamente, il rafforzamento della cybersecurity e la formazione del personale garantiranno la protezione dei dati e la resilienza dei sistemi, mentre l'innovazione delle apparecchiature sanitarie e dei software aziendali contribuirà a creare un ecosistema digitale sicuro, efficiente e orientato al futuro.</p> |

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|--|--|---------------|--------|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| Innovazione infrastruttura tecnologica – miglioramento delle performance sistemi | Prestazioni sistema sostituito – Prestazioni sistema introdotto Consumo sistema sostituito – Consumo sistema introdotto | Non prevista | >0 |
| Sostituzione e miglioramento SW aziendali – introduzione e Go-Live di nuovi sistemi SW | Nuovo SW in produzione → +1 Nuova integrazione NPRI → +1 | 6 | >=10 |
| Migrazione sistemi SW in cloud | Sistema migrato = +1 | 8 | >=10 |
| Cybersecurity - formazione | % di personale formato | Non prevista | >=70% |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| Indice di rinnovo tecnologico (TRI) - modificato | Valore apparecchiature elettromedicali età ≤ 5 anni /valore totale del parco tecnologico | ND | 40-60% livello adeguato > 60% livello adeguato < 40% alert |
| Digital Integration Index (DII) | Tecnologie integrate con HIS/PACS / Totale apparecchiature | ND | > 80% |
| Budget Adequacy Ratio (BAR) | Budget annuale per tecnologie / Fabbisogno teorico di rinnovo | ND | *Fabbisogno teorico = valore parco/vita utile media Target ≥ 1 |
| Attività di telemedicina | Volume di attività di telemedicina (televisite, teleassistenza, teleconsulti, teleconsulenze, telemonitoraggi, telecontrolli) del periodo 2026 – 2028 > volume attività di telemedicina (televisite, teleassistenza, teleconsulti, teleconsulenze, telemonitoraggi, telecontrolli) del periodo 2023 - 2025 | 9.204 (aggiornamento al 30/11/25) | ≥ 10% in più delle prestazioni del triennio precedente |

| LINEA STRATEGICA 5 | |
|--|---|
| Sostenibilità e sicurezza delle strutture | |
| Unità Operativa: SC Direzione Medica | |
| OBIETTIVO GENERALE | Garantire la sicurezza delle infrastrutture e ridurre l'impatto ambientale ed economico delle attività sanitarie e sociosanitarie in linea con gli standard nazionali e internazionali, promuovendo efficienza energetica, efficienza economica, resilienza e comfort per pazienti e operatori |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Efficientamento energetico e riduzione delle emissioni dirette e indirette • Monitoraggio dei consumi energetici e individuazione degli sprechi • Incentivazione della mobilità sostenibile e alternativa per dipendenti e utenza • Gestione sostenibile dei rifiuti e consumi • Sicurezza strutturale • Sostenibilità economica |
| DESCRIZIONE | <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII ha avviato un percorso di efficienza energetica per contribuire alla riduzione dei consumi di energia, specialmente in un periodo come quello attuale in cui i prezzi di energia elettrica e gas naturale si mantengono a livelli più alti rispetto allo storico. L'impegno delle aziende sanitarie nel contrasto alla crisi climatica è tanto più rilevante considerando gli impatti che questa ha sulla salute e il benessere dei cittadini. Sono stati realizzati degli interventi finalizzati all'installazione di impianti di autoproduzione di energia, in particolare da fonte fotovoltaica, presso il presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII, la Casa di Comunità di Sant'Omobono Terme e la sede di formazione universitaria di via Nini da Fano a Bergamo, impianti che vanno ad aggiungersi a quello già esistente presso l'ospedale di San Giovanni Bianco. Le ristrutturazioni degli immobili effettuate tramite i finanziamenti del PNRR per la realizzazione di Ospedale di Comunità, Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali hanno inoltre consentito di migliorare l'efficienza energetica dei presidi territoriali e contenerne i consumi.</p> <p>Inoltre, nell'ottica di perseguire una maggiore sostenibilità ambientale, è stato disposto di aderire all'"Opzione verde" della convenzione Consip per la fornitura di energia elettrica per le sedi aziendali, in modo da avere la garanzia che l'energia elettrica consumata dall'ASST Papa Giovanni XXIII provenga da fonti energetiche rinnovabili o sia compensata da esse.</p> <p>Nel corso del 2025 è stata acquisita una dettagliata diagnosi energetica dell'ospedale Papa Giovanni XXIII, con l'indicazione delle principali azioni da intraprendere per contenere il consumo energetico e, in particolare, si progetta l'installazione di un sistema di monitoraggio. L'effettiva realizzazione di tale sistema è fondamentale per poter verificare nel dettaglio come l'energia viene consumata all'interno dell'ospedale, individuare e contenere eventuali sprechi per poter decidere quali interventi realizzare ed è quindi uno degli obiettivi da perseguire nell'ottica di risparmio energetico.</p> <p>All'interno del contratto di facility management di prossima sottoscrizione, sono previste a carico della ditta aggiudicataria anche le diagnosi energetiche, pertanto tale diagnosi verrà acquisita anche per le sedi territoriali, completando la "mappatura" energetica dell'ASST Papa Giovanni XXIII.</p> <p>L'azienda è inoltre attiva nell'analisi e nell'incentivazione della mobilità sostenibile e alternativa. Sono state installate presso i parcheggi di utenza e dipendenti e nell'autorimessa della flotta aziendale delle infrastrutture di ricarica per veicoli elettrici. Inoltre, è stata installata presso l'ospedale Papa Giovanni XXIII una velostazione da 90 posti.</p> |

Sono in corso valutazioni per la sottoscrizione di convenzioni e agevolazioni per i dipendenti con il trasporto pubblico locale e interventi per realizzare ulteriori locali destinati alle biciclette presso le sedi esterne.

L'impegno per la sostenibilità di ASST Papa Giovanni XXIII va oltre la gestione degli edifici, infatti l'ASST ha sottoscritto, in data 06.09.2023, un protocollo d'intesa con le altre aziende sanitarie della provincia di Bergamo, l'ordine dei Medici di Bergamo, l'Università degli Studi di Bergamo, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e il Comune di Bergamo, per affrontare negli anni a venire in modo coeso e coordinato le sfide relative all'efficienza energetica e alla sostenibilità ambientale, condividendo obiettivi e metodi di lavoro. Nell'ambito di questo tavolo l'ASST Papa Giovanni XXIII ha siglato il Climate City Contract e sta partecipando come stakeholder al progetto europeo Net Zero Cities del Comune di Bergamo che prevede il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030 anziché entro il 2050. Inoltre, è stato redatto un documento intitolato *"Manuale per ridurre l'impronta climatica dei servizi sanitari"* presentato pubblicamente durante un convegno del 16.11.2024 e in altre occasioni istituzionali, in cui vengono elencate le attività che le aziende sanitarie e socio-sanitarie possono intraprendere per mitigare il loro impatto ambientale.

L'ASST Papa Giovanni XXIII ha aderito nell'arco del 2024 al network internazionale *"Global Green and Healthy Hospitals"*, un programma di *Health Care Without Harm* finalizzato a promuovere pratiche ecologicamente sostenibili negli ospedali e nei sistemi sanitari, mirando a ridurre l'impatto ambientale e a migliorare la salute pubblica. Il network supporta le strutture sanitarie nella transizione verso modelli ecologici e sicuri per la decarbonizzazione dei sistemi sanitari.

L'azienda ha istituito con delibera n. 515 del 26.03.2025 un Green Team aziendale, con cui si è assunto come obiettivo strategico la promozione di un modello di sanità sostenibile a ridotto impatto ambientale, attuando alcune iniziative in questa direzione. Il gruppo ha un approccio interdisciplinare e condiviso alla sostenibilità ambientale. Con la delibera del Green Team è stata nominata la dottoressa Stefania Barcella quale Climate Manager Aziendale con il compito di coordinare il Green Team e le iniziative in tema di sostenibilità in azienda. In azienda era già nominato un Energy Manager e Mobility Manager, ingegner Gianluca Santini, che contribuisce alle suddette progettualità.

Su mandato del Green Team è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare sui gas anestetici, con l'obiettivo di rispondere al Regolamento UE 2024/573 e limitare l'utilizzo del desflurano. Il gruppo di lavoro ha prodotto un documento con le indicazioni operative in merito ai rari casi in cui l'utilizzo del desflurano è da preferirsi per condizioni mediche, verrà svolta una formazione sul tema a tutti gli anestesisti presenti in azienda e le indicazioni diventeranno operative dal 01/01/2026. È previsto che il gruppo si riunisca 3 mesi dopo l'implementazione delle indicazioni per una valutazione dei dati di utilizzo dei gas anestetici e per un aggiornamento in merito all'attuazione delle indicazioni fornite.

Nel 2025 anche il tema dell'impatto sull'ambiente dell'alimentazione è stato centrale, infatti è stato individuato come progetto aziendale per l'erogazione delle quote RAR 2025 il corso FAD dal titolo *"Principi di una sana e corretta alimentazione"*, all'interno del quale c'era anche un capitolo dedicato alla relazione tra alimentazione e ambiente. Nei prossimi anni si continuerà a lavorare sulla tematica, in collaborazione con il gestore della mensa.

Con deliberazione numero 1075 Il 25/06/2025 è stato costituito il gruppo di telemedicina aziendale multidisciplinare ed è stato nominato il referente aziendale per la telemedicina. Negli ultimi mesi del 2025 è iniziata l'implementazione dell'infrastruttura regionale di

| | |
|--|---|
| | <p>telemedicina, che continuerà nei prossimi anni, per favorire la prossimità delle cure con conseguente riduzione delle emissioni.</p> <p>Nel corso del 2026 verrà acquisito un report di sostenibilità secondo i criteri ESG (Environmental, Social, Governance), condotto in collaborazione con la società BH, spinoff del Politecnico di Milano, per valutare l'impatto dell'azienda su ambiente, società e qualità della gestione. Il progetto, avviato all'interno del contratto di Concessione, prevede inoltre due aggiornamenti annuali successivi al rilascio del primo report, per monitorare l'andamento degli indicatori rilevati e l'incidenza delle attività di sostenibilità messe in atto dall'azienda.</p> <p>Infine, garantire la sostenibilità economica significa adottare un approccio responsabile nella gestione delle risorse, orientato all'efficienza e alla trasparenza. L'obiettivo è assicurare equilibrio finanziario nel medio-lungo periodo, supportando l'innovazione e la qualità dei servizi sanitari senza compromettere la solidità economica dell'Azienda.</p> |
|--|---|

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|---|---------------------|---------------|--|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| Adesione all'Opzione Verde di Consip per la fornitura di energia elettrica da fonti rinnovabili | Indicatore on/off | On | Mantenimento dell'adesione nel corso del triennio 2026-2028 |
| Installazione del sistema di monitoraggio energetico presso Papa Giovanni XXIII | Indicatore on/off | Off | Definizione progetto entro il 2026. Installazione del sistema entro la fine del triennio 2026-2028. |
| Ottenimento diagnosi energetiche per le sedi esterne | Indicatore on/off | Off | Entro la fine del 2028 |
| Convenzioni per i dipendenti per trasporto pubblico locale | Indicatore on/off | Off | Entro la fine del 2027 |
| Ottenimento e aggiornamenti annuali report di sostenibilità ESG | Indicatore on/off | Off | Entro la fine del 2027 e poi annuale per il triennio |

| LINEA STRATEGICA 6 | |
|---|---|
| Tutela e benessere degli operatori | |
| Unità Operativa: SS Ufficio Relazione col Pubblico (URP) | |
| OBIETTIVO GENERALE | Garantire un ambiente di lavoro sicuro, sano e motivante per gli operatori promuovendo la salute psicofisica, riducendo i rischi professionali, favorendo la conciliazione vita-lavoro e valorizzando le competenze al fine di rafforzare il benessere organizzativo e la qualità dei servizi erogati |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Promozione della salute psicofisica • Miglioramento della sicurezza sul lavoro • Sviluppo di politiche di conciliazione vita-lavoro • Valorizzazione e riconoscimento professionale |
| DESCRIZIONE | <p>Nelle strutture sanitarie, in generale, in tutti i luoghi di lavoro, il benessere degli operatori non è più considerato un semplice "benefit" accessorio, ma un pilastro strategico per la sostenibilità dell'organizzazione stessa. Mettere al centro la persona significa riconoscere che la salute fisica, mentale ed emotiva dei lavoratori è il motore primario della produttività e dell'innovazione.</p> <p>Anche all'interno dell'ASST Papa Giovanni XXIII, si è quindi proceduto a sviluppare e a mantenere aggiornate alcune importanti attività che impattano positivamente sulla vita personale dei lavoratori e, di conseguenza, anche sullo stimolo professionale, in una logica di migliore familiarizzazione con il luogo di lavoro e di complessiva maggiore soddisfazione e benessere.</p> <p>In particolare, in questa scheda verranno prese in considerazione alcune importanti attività di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per aiutare il dipendente a ottenere una buona forma fisica, con particolare attenzione alla postura e alla respirazione, saranno attivati anche nel 2026 corsi di PILATES, non solo presso l'Ospedale di Bergamo, ma anche nelle sedi territoriali. • Sempre nell'ottica di favorire una cultura dell'attenzione all'attività fisica e alla mobilità ecogreen, è attivo all'ingresso della struttura ospedaliera un servizio velostazione gratuito per i dipendenti, dedicato a chi si sposta in bicicletta e che offre un deposito custodito e videosorvegliato per il proprio mezzo a due ruote. • Troverà prosecuzione la convenzione attivata dall'azienda con un asilo nido privato della città, per dare la possibilità ai dipendenti di utilizzare il servizio per i propri figli a tariffe scontate, nell'ottica di porre adeguata attenzione alle politiche di conciliazione lavoro - famiglia. • Il benessere dell'operatore passa anche dalla presa in cura di sé stessi, della propria capacità di stare dentro ai faticosi eventi che si vivono in ospedale, migliorando le proprie capacità di ascolto di sé stessi e degli altri. In quest'ottica saranno promossi laboratori di medicina narrativa, dove attraverso l'esercizio della lettura attenta e della scrittura creativa si potranno utilizzare le pratiche artistiche per favorire l'ascolto empatico, dando forza alle narrazioni contenute in ognuno. • Nella tutela e nella protezione dei propri dipendenti, un'azienda deve poi riporre particolare attenzione alla prevenzione delle aggressioni verso gli operatori. Il contesto sanitario sempre più sta diventando un terreno fertile per lo sviluppo di situazioni conflittuali che, se non ben arginate, possono a volte sfociare in violenza, verbale o purtroppo anche fisica. In azienda esiste un gruppo di lavoro appositamente costituito che si occupa di questi aspetti e che ha elaborato e aggiornato una procedura dedicata. |



| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| Favorire attività fisica negli operatori con la disponibilità in azienda di corsi di pilates | Numero di corsi attivati | 2 corsi / anno | Almeno 2 corsi/anno |
| Disponibilità per i dipendenti del servizio di velostazione gratuito | Servizio attivo | Presenza di una postazione presso PG23 | Mantenimento situazione attuale |
| Disponibilità per i dipendenti di tariffe scontate presso un asilo nido della città | Servizio attivo | Presenza di una convenzione per dipendenti PG23 | Mantenimento situazione attuale |
| Attivazione di corsi di medicina narrativa per favorire le capacità di ascolto attraverso le competenze narrative | Numero di corsi attivati | 2 corsi / anno | Almeno 2 corsi/anno |
| Mantenimento e aggiornamento della procedura aziendale prodotta per la gestione delle possibili azioni di aggressione nei confronti degli operatori | Emissione e aggiornamento eventuale della procedura | Procedura aggiornata nel 2025 | Mantenimento situazione attuale |

| LINEA STRATEGICA 7 | |
|---|--|
| Collaborazione e cooperazione con associazioni e utenza | |
| Unità Operativa: SC Affari Generali | |
| OBIETTIVO GENERALE | Rafforzare il rapporto tra l'ASST PG23, le associazioni del territorio e gli utenti, promuovendo un modello di sanità partecipata e inclusiva creando sinergie per migliorare la qualità dei servizi, favorire la co-progettazione di iniziative e garantire una comunicazione trasparente e accessibile. |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> • Rafforzare il dialogo con le associazioni del territorio (tavoli di confronto con associazioni di volontariato e pazienti, collaborazione per progetti comuni, mappatura delle associazioni attive e dei servizi offerti, promozione di iniziative congiunte) • Coinvolgimento attivo dell'utenza (attivazione di focus group e questionari di ascolto, co-progettazione di iniziative per migliorare i percorsi di cura, promozione di iniziative congiunte) |
| DESCRIZIONE | <p>Nella prospettiva di fornire una risposta integrata ai bisogni dell'utente, tesa al miglioramento della qualità di vita della persona che viene posta al centro del proprio percorso esistenziale e che si fonda sulla piena integrazione sociale nella Comunità di riferimento (budget di salute), risulta fondamentale l'attivazione sinergica di un percorso assistenziale integrato al quale concorrono Case di Comunità, Comuni, famiglie e loro Associazioni, Enti del Terzo Settore, Enti gestori dei servizi per la disabilità.</p> <p>Tale approccio identifica come prioritaria la collaborazione con le Associazioni (ETS-ODV) operanti sul territorio, che con la loro opera, sia all'interno che all'esterno delle strutture aziendali, costituiscono un pilastro imprescindibile per la realizzazione della <i>mission</i> aziendale, favorendo canoni di sostenibilità, anche economica, nell'erogazione integrata dei servizi di ambito sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>In quest'ottica sarà favorita la co-progettazione di nuove forme di collaborazione con le associazioni di volontariato, disciplinate nell'ambito di specifici accordi, e verrà supportata, all'interno delle strutture e dei servizi dell'ASST, la realizzazione di attività e iniziative da parte dei volontari, senza scopo di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà.</p> |

| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
|--|---|---------------|--|
| Iniziative congiunte associazioni e utenza | n. eventi realizzati con associazioni e rivolti all'utenza (ambito cittadino) | 12 | 32 (valore totale) Anno 2026: 13 |
| Collaborazioni con associazioni | n. collaborazioni attivate | 21 | 65 (valore totale) Anno 2026: 24 |
| Collaborazioni con associazioni | n. incontri/tavoli di confronto realizzati in plenaria | 1 | 3 (valore totale) Anno 2026: 1 |
| Collaborazioni con associazioni | % associazioni coinvolte in progetti congiunti | 6,3% | 15% Anno 2026: 7% |
| Coinvolgimento dell'utenza | Indice di soddisfazione dell'utenza (survey annuale URP) | 90% | 90% |

| LINEA STRATEGICA 8 | |
|---------------------------------------|--|
| Prevenzione e promozione della salute | |
| Unità Operativa: SC Dipendenze | |
| OBIETTIVO GENERALE | Promuovere stili di vita sani e ridurre i fattori di rischio per malattie croniche e acute, attraverso interventi di prevenzione, in collaborazione con il territorio e la comunità. |
| AZIONI CHIAVE | <ul style="list-style-type: none"> Incremento della copertura vaccinale Potenziamento dei programmi di screening Attività di promozione della salute e di diffusione dei corretti stili di vita nelle comunità |
| DESCRIZIONE | <p>Prevenzione vaccinale</p> <ul style="list-style-type: none"> Adozione di un'informativa personalizzata, contenete anche le informazioni logistiche, da inviare alla popolazione, al compimento del 65° anno, sull'opportunità di effettuare le vaccinazioni destagionalizzate e stagionali Potenziare la collaborazione con i MAP per la delocalizzazione delle somministrazioni vaccinali presso gli studi degli stessi facilitando quindi l'accesso dell'utenza in particolare nelle zone più periferiche del territorio. Facilitare l'accesso alla vaccinazione nei pazienti pluripatologici attraverso il rafforzamento del percorso di accesso ai centri vaccinali Campagna di comunicazione sui social media aziendali <p>Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicazione generale per la sensibilizzazione e specifica ad opera delle Cure Primarie per la sensibilizzazione attraverso MAP (screening prostata e cervice uterina) o Pdl (screening cervice uterina) Attivazione di giornate di sensibilizzazione sullo screening della cervice uterina in concomitanza con l'apertura dell'anno accademico o scolastico. Attivazione di attività di consulenza nei PUA per favorire la compilazione del questionario per lo screening della prostata Incremento delle disponibilità di visite urologiche Attivazione dello screening del polmone e partecipazione allo sviluppo degli indirizzi regionali Screening HCV: prosecuzione offerta di screening opportunistica nella coorte 1969-1989 e potenziamento attività di screening nel SerD e nel Carcere Campagna di comunicazione sui social media aziendali <p>Promozione della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> Partecipazione ai tavoli provinciali e regionali di promozione della salute per la diffusione dei programmi e delle attività in essere Integrazione interistituzionale con gli stakeholder territoriali e con il terzo settore per la promozione delle attività nei contesti sociali Realizzazione di eventi sulla promozione della salute e sui corretti stili di vita Campagna di comunicazione sui social media aziendali |

| INDICATORI DI MONITORAGGIO | | | |
|--------------------------------|--|---------------|---|
| Indicatore | Modalità di calcolo | Baseline 2025 | Target |
| Percentuale MAP vaccinatori | N° MAP vaccinatori/totale MAP | 92% | >70% o incremento rispetto anni precedenti |
| Incremento copertura vaccinale | % vaccinati su popolazione – Dato da tableau regionale | 54,46% | > 50% o incremento rispetto anni precedenti |

| | | | |
|--|---|-----|--|
| antinfluenzale nella popolazione | | | |
| Tasso di adesione per singolo screening | dato tableau regionale | 48% | Incremento della quota di adesione popolazione under 25 anni |
| Tasso di no show | Numero di assistiti prenotati per I/II livello ma non presentati | 0% | Prenotati nella nostra ASST |
| Programma di equità in promozione della salute (PP1) | Numero di istituti scolastici aderenti ai programmi regionali del setting | 26 | Incremento rispetto agli anni precedenti |

Conclusione

L’attuazione delle linee strategiche delineate consentirà all’ASST Papa Giovanni XXIII di affrontare le sfide future con un approccio integrato e innovativo. Il piano mira a rafforzare il ruolo dell’Azienda come hub di riferimento, migliorare l’accesso alle cure, promuovere la digitalizzazione e la sostenibilità, tutelare il benessere degli operatori e favorire la partecipazione attiva della comunità. Queste azioni genereranno un impatto positivo sulla qualità dei servizi e sulla salute della popolazione, consolidando la leadership dell’ASST nel panorama sanitario regionale e nazionale.

2.1.1 Piano Triennale delle Azioni Positive

Il **Piano delle Azioni Positive** rappresenta uno strumento volto a promuovere pari opportunità, benessere organizzativo e inclusione all’interno dell’ASST Papa Giovanni XXIII. In coerenza con i principi normativi e con gli obiettivi di sostenibilità sociale, il Piano definisce interventi concreti per prevenire e rimuovere forme di discriminazione, favorire l’equilibrio di genere e valorizzare le competenze di tutto il personale. Le azioni positive si inseriscono in una visione integrata di sviluppo organizzativo, orientata, come precedentemente delineato, alla qualità del lavoro, alla tutela della dignità professionale e alla creazione di un ambiente collaborativo e inclusivo, in grado di rispondere alle sfide del contesto sanitario e alle esigenze della comunità.

| Cod. Area | Area | Cod. Obj | Obiettivi | Azioni |
|-----------|--|----------|--|---|
| I | Promozione del Benessere Organizzativo | 1 | Promuovere, in collaborazione con il medico competente e il CUG, l’attivazione dello “Sportello di ascolto e conciliazione” dedicato a coloro che attraversano momenti di disagio in ambito lavorativo | Promuovere la realizzazione dello sportello di ascolto e conciliazione |
| | | | | Proporre la nomina di una consigliera di fiducia |
| | | 2 | Supportare la prevenzione dello stress lavoro correlato migliorando | Perseguire il miglioramento del supporto informatico, dei tempi di intervento, del parco pc aziendale |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| | | | la qualità del tempo lavorato | Garantire la collaborazione con il GdL "Prevenzione dello stress lavoro-correlato" mediante partecipazione di referente CUG |
| | | 3 | Promuovere il senso di appartenenza all'azienda attraverso iniziative aggregazione e conoscenza | Miglioramento dello spazio Intranet per la gestione delle attività, convenzioni, eventi e iniziative dedicate al personale |
| | | 4 | Promuovere la parità di genere e l'inclusività | Promuovere la predisposizione del Gender Equality Plan aziendale |
| II | Promozione Stili di Vita Sani | 1 | Sostenere la diffusione di stili di vita sani secondo le indicazioni del Ministero della Salute e della Regione Lombardia | Promuovere e rafforzare azioni volte al benessere lavorativo e personale perseguendo e dando evidenza alle diverse iniziative aziendali (programma WHP, Centro anti tabagismo, incontri informativi presso le Case di comunità) |
| | | | | Promuovere convenzioni palestre vicine, active workplace e programmi digitali di fitness |
| | | | | Promuovere la realizzazione di un'area fitness in ASST con accesso del personale (su prenotazione) |
| | | 2 | Promuovere una mobilità consapevole ed ecologica | Proseguire la collaborazione con Mobility Manager aziendale per azioni sulla mobilità alternativa locale |
| III | Promozione strategie migliorative di conciliazione vita- lavoro | 1 | Graduale estensione dello <i>smart working</i> a ruoli professionali non inizialmente contemplati | Promuovere l'aggiornamento della regolamentazione aziendale |
| | | 2 | Promuovere attività finalizzate a conciliare l'attività lavorativa e vita familiare | Estensione delle fasce di part-time attualmente regolamentate |
| | | | | Proseguire nella promozione di convenzioni per asili, baby sitting, dog sitting, assistenza a familiari fragili, ecc. |
| IV | Promozione della cultura antiviolenza | 1 | Promuovere una cultura volta a favorire il contrasto alla violenza | Promuovere attività informative, formative e educative per il contrasto alla violenza in ogni accezione |
| | | 2 | Promuovere il contrasto agli atti di violenze nei confronti degli operatori sanitari | Promuovere corsi di difesa personale e gestione dell'aggressività |
| | | | | Proseguire la collaborazione con il GdL "Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori" mediante partecipazione di referente CUG |

2.2 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione rappresenta il documento in cui sono illustrate le strategie di prevenzione del rischio corruttivo e le politiche di trasparenza che l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo intende adottare nel periodo 2026-2028 ed è stata predisposta attenendosi a quanto previsto dalla Legge n.190/2012 e s.m.i., nonché dai Piani Nazionali Anticorruzione e dalle altre direttive emanate nel tempo dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'ASST Papa Giovanni XXIII si propone, nell'ambito delle proprie strategie di prevenzione della corruzione, di realizzare i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa.

Nell'ottica di rendere più efficace l'azione finalizzata al conseguimento dei predetti obiettivi strategici, l'ASST s'impegna a:

- mantenere un percorso di collegamento tra gli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance al fine di tradurre le misure di prevenzione in obiettivi strategici organizzativi e individuali assegnati alle strutture e ai loro dirigenti;
- realizzare una migliore integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e i sistemi di controllo interno;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Al fine di sensibilizzare i cittadini e le imprese alla cultura della legalità, si è data la possibilità a tutti gli stakeholder aziendali di intervenire nel processo di elaborazione della presente sezione mediante invio all'Azienda di proposte e osservazioni in merito, che possano contribuire ad implementare la strategia aziendale anticorruzione.

A tale proposito sul sito aziendale è pubblicata la relativa modulistica, rivolta a tutti gli stakeholder e al personale aziendale, per le eventuali proposte e osservazioni in merito¹.

Entro il 31.12.2025, data di scadenza della presentazione dei contributi, non è pervenuta alcuna proposta da parte degli stakeholder aziendali.

Il Sistema di Gestione Anticorruzione delineato nel presente documento deve essere conosciuto ed osservato da fornitori, provider, appaltatori e contraenti a qualsivoglia titolo, pubblici e privati che entrino in relazione con l'Azienda.

L'arco temporale di validità della presente sezione è relativo al triennio 2026-2028 a scalare e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano quelle della sezione del PIAO 2025/2027.

¹ Nella sezione "[Amministrazione trasparente](#)" -> "[Altri contenuti prevenzione corruzione](#)"-> "Proposte integrative/migliorative al Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza", del sito aziendale

Processo di gestione del rischio corruttivo

Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti fasi e sotto fasi:

| | |
|--------|---|
| FASE 1 | ANALISI DEL CONTESTO |
| | a) Analisi del contesto esterno b) Analisi del contesto interno c) Mappatura dei processi |
| FASE 2 | VALUTAZIONE DEL RISCHIO |
| | a) Identificazione del rischio |
| | b) Analisi del rischio |
| | c) Ponderazione del rischio |
| FASE 3 | TRATTAMENTO DEL RISCHIO |
| | a) Identificazione delle misure |
| | b) Programmazione delle misure |
| FASE 4 | Monitoraggio e riesame |
| FASE 5 | Consultazione e comunicazione |

2.2.1 Contesto esterno

Per meglio orientare le decisioni sulle misure da adottare per la prevenzione del rischio corruttivo è utile conoscere le caratteristiche strutturali e congiunturali del territorio nel quale opera l'ASST. Le informazioni e i dati rappresentati nel presente paragrafo integrano l'analisi del contesto esterno di cui alla Sezione 1 "Scheda anagrafica dell'amministrazione" del presente PIAO.

Per l'analisi del contesto esterno sono desumibili anche dall'ultima relazione della Direzione investigativa antimafia (riferita all'anno 2024) che evidenzia come la situazione generale della criminalità organizzata in Lombardia, appaia sostanzialmente immutata nelle sue caratteristiche manifestazioni. Le operazioni di polizia giudiziaria condotte in relazione ai fenomeni criminali più preoccupanti, come l'aggressione ai patrimoni illeciti mediante le confische e le misure di prevenzione eseguite nel semestre che hanno interessato la Regione, documentano la presenza prevalente della criminalità organizzata calabrese che da tempo ha adottato una strategia di mimetizzazione delle proprie attività illecite, privilegiando un approccio di tipo imprenditoriale mediante l'infiltrazione e un radicamento silente in questo territorio.

Dalla stessa relazione emerge che la Lombardia rappresenta un territorio di elevato interesse per le organizzazioni criminali in ragione della rilevanza del tessuto economico-produttivo, dell'elevato volume di risorse pubbliche gestite e della complessità dei procedimenti amministrativi. In questo contesto, le mafie tendono a inserirsi nei settori maggiormente esposti al rischio corruttivo, quali lavori pubblici, appalti di servizi e forniture, subappalti, gestione dei rifiuti, logistica, edilizia e attività immobiliari, avvalendosi di imprese formalmente regolari ma sostanzialmente condizionate o controllate. Le dinamiche descritte dalla DIA evidenziano come il rischio non sia limitato alla fase di affidamento dei contratti, ma si estenda anche alla gestione dell'esecuzione, alle varianti, ai subaffidamenti e ai rapporti continuativi tra amministrazioni e operatori economici. In tale scenario, il condizionamento può avvenire attraverso relazioni opache, pressioni indirette o pratiche

corruttive, con effetti distorsivi sull'imparzialità dell'azione amministrativa. Le attività delle Forze di polizia e della DIA nel 2024 sono proseguite sul piano preventivo mediante le verifiche antimafia nei confronti delle imprese interessate alle opere collegate al PNRR e a quelle connesse alle Olimpiadi di Milano-Cortina 2026. Si ribadisce il ruolo centrale degli strumenti di prevenzione amministrativa, quali le verifiche antimafia, le interdittive prefettizie e il coordinamento tra amministrazioni, Prefetture e forze di polizia, quale presidio essenziale per contrastare il rischio di infiltrazione mafiosa nel contesto lombardo.

In questo contesto anche il sistema sanitario lombardo è potenzialmente oggetto di attenzione da parte della criminalità organizzata.

Inoltre il trascorso periodo di pandemia ha comportato nuove urgenze e bisogni nel settore della salute, generando un rapido sviluppo di mercati nuovi per tipologie e dimensioni, con potenziale attrattiva delle organizzazioni criminali rispetto a settori, invero non bloccati dalle restrizioni covid, quali l'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico sanitario, i servizi funebri, le imprese di pulizia e sanificazione e smaltimento di rifiuti sanitari.

Da ultimo, le risorse messe a disposizione a livello europeo per la ripresa economica, mediante il PNRR, destinate alla realizzazione di infrastrutture e altre opere pubbliche, nonché a potenziare il sistema sanitario nazionale, possono essere di particolare attrattiva per la criminalità organizzata, anche attraverso la contrattualistica pubblica.

Tutto ciò espone le aziende del SSN ad un rischio medio/alto di fenomeni corruttivi e impone alle stesse di mantenere costantemente un elevato livello di guardia introducendo meccanismi dinamici di prevenzione e deterrenza, tali da contrastare e impedire detti fenomeni, pur tenendo conto delle esigenze di semplificazione dell'azione amministrativa.

2.2.2 Contesto interno/mappatura dei processi

Per quanto riguarda il contesto interno, si rimanda alla Sezione 1 "Scheda anagrafica dell'amministrazione" del presente PIAO e 3.1 "Struttura organizzativa" della Sezione 3 "Organizzazione e capitale umano", che descrivono ampiamente l'attuale organizzazione aziendale ben delineata e consolidatasi dopo l'approvazione del Piano di organizzazione aziendale strategico 2022 – 2024, adottato con deliberazione n. 1317 del 22 settembre 2022 e successivamente aggiornato con deliberazione aziendale n. 1472 del 24 ottobre 2024.

Si richiamano come ulteriori elementi utili a "comprendere" il "contesto interno" quanto descritto nella Sezione 2 del presente PIAO, che schematizza le aree e gli obiettivi che l'ASST intende perseguire per contribuire alla creazione di valore pubblico.

L'attività del 2026 sarà orientata:

- dal contesto interno ed esterno;
- da quanto emergerà dalla redigenda relazione annuale del RPCT;
- dalla relazione relativa all'applicazione del whistleblowing;
- dalle relazioni dei direttori di struttura acquisite dal RPCT;
- dalla mappatura dei processi aziendali e dal monitoraggio dei relativi indicatori, in particolare per il polo territoriale.

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, essa 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.

L'esito di tale lavoro, in continuo aggiornamento, è contenuto nell'allegato 1 al presente PIAO.

2.2.3 Valutazione del rischio

Il rischio è inteso come un evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'Azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management. Sono inclusi eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno dell'ASST Papa Giovanni XXIII (evidenziati nell'allegato 1 "Mappatura del trattamento dei rischi").

Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a individuare i rischi di corruzione, attraverso i seguenti strumenti:

- fonti informative e letteratura;
- indicazioni fornite dal PNA;
- linee guida ANAC;
- indicazioni ORAC.

Tale valutazione si è basata sulla preliminare analisi di due aspetti: "fattori abilitanti" e gli "indicatori di rischio". Per "fattori abilitanti" s'intende quei fattori di contesto che possono indurre comportamenti corruttivi, invece per "indicatori di rischio" ci si riferisce a quegli indicatori del livello di esposizione al rischio del singolo processo o della singola fase.

I "fattori abilitanti" presi a riferimento sono quelli suggeriti da ANAC, così sintetizzati:

- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) o mancata attuazione delle misure previste;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- 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.

All'analisi dei "fattori abilitanti" è seguita una stima del "livello di rischio", basata sulla valutazione della probabilità che quella condotta e/o quella circostanza (indicativa di un fenomeno corruttivo) accada concretamente in futuro e sulla valutazione dell'impatto, cioè dell'effetto che quella eventuale condotta e quella eventuale circostanza possono causare provocando un danno.

L'esito dell'analisi del rischio è sfociato, per i processi già esaminati, nella ponderazione del rischio cioè nella valutazione della necessità, o meno, di ridurre il rischio tramite l'applicazione di misure di prevenzione e/o protezione, attribuendo anche una corrispondente priorità di trattamento.

La valutazione è stata condotta sulla base della seguente classificazione della modalità di gestione del rischio:

- rischio basso/minimo = rischio accettabile;
- rischio medio = rischio medio
- rischio alto/critico = rischio rilevante

In relazione al livello di rischio è identificata la tipologia degli interventi da adottare, come di seguito sintetizzato:

- rischio accettabile = intervento di monitoraggio
- rischio medio = intervento da programmare con urgenza
- rischio rilevante = intervento da effettuare in tempi brevissimi.

Alla luce dell'evoluzione dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati da ANAC, la ASST Papa Giovanni XXIII, proseguirà con un percorso di aggiornamento della mappatura dei processi aziendali secondo una valutazione "qualitativa" di analisi del rischio indicata da ANAC nell'Allegato 1 del PNA 2019.

Nel 2025 si è provveduto, pertanto, a estendere la metodologia qualitativa, a gran parte dei processi afferenti alle Strutture territoriali operanti nel settore socio sanitario, qui di seguito rappresentate:

- a) S.C Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive
- b) S.C delle Dipendenze
- c) Distretti Socio Sanitari
 - Servizi di scelta e revoca
 - S.S. Cure domiciliari.

L'intero esito della attività di analisi e valutazione dei rischi condotta ai sensi della nuova metodologia ANAC è rappresentato nel Registro Rischi di cui all'allegato 1 della presente Sottosezione.

2.2.4 Individuazione di misure per il trattamento del rischio

Un sistema di gestione del rischio corruttivo è tanto più efficace tanto più si interfaccia con quelle funzioni di controllo interno presenti in un'azienda.

Ai fini della verifica della loro effettiva applicazione e della loro efficacia in termini di prevenzione di fenomeni corruttivi, l'ASST conferma la volontà di rafforzare e consolidare l'attività di controllo e monitoraggio, responsabilizzando ulteriormente i soggetti indicati nelle tabelle di applicazione delle singole misure.

In questo ambito, sarà richiesto agli stessi soggetti – anche per l'anno 2026 l'invio al RPCT di una relazione semestrale, utile alla progettazione di eventuali ulteriori misure.

Per tale ragione, è stato avviato dal 2025 un processo di collaborazione tra il RPCT e responsabili delle funzioni qualità aziendale/risk management e *internal auditing* con l'obiettivo di implementare gradualmente una mappatura dei processi aziendali e un catalogo dei rischi, per la razionalizzazione dei sistemi di controllo e di gestione delle criticità aziendali.

Sempre nell'anno 2025, nell'ottica di evitare duplicazioni delle attività, è stata avviata una collaborazione con la qualità aziendale nell'ambito dell'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) per il sistema sociosanitario, in attuazione di specifiche disposizioni regionali (Decreto n. 20638 del 21/12/2023 "Approvazione delle linee di riferimento per

l'implementazione del modello di Enterprise Risk Management, gestione integrata nel rischio"). In tal senso la qualità aziendale, supportata da un consulente esterno, nell'ultimo biennio ha avviato un'attività di individuazione, analisi e valutazione dei rischi aziendali, partendo da sei funzioni aziendali (nel 2024 acquisti, URP e sperimentazioni e nel 2025 sistemi informativi, tecnico e ingegneria clinica).

Il team di audit, sulla scorta degli scenari di rischio individuati, ha stilato un documento integrativo evidenziando possibili ulteriori potenziali rischi. Tale attività seguirà anche nel 2026 per le ulteriori funzioni che verranno valutate.

Sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio, particolare attenzione sarà posta alla "gestione del conflitto di interessi" in materia di contratti pubblici, tenendo conto dell'inquadramento normativo.

Circa l'applicazione della misura "formazione", nel corso dell'anno 2026 saranno riproposti obbligatoriamente a tutti i neoassunti e a coloro che non li abbiano seguiti nell'ultimo biennio, due corsi FAD intitolati "Anticorruzione nella pubblica amministrazione: le novità in tema di semplificazione, pubblicità e trasparenza" e "Codice di comportamento" (ai suddetti FAD è associato il superamento di un test finale di apprendimento).

È stato, inoltre, proposto nel piano di formazione aziendale dell'anno 2026, in fase di definizione, un corso gestito con risorse interne esplicativo dell'attività dell'audit interno e dei suoi risvolti nell'ambito del sistema di gestione del rischio corruttivo.

2.2.5 Progettazione delle misure e del relativo monitoraggio

La verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione viene effettuata con periodicità diversa in relazione alla tipologia di misura implementata. Le misure generali, che per loro natura sono considerate trasversali all'azienda con effetti che si prolungano nel tempo, saranno monitorate in relazione a eventuali modifiche legislative/organizzative e in funzione di quanto verrà approvato dal Comitato dei controlli aziendali. Le misure specifiche individuate in sede di analisi del rischio in relazione ai singoli processi aziendali saranno monitorate nel 2026.

2.2.6 Trasparenza

Come già ampiamente illustrato nei PTPCT degli anni scorsi (disponibili al link <https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-triennale-prevenzione-corruzione-trasparenza/piani-triennali-prevenzione-corruzione-trasparenza>), rimangono innegabili la centralità nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione la pubblicità e l'accessibilità di dati e informazioni da parte dei cittadini.

Se tale principio si è ormai consolidato e viene unanimemente riconosciuto il ruolo fondamentale che la trasparenza riveste sia a garanzia di una "buona amministrazione", sia quale misura di prevenzione di comportamenti e fenomeni corruttivi, con l'introduzione del PIAO la trasparenza acquista ulteriore rilevanza in quanto concorre alla protezione e alla creazione del valore pubblico. La trasparenza contribuisce, infatti, a rendere palesi le risorse impiegate per la definizione, la formalizzazione e l'ottimizzazione dei processi clinico-assistenziali, sanitari, sociosanitari e tecnico-

amministrativi di supporto, rispetto ai risultati conseguiti in termini di outcome di salute e di output di processo, consentendo così ai cittadini di esercitare un controllo diffuso sull'operato dell'ASST. Per tale ragione, l'ASST ha sempre prestato particolare attenzione all'inserimento nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità, oltre che al loro periodico aggiornamento.

Una sintesi di tali adempimenti è riportata nella tabella "Sezione - Amministrazione trasparente - Elenco degli obblighi di pubblicazione", allegata al presente PIAO.

Tale tabella, già aggiornata in occasione della redazione dei precedenti PIAO per recepire le disposizioni normative in materia di trasparenza e le indicazioni dell'ANAC contenute nei PNA, individua per ogni obbligo informativo il responsabile dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati con la relativa tempistica nonché il responsabile del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi, come indicato dall'allegato 1 "Sottosezione trasparenza PIAO/PTPCT" al PNA 2022, come aggiornato dall'ANAC con deliberazione n. 31 del 30 gennaio 2025.

La stessa tabella costituisce un valido strumento di programmazione per l'anno 2026 sia per i responsabili dei diversi adempimenti (elaborazione, trasmissione e pubblicazione) che dei responsabili del monitoraggio (di primo e secondo livello) e contribuisce a garantire maggiore regolarità e tempestività dei "flussi informativi" oggetto di pubblicità.

Ognuno di essi è sempre informato dal RPCT sugli obblighi cui devono adempiere e rispondere anche in termini di responsabilità dirigenziale, al fine di assicurare l'applicazione della misura di prevenzione della corruzione "Trasparenza".

Anche in tale ambito, – in linea con quanto previsto dal paragrafo 5.2 "Monitoraggio sulla trasparenza" del PNA 2022 e successivi aggiornamenti, con particolare riguardo all'ambito dei contratti pubblici - l'ASST intende assicurare – in continuità con le azioni già avviate - un controllo continuo sui contenuti delle sotto sezioni dell'"Amministrazione trasparente", per verificare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati pubblicati, l'assenza di filtri e/o soluzioni tecniche che impediscano ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche (salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente) oltre che per accertare che la pubblicazione dei dati avvenga in "formato aperto" e che gli stessi possano essere riutilizzabili come previsto dal d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

Saranno pianificate le attività necessarie per garantire l'osservanza delle scadenze indicate dall'ANAC in relazione al recepimento dei nuovi schemi di pubblicazione, gradualmente adottati dalla stessa autorità con l'intento di favorire enti e amministrazioni nella gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, attraverso modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

Proseguirà inoltre l'attività di supporto e interlocuzione del RPCT con i dirigenti responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati per garantire l'applicazione delle "Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. n. 33/2013", adottate dall'ANAC con deliberazione n. 495 del 25 settembre 2024 e poi modificate con

deliberazione n. 481 del 3 dicembre 2025 per le nuove esigenze di aggiornamento e chiarimento suggerite da AGID.

Prosegue anche nell'anno 2026 l'impegno dell'ASST ad assicurare nel pieno rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali, il diritto di accesso civico e civico generalizzato disciplinati, rispettivamente, dall'art. 5, comma 1 e comma 2, del già citato d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, oggetto anche del regolamento aziendale disponibile al link <https://www.asst-pg23.it/amministrazionetrasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general>.

2.2.7 Monitoraggio complessivo

Come già in precedenza e sopra dichiarato, proseguirà nel corso del 2026 il monitoraggio di tutte le misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche, dal cui esito dipenderà il riesame del processo di gestione del rischio di corruzione, secondo la logica sequenziale e ciclica del miglioramento continuo. Si rimanda per i contenuti al precedente par. 2.2.5.

2.2.8 Monitoraggio integrato

Come già evidenziato nella relazione inviata all'Organismo regionale per le attività di controllo della Regione Lombardia a oggetto "OB. 4 PDA 2024 ORAC "Sistema controlli interni", è intenzione della Direzione strategica assicurare il supporto necessario all'operatività del "Comitato di coordinamento dei controlli interni" istituito formalmente in attuazione della deliberazione n. 1585 del 23 novembre 2023, ad oggetto: "Comitato di coordinamento dei controlli interni. Definizione della sua composizione."

Il comitato, presieduto dal RPCT, è composto dalle strutture/funzioni di seguito elencate:

- Audit interno
- Controllo di gestione
- Dipartimento amministrativo
- Direzione medica
- Direzione aziendale delle professioni sanitarie e sociali
- Gestione operativa – next generation EU
- Qualità e risk management

Nel corso dell'anno si svolgerà almeno un incontro e si effettueranno le attività del Comitato finalizzate al raccordo dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, in modo da convogliare gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

Risulta infatti prioritario adottare misure idonee affinché le funzioni/uffici aziendali deputati ai diversi controlli operino sinergicamente e con modalità sistematizzate per rendere più efficaci le azioni messe in campo e ottimizzare le risorse disponibili.

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo è l'insieme coordinato delle funzioni e delle responsabilità degli assetti dell'ASST Papa Giovanni XXIII, è funzionale al governo dell'Azienda, alla realizzazione della mission, al miglioramento continuo dei processi di lavoro.

Attraverso tale modello, si dà attuazione alla distinzione tra le funzioni di governo e controllo, in capo al Direttore Generale, coadiuvato dalla Direzione Strategica e le funzioni di gestione, proprie della dirigenza.

In adesione al principio di distinzione delle funzioni sopra richiamato, ASST Papa Giovanni XXIII si articola nelle seguenti strutture organizzative:

- ✓ **Dipartimenti gestionali** costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite;
- ✓ **Dipartimenti funzionali** costituiti da un insieme di strutture semplici e complesse di particolare specificità per garantire percorsi trasversali alle aree omogenee con integrazione dei professionisti appartenenti a diverse unità organizzative e dipartimenti. Assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o dei percorsi relativi alla presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, integrano quindi le funzioni attuali orientate in genere a una supervisione e coordinamento dei processi clinici. La costituzione dei dipartimenti funzionali prevede figure professionali in grado di garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati;
- ✓ **Dipartimenti interaziendali** funzionali derivanti dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico Ente o ad Enti diversi; sono volti alla gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad Enti diversi e al ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari;
- ✓ **Strutture complesse (SC);**
- ✓ **Strutture semplici (SS);**
- ✓ **Strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD)**
- ✓ **Strutture semplici distrettuali (SD).**

Svolgono, attraverso tali articolazioni, funzioni di programmazione, di definizione di linee guida e protocolli operativi per assicurare l'omogeneità e la qualità dei servizi erogati.

Incarichi per il personale dirigenziale

Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi dirigenziali della dirigenza dell'area sanità e della area funzioni locali - dirigenti PTA è stato oggetto di revisione a seguito dell'adozione, rispettivamente con deliberazione n. 326 del 08.03.2023 e n. 451 del 22.03.2023, dei nuovi regolamenti, coerentemente alle disposizioni normative e contrattuali.

Le tipologie di incarico previste per la dirigenza dell'area sanità sono le seguenti:

Incarichi gestionali

- Direttore di Dipartimento;
- Direttore di SC;
- Responsabile di SSD-SS- SD;

Incarichi professionali

- Incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale;
- Incarico professionale di altissima professionalità a valenza di struttura complessa;
- Incarico professionale di alta specializzazione;
- Incarico professionale avanzato;
- Incarico professionale intermedio;
- Incarico professionale iniziale (ex incarico di base).

Le tipologie di incarico previste per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa sono:

Incarichi gestionali

- Direttore di Dipartimento;
- Direttore di SC;
- Responsabile di SSD-SS- SD;

Incarichi professionali

- Incarico professionale di alta specializzazione
- Incarico professionale.

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze nonché un valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale.

Incarichi per il personale non dirigenziale

Il CCNL relativo al personale del Comparto Sanità 2022-2024, sottoscritto il 27 ottobre 2025, ha innovato la disciplina degli incarichi attribuibili al personale del comparto per lo svolgimento di funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse nell'ambito del profilo di appartenenza, con assunzione diretta di responsabilità.

Con deliberazione n. 1440 del 25.10.2023 è stato adottato, previo confronto sindacale, il nuovo regolamento che disciplina:

- l'istituzione degli incarichi;
- la graduazione degli incarichi ai fini della valorizzazione economica, laddove non prevista in via automatica dal CCNL;
- la modalità di conferimento degli incarichi, laddove non prevista in via automatica dal CCNL;
- le procedure di valutazione e revoca degli incarichi.

Le tipologie di incarichi istituiti con il nuovo CCNL 2022-2024 rimangono quelle già definiti ai sensi del previgente CCNL 2019-2021, ovvero:

- Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;

- Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

Con deliberazione n. 1587 del 24.09.2025, in forza di sopravvenute esigenze aziendali, sulla scorta delle risultanze emerse da specifica ricognizione effettuata dalla SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali - DAPSS, si è reso necessario apportare talune modifiche alla vigente mappatura aziendale degli incarichi di funzione afferenti all'area sanitaria e sociosanitaria approvata con deliberazione n. 1689 del 14.12.2023 ai sensi del CCNL 02.11.2022.

Con deliberazione n. 1171 dell'11.07.2025 è stata adottata la nuova mappatura aziendale degli incarichi dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari afferenti all'area amministrativa, tecnica e professionale ed è stata altresì integrata la già vigente mappatura aziendale degli incarichi di funzione dell'area degli assistenti e degli operatori afferenti al medesimo personale, ai sensi del già citato CCNL 02.11.2022.

3.2 MISURE PER LO SVILUPPO DI CARRIERA E LA RETENTION DEL PERSONALE

L'ASST Papa Giovanni XXIII intende dare grande importanza alle politiche di attrazione, retention e allo sviluppo di carriera dei propri dipendenti. Tali attività sono fondamentali perché permetteranno all'organizzazione di mantenere nel tempo risorse chiave e di garantire stabilità, crescita e competitività. Dal successo di tali politiche si attende un miglioramento delle performance, un rafforzamento della cultura aziendale e un accrescimento complessivo del servizio sanitario regionale. In particolare gli interventi riguardano le seguenti misure.

Per il personale dirigenziale

3.2.1. Incremento della retribuzione di posizione parte variabile

Per il personale dirigenziale dell'area sanità è stata rivalutata la retribuzione di posizione parte variabile, ai fini della piena valorizzazione economica degli incarichi e compatibilmente con le risorse consolidate del corrispondente fondo contrattuale.

3.2.2. Orario di lavoro

Nell'anno 2025, a seguito delle novità introdotte dal CCNL 23.01.2024 dell'Area sanità in materia di orario di lavoro, si è dato nuovo impulso per estendere la gestione informatizzata ed integrata dei turni di lavoro, tramite l'applicativo HR Suite Planner, in tutte le strutture in cui operano dirigenti sanitari.

La suddetta estensione ha comportato, per le strutture già raggiunte, e comporta, sino al completamento della finalità, la mappatura delle attività svolte nelle singole realtà lavorative tramite incontri diretti con i responsabili o loro delegati, l'effettuazione di tutte le operazioni informatiche necessarie per la codifica e la gestione dei turni di lavoro, compresi quelli in reperibilità, nonché la formazione nei confronti degli utilizzatori dell'applicativo.

HR Suite Planner risulta essere un valido strumento per il governo dell'orario di lavoro, anche a tutela del lavoratore, in quanto consente di rendicontare la presenza in servizio del singolo dirigente sanitario in modo più aderente all'attività programmata, agevolando l'individuazione e la conseguente valutazione dell'eventuale eccedenza oraria, nonché il controllo dei riposi giornalieri e settimanali. Inoltre i turni di servizio, per come programmati e poi consolidati, sono sempre consultabili on line, anche dagli uffici di direzione, e mantenuti storicamente.

Per il personale non dirigenziale

3.2.3. Rapporto di lavoro a tempo parziale

Le disposizioni contrattuali del comparto prevedono l'accesso al rapporto di lavoro a tempo parziale per una percentuale di lavoratori pari al 25% di ciascun profilo, con la possibilità di un ulteriore incremento al massimo del 10%. L'ASST, in un'ottica di conciliazione dei tempi di vita-lavoro, riconosce la misura massima di incremento prevista, arrivando a consentire l'accesso al rapporto di lavoro a tempo parziale al 35% dei lavoratori di ciascun macroprofilo. L'accesso al lavoro a tempo parziale avviene attraverso un bando, la graduatoria viene formata secondo criteri che, nel rispetto delle disposizioni normative e contrattuali, sono stati declinati d'intesa con le Organizzazioni Sindacali. A decorrere dall'annualità 2025 è stata avviata una sperimentazione che prevede la durata biennale del bando e della conseguente durata del rapporto di lavoro a tempo parziale. Nell'anno 2026 verrà avviato un tavolo di lavoro, che riunisce rappresentanze aziendali e rappresentanze sindacali, per valutare l'impatto di tale sperimentazione e adottare eventuali misure correttive.

3.2.4. Ricognizione delle professionalità

A partire dal 2025 è stata avviata una prima ricognizione delle professionalità del comparto dell'area PTA presenti in azienda, con riferimento ai titoli studio posseduti ulteriori rispetto a quelli prescritti per l'accesso al profilo di inquadramento, al fine di creare percorsi di valorizzazione e fidelizzazione del personale. Tale attività proseguirà nelle prossime annualità come leva strategica per garantire una crescita sia dell'organizzazione che dei singoli dipendenti.

3.2.5. Passaggi di profilo

I passaggi di profilo professionale sono uno strumento per favorire e riconoscere la crescita professionale dei propri dipendenti: ciò può avvenire attraverso una progressione tramite procedure aziendali nonché tramite l'utilizzo di graduatorie di altre Aziende in cui sono utilmente collocati i propri dipendenti. L'istituto valorizza le competenze presenti in Azienda, aumenta la motivazione dei dipendenti e riduce il rischio di dimissioni o mobilità in uscita verso altri enti.

3.2.6. Differenziali economici di professionalità

Al personale del comparto può essere attribuita, su base annuale e sulla scorta dei criteri concordati in sede di delegazione trattante, la progressione economica all'interno delle aree (differenziali economici di professionalità) al fine di remunerare il maggior grado di competenza professionale progressivamente acquisito dai dipendenti.

3.2.7. Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco

Sono previsti alcuni interventi per la valorizzazione del presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco ed in particolare:

- inserimento nel CCIA di un incremento standard dell'incarico base per i dipendenti del ruolo sanitario appartenenti all'area dei professionisti della salute e dei funzionari con sede di lavoro presso l'Ospedale di San Giovanni Bianco;
- interlocuzione con i Sindaci dei Comuni di riferimento del suddetto presidio Ospedaliero al fine di mettere in atto azioni per la calmierazione degli affitti per i dipendenti che provenienti da altre aree geografiche accetteranno di trasferirsi presso l'Ospedale di San Giovanni Bianco.

3.2.8 Trattenimento in servizio

L'azienda in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 165 della legge 30.12.2024, n. 207, previa disponibilità dell'interessato e nel limite del 10% delle facoltà assunzionali autorizzate ogni anno, può trattenere in servizio il personale dipendente di cui ritiene necessario continuare ad avvalersi.

L'azienda ricorrerà in via eccezionale all'istituto per circostanziate esigenze organizzative, quali attività specifiche di tutoraggio, affiancamento ai neoassunti e per l'assolvimento di funzioni espletabili solamente dal personale individuato e non esercitate al momento da altro personale all'interno dell'azienda stessa. L'azienda definirà la durata della permanenza in servizio del personale individuato, nel rispetto del limite del settantesimo anno di età.

3.3 MODELLO HUB & SPOKE

Potenziamento dei processi "Hub e Spoke" che vedono l'ASST Papa Giovanni XXIII ente HUB nel territorio provinciale in riferimento alle aziende Spoke ASST Bergamo Est e ASST Bergamo Ovest. Tale modello, che ha preso avvio nel 2025 a seguito dell'approvazione della convenzione con l'indizione di numerosi concorsi, intende proseguire con la stipula di specifici accordi interaziendali per la gestione congiunta delle attività legate a delle specifiche discipline. Il reclutamento condiviso e la conseguente necessità di definire protocolli attuativi per gli aspetti clinici favoriscono lo sviluppo di una mentalità più aperta, che guarda alla cura dei pazienti dell'intero territorio provinciale, oltre i confini delle singole Aziende, contribuendo alla condivisione di competenze e alla creazione di relazioni professionali.

3.4 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'ASST Papa Giovanni XXIII, con deliberazione n. 1283 del 22.09.2022 e previo confronto sindacale, ha disciplinato lo svolgimento delle prestazioni lavorative in modalità agile del personale afferente all'area contrattuale del comparto sanità. Con riferimento alle aree dirigenziali, si è ritenuto, in accordo con le rispettive organizzazioni sindacali, di regolamentare l'istituto a seguito della sottoscrizione dei nuovi CCNL.

Con tale regolamentazione è stata superata la concezione del lavoro agile quale strumento eccezionale e temporaneo legato alla pandemia, riconoscendolo quale modalità alternativa di svolgimento della prestazione lavorativa in aderenza al vigente quadro regolatorio rappresentato da:

- la L. 22 maggio 2017, n. 81, recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato”, con particolare riferimento agli articoli dal 18 al 23;
- il Decreto dell’8 ottobre 2021 del Ministro della Pubblica Amministrazione che ha disciplinato il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni e ha individuato le condizionalità, i requisiti organizzativi e individuali per il ricorso al lavoro agile al fine di garantire l’efficienza e la tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi;
- le “linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche”, adottate previo confronto con le organizzazioni sindacali e con l’intesa della Conferenza unificata in data 16.12.2021, che hanno dettagliato le condizionalità per il ricorso al lavoro agile (tra cui la necessaria rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza) prevedendo che, nelle more della sottoscrizione definitiva dei CCNL, l’accesso a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa possa avvenire esclusivamente nel rispetto delle stesse e previa stipula di un accordo individuale;
- il D.lgs. 30 giugno 2022, n. 105 c.d. “Decreto Conciliazione vita - lavoro” che ha modificato l’art. 18 della L. n. 81/2017, introducendo una priorità di accesso al lavoro agile ai lavoratori con figli fino ai dodici anni di età o con figli in condizione di disabilità ai sensi dell’art. 3, co. 3 della L. n. 104/92 e ai lavoratori in situazione di disabilità grave accertata ai sensi della art. 4, co. 1 della L. n. 104/92;
- il CCNL del comparto sanità relativo al triennio 2019-2021, sottoscritto in data 2 novembre 2022, che al capo I del titolo VI intitolato “Lavoro a distanza” disciplina l’istituto del lavoro agile individuando caratteristiche, modalità, limiti e tutele. Tale contenuto il testo definito del CCNL ricalca integralmente le disposizioni previste nell’ipotesi di CCNL sottoscritta in data 15.06.2022, sulla base della quale è stata predisposta la nuova regolamentazione aziendale.

3.4.1 Modalità attuative

Considerato che l’ASST Papa Giovanni XXIII fornisce prestazioni sanitarie all’utenza e risponde alle richieste assistenziali della popolazione, l’applicazione del lavoro agile può avvenire solo in modo residuale. Per la natura stessa dell’attività gestita, l’applicazione di tale istituto riguarda, quasi esclusivamente, il personale che svolge attività di tipo amministrativo e che non richiede un contatto con l’utenza.

Condizionalità e fattori abilitanti

La scelta aziendale è stata di applicare il regolamento a tutto il personale del comparto sanità, non escludendo a priori nessuna figura professionale. La possibilità o meno di svolgere il lavoro agile è legata esclusivamente all’attività che il dipendente, in concreto, è tenuto a svolgere. Se la prestazione lavorativa non rispetta i requisiti e le condizionalità di seguito descritte, il lavoro agile non sarà autorizzabile:

- possibilità di delocalizzare le attività assegnate senza che sia necessaria la presenza fisica nella sede di lavoro;
- possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia operativa;
- possibilità di monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente attraverso la definizione di precisi indicatori misurabili rispetto agli obiettivi programmati.

Ne consegue che sono necessariamente escluse le attività che richiedono l'effettuazione di prestazioni da svolgere su turni o, quotidianamente e necessariamente, presso specifiche strutture di erogazione dei servizi (front office) ovvero che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Inoltre, si è ritenuto di non procedere, almeno nella prima fase, a una mappatura delle attività c.d. smartabili, rimettendo la valutazione della singola tipologia in capo al singolo Direttore/Responsabile che dovrà attestare 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. Sono previste alcune priorità di accesso per i dipendenti che si trovano in condizioni di svantaggio o che rientrano nelle categorie previste dal D.lgs. 30 giugno 2022, n. 105 c.d. "Decreto Conciliazione vita - lavoro".

Il ricorso al lavoro agile richiede, così come previsto dall'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, la sottoscrizione di un accordo individuale a tempo determinato, accessorio al contratto individuale di lavoro, tra il Responsabile e il dipendente che regola diritti e obblighi reciproci. A tal fine è stato predisposto un modello specifico allegato alla regolamentazione aziendale disciplinante:

- le modalità della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro, nonché i tempi di riposo e disconnessione;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo sulla prestazione resa dal lavoratore;
- la durata dell'accordo, le ipotesi e le modalità di giustificato motivo di recesso;
- l'individuazione della fascia e delle modalità di contattabilità;
- le strumentazioni tecnologiche utilizzate dal lavoratore;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- l'impegno del dipendente a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni dell'Azienda utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa.

Fermo restando che la vigente normativa in materia richiede la rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, il lavoro agile è consentito per un massimo di due giorni a settimana, individuati, con congruo anticipo, dal Responsabile, in base alle esigenze funzionali e organizzative.

A tal proposito, si segnala che in conformità alle indicazioni contenute nella direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 è consentito derogare al criterio della prevalenza della prestazione lavorativa in presenza con riguardo ai “i lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari”, attribuendo ai singoli dirigenti, la responsabilità di individuare, attraverso specifiche previsioni nell’ambito degli accordi individuali, le misure organizzative del caso.

Di ciò è stata data opportuna informativa a tutto il personale e ai dirigenti/ responsabili.

L’Azienda deve garantire i seguenti principi:

- Parità di trattamento giuridico ed economico rispetto al personale che svolge le medesime mansioni all’interno dell’Azienda;
- Il diritto alla disconnessione: diritto per il lavoratore di non essere costantemente reperibile e di “staccare la spina” digitale (non leggere e non rispondere a mail, telefonate, messaggi di qualsiasi tipo inerenti all’attività lavorativa nel periodo di disconnessione definito);
- Assenza di vincoli di orario ma rispetto della durata dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale (con previsione di fasce di contattabilità);
- Assenza di penalizzazioni ai fini del riconoscimento delle professionalità e delle progressioni di carriera comprese le progressioni orizzontali.

In merito ai requisiti digitali e informatici, è prevista la possibilità di utilizzare dotazioni tecnologiche nella disponibilità del dipendente oppure, in caso di indisponibilità, l’utilizzo di strumentazione aziendale compatibilmente con le disponibilità esistenti.

Le infrastrutture digitali di cui dispone l’ASST sono:

- accessi sicuri dall’esterno mediante l’utilizzo di VPN con utenze di dominio nominative (previa installazione del programma FrontiClient);
- applicativi software per la gestione di fasi di processi (delibere, protocollo, ecc..);
- condivisione dei documenti in cloud ma tramite cartelle condivise sui server aziendali, anch’esse accessibili tramite VPN.

È stata predisposta una specifica procedura operativa, allegata alla regolamentazione, per l’installazione del software VPN e sui requisiti di sicurezza da rispettare. Il dipendente, nell’accordo individuale, deve attestare il rispetto di tali requisiti minimi di sicurezza.

La struttura sistemi Informativi-ICT fornisce un idoneo servizio di attivazione e di assistenza del collegamento da remoto, contattabile via mail aziendale o numero telefonico, incaricato dell’invio delle credenziali e delle istruzioni operative di installazione.

Per le evidenti implicazioni sulla sicurezza informatica, la suddetta struttura sta progressivamente fornendo a tutti i lavoratori in modalità agile pc portatili aziendali in sostituzione del pc fisso.

Misurazione della performance

Nella regolamentazione ordinaria una particolare attenzione è stata posta alla misurazione della performance del lavoro agile.

Fermo restando che lo svolgimento dell’attività in modalità agile avviene per un massimo di due giornate lavorative alla settimana, sono state previste le seguenti specifiche:

- Assegnazione al dipendente di specifici obiettivi e attività da svolgere in lavoro agile tramite

l'apposita scheda, allegata all'accordo individuale, che deve essere sottoscritta dal Responsabile e dal dipendente. La scheda prevede i seguenti campi:

- Obiettivo/i;
- Descrizione attività da svolgere;
- Indicatore/i;
- Modalità di rendicontazione;
- Tempistica della rendicontazione/verifica stato di avanzamento.

La definizione degli obiettivi ed i relativi risultati attesi devono essere coerenti con i sistemi di misurazione dei risultati utilizzati in Azienda;

- Previsione di una rendicontazione periodica sui risultati della prestazione, ove possibile secondo indicatori e target prestabiliti, secondo le modalità definite dal responsabile, fermo restando che deve essere mantenuto il medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede di lavoro;
- Previsione di momenti di confronto sullo stato di avanzamento tra dipendente e Direttore responsabile per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi e segnalare eventuali criticità o problematiche.

Rispetto al sistema di valutazione delle performance, l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile non comporta alcuna differenziazione rispetto allo svolgimento in modalità tradizionale e pertanto la valutazione finale della performance terrà conto del raggiungimento complessivo degli obiettivi assegnati e dei comportamenti manifestati in entrambe le modalità di lavoro.

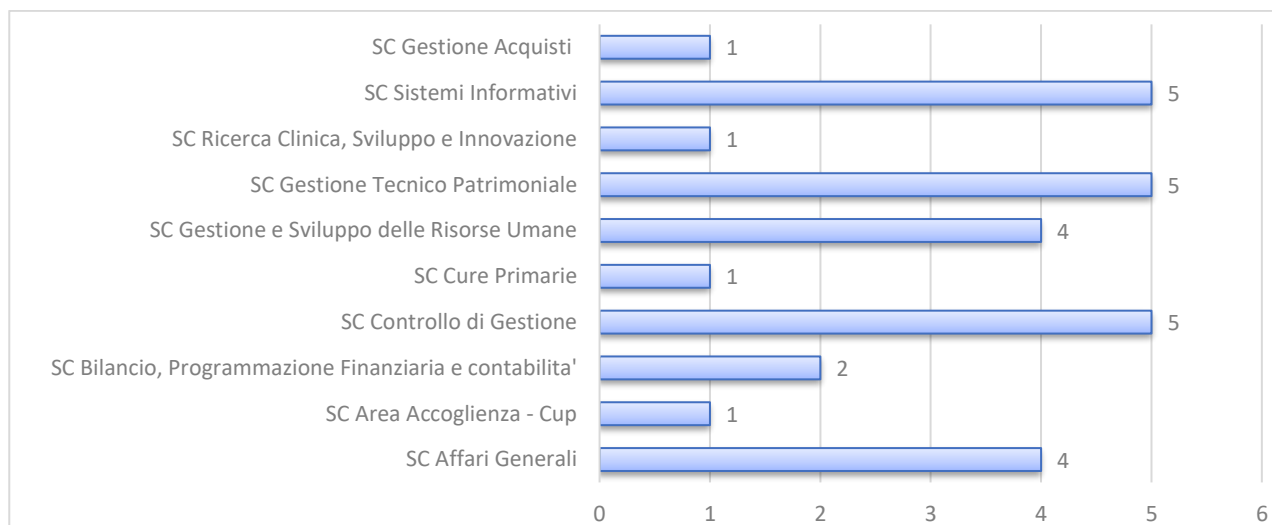
3.4.2 Programma di sviluppo del lavoro agile

Come già ribadito, considerato che l'ASST Papa Giovanni XXIII fornisce prestazioni sanitarie all'utenza e risponde alle richieste assistenziali della popolazione, l'applicazione del lavoro agile può avvenire solo in modo residuale.

L'obiettivo aziendale è favorire quanto più possibile 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.

Dall'adozione del regolamento ad oggi sono state presentate 60 richieste di attivazione del lavoro agile, di cui tre non autorizzate in quanto l'attività non era compatibile con lo svolgimento da remoto e per esigenze di servizio. Nel corso del suddetto periodo 26 lavoratori non hanno rinnovato la richiesta, 2 lavoratori hanno comunicato disdetta anticipata e, a oggi, sono 29 i fruitori di tale modalità lavorativa.

Di seguito le strutture di afferenza del personale:



3.5 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

La programmazione strategica del bisogno di risorse umane è esplicitata nel documento denominato Piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) di validità triennale aggiornato annualmente.

Il Piano è lo strumento strategico, programmatico finalizzato ad 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.

A tal fine definisce il programma di copertura del fabbisogno del personale ricorrendo 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).

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

Il PFTP 2025-2027 è stato definitivamente approvato con DGR n. 5051 del 29/09/2025 con le seguenti specifiche, a seguito del confronto avvenuto nel mese di luglio 2025:

- la dotazione organica dell'anno 2025 corrisponde al Piano di gestione delle risorse umane 2025 dell'ASST, e rappresenta il limite, in termini di consistenza massima del personale espressa in teste, da intendersi per ciascuna area contrattuale;
- i costi per il personale dipendente dell'anno 2025 sono indicati dall'assegnazione regionale di risorse che rappresenta un limite di spesa invalicabile;
- le dotazioni organiche, gli FTE e costi indicati che per gli anni 2026 e 2027 hanno valore esclusivamente programmatico, senza autorizzazione di assunzione o di spesa.

La programmazione ha tenuto conto dell'assetto organizzativo delineato con l'adozione del POAS 2022-2024, degli indirizzi di programmazione regionale di cui alla DGR n. 3720 del 30/12/2024 avente oggetto "determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025", della legge regionale n. 22/2021, del PNRR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri.

Per gli anni 2026 e 2027, la programmazione ha tenuto conto dei tempi di reclutamento del personale rispetto al potenziamento o avvio di nuove attività sia dei presidi ospedalieri che dei servizi territoriali.

Nel mese di marzo 2025 a seguito di istanza regionale si è proceduto ad aggiornare le schede riferite all'anno 2024 (consistenza al 31/12/2024 e n. full time equivalent - FTE), e a presentare la proposta, in incremento, della dotazione organica degli anni 2025/2026/2027 (n. teste) e dei relativi full time equivalent del medesimo triennio.

In tale sede si è tenuto conto della necessità di incrementi di personale connessi alle seguenti strutture/attività:

- potenziamento del personale della SC EAS - Emergenza alta specializzazione in relazione alle previsioni della DGR n. 1084 del 09/10/2023, della DGR n. 787 del 31/07/2023, della DGR n. 6893 del 05/09/2022 e della DGW n. 16147 del 11/11/2022;
- potenziamento della recovery room da n. 4 posti letto a n. 8 posti letto, con apertura dal lunedì al venerdì h12;
- ampliamento della stroke unit da n. 6 posti letto a n. 10 posti letto per rispondere al fabbisogno anche dell'ASST Bergamo OVEST;
- potenziamento del personale afferente alla SS AAT di Bergamo e Sala Operativa Regionale di Emergenza Urgenza al fine di ridurre anche le ore in convenzione fuori orario di servizio (convenzione fuori orario di servizio);
- potenziamento del personale dirigente area sanità delle strutture sanitarie al fine del rispetto delle liste d'attesa e dell'orario di lavoro secondo il CCNL 23/01/2024;
- adeguamento del personale del comparto per l'attività di ECMO "extra corporeal membrane oxygenation";
- incremento n. 4 posti letto, da n. 10 a n. 14, del reparto afferente alle strutture SC Cardiologia 2 - cardiopatie congenite del bambino e dell'adulto e SC Cardiochirurgia;
- potenziamento dell'utilizzo delle grandi apparecchiature h12 del Dipartimento Diagnostica per immagini in relazione sia ai limiti circa il numero di pronte disponibilità imposto dal

nuovo CCNL del comparto sia alla DGR 7473/2022 relativa alla rete stroke che ha determinato un incremento dell'afflusso di pazienti con patologia tempo dipendente della sala angiografica a cui garantire maggiori e tempestive prestazioni;

- ampliamento della fascia oraria del DH oncoematologico (dall'attuale apertura 8h all'apertura h12) finalizzato all'incremento degli accessi;
- potenziamento dell'assistenza dei pazienti in area internistica e della rete materno infantile;
- adeguamento del personale afferente al Dipartimento Medicina di laboratorio rispetto sia alla DGR n. 7044 del 26/09/2022 e all'istituzione del molecular tumor board regionale di cui alla DGR n. 3720 del 30/12/2024;
- attivazione della rete pancreas, della rete regionale lombarda dei centri di senologia – Breast units network di cui alla DGR n. 3458 del 25/11/2024 e del case manager demenze;
- personale dirigenza area sanità richiesto dall'ASST Bergamo OVEST e dall'ASST Bergamo EST nell'ambito del modello a rete "hub/spoke" (inserito solo in dotazione organica);
- rafforzamento dei diversi servizi afferenti al Dipartimento salute mentale;
- presa in carico degli adolescenti con disagio psichico per potenziamento dei servizi territoriali (SC Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza);
- adeguamento del personale per il Piano prevenzione;
- potenziamento Unità continuità per attivazione con attivazione h12 (8.00 - 20.00), su 7 giorni, sia presso il distretto di Bergamo che Valli;
- potenziamento degli ambulatori territoriali, percorsi di continuità ospedale - territorio,
- attivazione equipe psicologi delle cure primarie;
- potenziamento del personale SC Cure palliative, Terapia del dolore e hospice;
- potenziamento del personale in riferimento della presa in carico di pazienti psichiatrici e con dipendenze patologiche.

Di seguito si riportano le seguenti tabelle:

- tabella n. 1 contenente la dotazione organica triennio 2025/2026/2027, la consistenza al 31/12/2024 e al 31/12/2025 del personale dipendente (teste);
- tabella n. 2 contenente il full time equivalent (FTE) del personale dipendente anni 2024/2025/2026/2027;
- tabella n. 3 contenente il full time equivalent (FTE) delle altre tipologie di personale anni 2024/2025/2026/2027.

Tabella n. 1 PTFP 2025-2027: dotazione organica DIPENDENTI

| DIPENDENTI DOTAZIONE ORGANICA | Consistenza al 31.12.2024 | Consistenza al 31.12.2025 | Dotazione organica 2025 | Dotazione organica 2026 | Dotazione organica 2027 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Totale | Totale | Totale | Totale | Totale |
| DIRIGENZA MEDICA | 744 | 793 | 887 | 896 | 896 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 115 | 131 | 139 | 147 | 147 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 8 | 7 | 9 | 9 | 9 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 6 | 5 | 8 | 8 | 8 |
| DIRIGENZA TECNICA | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 18 | 16 | 20 | 20 | 20 |
| TOTALE DIRIGENZA | 894 | 955 | 1.067 | 1.084 | 1.084 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1.911 | 1.933 | 2.050 | 2.099 | 2.099 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 |
| OSTETRICA | 125 | 127 | 155 | 155 | 155 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 280 | 285 | 308 | 311 | 311 |
| ASSISTENTI SANITARI | 2 | 2 | 7 | 7 | 7 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 138 | 146 | 164 | 172 | 172 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 32 | 33 | 38 | 42 | 42 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 264 | 265 | 278 | 278 | 278 |
| OTA | 6 | 4 | 7 | 7 | 7 |
| OSS | 366 | 377 | 410 | 426 | 426 |
| AUSILIARI | 36 | 32 | 36 | 36 | 36 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 511 | 517 | 559 | 559 | 559 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE COMPARTO | 3.745 | 3.795 | 4.087 | 4.167 | 4.167 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 4.639 | 4.750 | 5.154 | 5.251 | 5.251 |

Tabella n. 2 PTFP 2025-2027: FTE DIPENDENTI

| DIPENDENTI FTE | FTE ATTIVI anno 2024 | FTE ATTIVI anno 2025 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Totale | Totale | Totale | Totale | Totale |
| DIRIGENZA MEDICA | 729,3 | 783,7 | 824,0 | 829,5 | 829,5 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 105,6 | 121,4 | 127,8 | 133,8 | 133,8 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 7,0 | 7,6 | 7,5 | 7,5 | 7,5 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 4,4 | 5,7 | 6,3 | 6,3 | 6,3 |
| DIRIGENZA TECNICA | 2,3 | 3,0 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 17,5 | 17,7 | 18,9 | 18,9 | 18,9 |
| TOTALE DIRIGENZA | 866,0 | 939,1 | 987,3 | 998,8 | 998,8 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1.664,1 | 1.730,4 | 1.777,5 | 1.814,0 | 1.814,0 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 72,0 | 72,0 | 72,0 | 72,0 | 72,0 |
| OSTETRICA | 106,4 | 121,8 | 130,6 | 131,6 | 131,6 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 269,9 | 275,4 | 289,7 | 291,2 | 291,2 |
| ASSISTENTI SANITARI | 1,8 | 1,8 | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 2,0 | 2,0 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 118,1 | 128,7 | 139,3 | 143,3 | 143,3 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 29,1 | 32,1 | 34,5 | 36,5 | 36,5 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 258,7 | 250,7 | 276,9 | 276,9 | 276,9 |
| OTA | 4,6 | 3,9 | 5,1 | 5,1 | 5,1 |
| OSS | 315,8 | 361,8 | 381,5 | 393,5 | 393,5 |
| AUSILIARI | 33,6 | 30,4 | 33,6 | 33,6 | 33,6 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 473,0 | 493,5 | 516,5 | 516,5 | 516,5 |
| 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 | 3.349,0 | 3.504,6 | 3.664,0 | 3.721,0 | 3.721,0 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 4.215,1 | 4.443,7 | 4.651,3 | 4.719,8 | 4.719,8 |

Tabelle n. 3 PTFP 2025-2027: FTE ALTRE TIPOLOGIE DI PERSONALE

| Convenzionato universitario | FTE anno 2024 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Totale | Totale | Totale | Totale |
| DIRIGENZA MEDICA | 6,6 | 7,2 | 7,2 | 7,2 |
| | | | | |
| Convenzionato ACN (Specialisti ambulatoriali e MET) | FTE anno 2024 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
| | Totale | Totale | Totale | Totale |
| DIRIGENZA MEDICA | 56,6 | 56,6 | 56,6 | 56,6 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 5,8 | 5,8 | 5,8 | 5,8 |
| TOTALE DIRIGENZA | 62,5 | 62,5 | 62,5 | 62,5 |
| | | | | |
| CO.CO.CO. | FTE anno 2024 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
| | Totale | Totale | Totale | Totale |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |

| Somministrazione lavoro | FTE anno 2024 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Totale | Totale | Totale | Totale |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| OSTETRICA | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 1,1 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 9,2 | 8,7 | 8,7 | 8,7 |
| OSS | 6,5 | 2,7 | 2,7 | 2,7 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 6,5 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| TOTALE COMPARTO | 26,1 | 12,7 | 12,7 | 12,7 |
| | | | | |
| | | | | |
| INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO FTE | FTE anno 2024 | FTE anno 2025 | FTE anno 2026 | FTE anno 2027 |
| | Totale | Totale | Totale | Totale |
| DIRIGENZA MEDICA | 44,8 | 51,3 | 51,3 | 51,3 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 38,0 | 39,5 | 39,5 | 39,5 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 1,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| DIRIGENZA TECNICA | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| TOTALE DIRIGENZA | 85,1 | 92,2 | 92,2 | 92,2 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 4,6 | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| OSTETRICA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 3,1 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |
| ASSISTENTI SANITARI | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 7,8 | 7,8 | 7,8 | 7,8 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 18,6 | 16,5 | 16,5 | 16,5 |
| OTA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| OSS | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| AUSILIARI | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| TOTALE COMPARTO | 36,9 | 33,4 | 33,4 | 33,4 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 122,0 | 125,6 | 125,6 | 125,6 |

3.6 FORMAZIONE DEL PERSONALE

In considerazione del ruolo di Provider regionale, riconosciuto all'ASST, la SSD Formazione ha quale cardine della propria attività l'organizzazione e la gestione di tutto l'articolato processo atto a favorire la formazione di tutto il personale e con particolare attenzione, l'acquisizione dei crediti formativi al personale sanitario, nell'ambito del sistema ECM, previa definizione annuale del fabbisogno formativo.

La definizione di tale fabbisogno – che sarà formalizzato con l'approvazione del Piano aziendale formativo 2026 – richiederà un particolare impegno, per la numerosità delle proposte formative pervenute; si tratta di circa 500 richieste di formazione residenziale, FAD e formazione sul campo. Ciononostante, tenuto conto dell'ottima compliance instaurata negli anni scorsi con i referenti scientifici e con il Comitato tecnico scientifico - è impegno dell'azienda, previa valutazione delle proposte, garantire una formazione ad ampio raggio del personale attesa l'esigenza dell'acquisizione continua di conoscenze e approfondimento delle tematiche classiche delle diverse discipline alla luce dei progressivi sviluppi della scienza, oltre che progettare e pianificare eventi assolutamente innovativi la cui ricaduta organizzativa sia evincibile a breve, medio e lungo termine. È altresì impegno dell'ASST proseguire il percorso di valutazione sul "ritorno" della formazione erogata, secondo le indicazioni e i suggerimenti condivisi all'interno della *"Community of practice per esperti di formazione e sviluppo"* del Centro di ricerche e studi in management sanitario (CERISMAS) dell'Università Cattolica di Milano, cui aderisce l'ASST, concentrando l'attenzione sulle attività formative che impattano notevolmente su risorse umane ed economiche, così che vi sia una maggiore consapevolezza sia tra i partecipanti che tra i portatori delle diverse istanze.

Nel corso del 2026 saranno ripresentate iniziative nell'ambito del settore del Trauma Team, essendo la nostra Azienda una delle principali strutture presenti in Lombardia per l'assistenza ai pazienti politraumatizzati (Corsi ALS, ATLS, EPALS)

Si ritiene utile, anche, riproporre, nell'ambito delle iniziative sul benessere organizzativo e delle azioni positive, sia per "dispensare" cura e armonia tra il personale che si prodiga in contesti non facili per la salute degli altri, sia per valorizzare il ruolo innovativo e trasversale cui la formazione deve assurgere in una moderna azienda sanitaria.

Si ritiene necessario, anche, allargare la "formazione" all'intera cittadinanza, intessendo relazioni con gli altri enti del territorio per l'erogazione di eventi su tematiche di rilevante interesse o su tematiche emergenti, quali ad esempio il valore della donazione, l'identità di genere, le questioni climatiche, e per la diffusione della conoscenza dei servizi sul territorio, per sollecitare una partecipazione condivisa e consapevole delle scelte cui siamo chiamati, inevitabilmente, a dare una risposta.

ASST Papa Giovanni XXIII partecipa al tavolo della formazione territoriale con gli altri Responsabili/Referenti Formazione delle ASST Bergamo EST, Bergamo OVEST e ATS Bergamo; nel corso del 2026 ogni Azienda ha organizzato eventi trasversali aperti a tutti i professionisti delle 4 Aziende relativo ad argomenti condivisi e approvati dalle DAZ.

Proseguirà, altresì, la collaborazione con PoliS di Regione Lombardia per attivare le iniziative formative di cui sarà affidata la responsabilità erogativa all'ASST. Tra queste la gestione del corso di

formazione delle cure palliative di cui la nostra ASST è stata identificata come capofila e che vedrà coinvolte anche le due ASST Bergamo EST e Bergamo OVEST.

Con Polis e Università di Bergamo nel corso del 2025 è iniziata una collaborazione che procederà nel corso del 2026 per contrastare la violenza di genere. La proposta formativa ha come obiettivi il perseguimento di una politica di contrasto alla violenza di genere ed assistita intrafamiliare che preveda un sistema di azioni integrate e sinergiche. Vede coinvolte le Reti Antiviolenza della Provincia di Bergamo: Servizi sociali, Ordini professionali, Forze dell'ordine, ATS, ASST, Magistratura, Centri antiviolenza, Organismi del Terzo Settore, dell'Associazionismo e del Mondo Accademico, con l'esigenza di integrare e trasversalizzare le pratiche di contrasto alla violenza di genere e si articola in proposte FAD asincrone e corsi residenziali.

Sempre nel corso del 2025 è stato portato a termine l'altro obiettivo del PNRR relativo al fascicolo FSE 2.0 che vede coinvolti circa 4.000 operatori; nel corso del 2025 sono stati formati al corso avanzato del FSE 2.0 anche 126 Key Users. Il progetto è stato prorogato fino a marzo 2026. La nostra ASST ha visto ad oggi il completamento di almeno un corso obbligatorio pari al 95,5% al di sopra del valore dell'80% richiesto da Regione.

Nel corso del 2026 inoltre la nostra ASST dovrà procedere alla gestione ed erogazione dei corsi di simulazione delle emergenze ostetriche in sala parto, in quanto Hub, anche al personale delle altre ASST della Provincia.

Una delle attività attraverso cui l'ASST si pone l'obiettivo di contribuire alla realizzazione di valore pubblico è quella relativa al risparmio ed efficientamento energetico introdotta dall'Unione Europea con il Regolamento 2022/1369 agosto 2022.

Per raggiungere tale obiettivo dovranno essere attivati dei corsi di Formazione per i dipendenti, sia del comparto che della dirigenza, volti a migliorare i comportamenti per consentire una riduzione degli sprechi di energia; pertanto la SSD Formazione è pronta a collaborare con gli Uffici preposti per la realizzazione di tali iniziative

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

SC Gestione acquisti

| AREA DI RISCHIO | PROCESSI | RESPONSABILITA' | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni #ASST | Interessi economici | decentralità | eventi corruttivi passati | segnalazioni | opacità del processo decisionale | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Probabilità | Giudizio sintetico | DATI, EVIDENZE E MOTIVAZIONE | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2024 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILE |
|--------------------|---|----------------------|---|--|---|---|-------------------------|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|--|---|--|---------------------------------|---------------------|--|---------------|--------------------------------|
| Contratti pubblici | Adesione centrali di committenza per beni e servizi | SC Gestione acquisti | Formulazione e invio della programmazione e relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza | RUP o suo delegato | 1) Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione delle centrali finalizzati a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Assenza di eventi corruttivi passati, nessuna segnalazione, attuazione delle misure previste | Formazione generale a tutto il personale. Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Verifica programmazione Modulo Budget Sintel e verifica stato d'avanzamento gare centralizzate sul sito ARIA (già ARCA), con definizione scadenziario gare d'interesse. Monitoraggi trimestrali (o, comunque, alle date riportate nelle Regole di sistema vigenti). Definizione dei fabbisogni, coinvolgendo i diversi soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma dei lavori, servizi e forniture. | 100% | n linea | Partecipazione del personale alla formazione aziendale su anticorruzione codici di comportamento n. programmazioni effettuate/n. programmazioni previste | 100% | Direttore SC Gestione acquisti |
| | | | Definizione competenze per approvazione fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi | RUP o suo delegato | 2) Non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Assenza di eventi corruttivi passati, nessuna segnalazione, attuazione delle misure previste | Formazione generale a tutto il personale. Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Individuazione degli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/ servizi che soddisfano il fabbisogno. | 100% | n linea | Approvazione dei fabbisogni originari e complementari (nei limiti previsti dalla normativa) da parte degli attori interni competenti | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti (accordi quadro o convenzioni) già disponibili o programmati. Formulazione del fabbisogno secondo codifiche proprie delle centrali di committenza, con utilizzo di modelli/vocabolari comuni | RUP o suo delegato | 3) Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il fabbisogno | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali. Ricorso ad accordi quadro e convenzioni già in essere da parte della centrale di committenza nazionale o regionale. | 100% | n linea | ndolo periodico delle convenzioni attivate | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Pubblicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale | RUP o suo delegato | 4) Effettuazione di acquisizioni autonome in presenza di strumenti messi a disposizione dalla centrale, causate dal mancato monitoraggio del SAL della centrale | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sistematico prima di ogni acquisto | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali, clausola di salvaguardia ossia recesso anticipato dal contratto autonomo in casi di disponibilità ad aderire a gare Centrali di committenza. | 100% | n linea | n. di acquisizioni autonome/n. di adesioni alle centrali disponibili | 10% | RUP/Delegato |
| | | | Analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali e compatibilità con i bisogni espressi o non programmati | RUP o suo delegato | 1) Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, finalizzata a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatori, farmacia, ufficio acquisti, ingegneria clinica ecc) | Controllo, formazione | Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i fabbisogni storici in considerazione della pregressa esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto. | 100% | n linea | n. di integrazioni contrattuali/n. procedure | 20% | RUP/Delegato |
| | | | Definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica fabbisogni non programmati, comparazione quali/quantitativa con prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali) | RUP o suo delegato | 2) Non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | assenza di eventi corruttivi passati, nessuna segnalazione, attuazione delle misure previste | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Approvazione degli atti procedurali pre-pubblicazione da parte degli attori interni coinvolti nell'identificazione dei fabbisogni. | 100% | n linea | Approvazione dei fabbisogni originari e complementari (nei limiti previsti dalla normativa) da parte degli attori interni competenti | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Formalizzazione delle adesioni secondo regole poste in essere dalla centrale | RUP o suo delegato | 3) Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il fabbisogno | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Controlli anche da parte delle centrali di committenza sull'erosione del lotto aggiudicato per il quale sono stati precedentemente comunicati i fabbisogni da parte della SA. | 100% | n linea | Richieste chiarimenti per mancata adesione o mancato utilizzo intero importo di adesione | 5% | RUP/Delegato |
| | | | Interpretazione delle condizioni contrattuali | DEC/RUP | 1) Non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sistematico prima di ogni acquisto | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | Pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi; necessità di motivazione in ordine alle esigenze tecniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità. | 100% | n linea | monitoraggi semestrali beni/servizi infungibili | 100% | RUP/Delegato |
| Contratti pubblici | Acquisto di beni e servizi | SC Gestione acquisti | Contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni | DEC/RUP | 2) Mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | M | rischio sotto controllo | Rischio legato alla variabilità delle esigenze cliniche | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | Pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti). | 100% | n linea | n. richieste adesioni con variazioni non comprese nel contenuto delle prestazioni | 0 | RUP/Delegato |
| | | | Comunicazione con le centrali di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche che la stessa pone in essere | DEC/RUP | 3) Mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, penali, sospensioni, verifiche negative di conformità e risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano la corretta gestione degli accordi da parte della centrale e possono anche essere utilizzate allo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili; effettuazione di acquisizioni di prestazioni complementari che modifichino il profilo quantitativo/qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalla centrale | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Riscontro alle verifiche ispettive da parte di ARIA - puntuali comunicazioni in caso di inadempienze (modulo di reclamo) | Formazione su procedure amministrative | Motivazioni cliniche, organizzative e/o tecniche che giustificano acquisti complementari | 100% | n linea | n. di contratti oer acquisti complementari a seguito di segnalazione | 10% | RUP/Delegato |
| | | | Programmazione acquisti/gare | RUP o suo delegato | 1) Errata o non tempestiva programmazione con mancato rispetto del principio di economicità | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Regolare trasmissione della programmazione triennale ai tavoli tecnici dei soggetti aggregatori | Programmazione degli acquisti con le regole previste dal codice (sopra 1.000.000 - superiori ai 40.000) | Monitoraggio preventivo in merito alla scadenza dei contratti e programmazione per garantire l'avvio della procedura. | 100% | n linea | rispetto della programmazione | 95% | RUP/Delegato |
| | | | Analisi e definizione dei fabbisogni | RUP o suo delegato | 2) Fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità per premiare interessi particolari e non corretta quantificazione del fabbisogno per difficoltà legate ai cambiamenti dell'attività sanitaria e alla disponibilità del bilancio | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa trasparenza scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | M | rischio sotto controllo | Rischio legato alla variabilità delle esigenze cliniche | Controllo sistematico sullo storico integrato con le nuove esigenze. I fabbisogni sono legati alle attività, alle disponibilità di bilancio, alle disposizioni normative. | Verifica dello scostamento rispetto al programmato, in collaborazione con le altre strutture aziendali. | 100% | n linea | n. dei contratti con scostamento/contratti programmati | 10% | RUP/Delegato |
| | | | Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche | RUP o suo delegato, su indicazioni del DEC | 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara. Mancanza di trasparenza riguardo alla consultazione preliminare degli operatori economici | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa trasparenza scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | A | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Assenza di eventi corruttivi passati, nessuna segnalazione, attuazione delle misure previste | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Rispetto degli oneri inerenti alla pubblicazione e redazione verbali, ove previsto. | 100% | n linea | pubblicazione sul sito aziendale dell'avviso di consultazione del mercato | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Nomina del Responsabile del procedimento | DAZ (se RUP) RUP (se Responsabile amministrativo del procedimento) | 4) Mancanza di requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terzietà e indipendenza nei confronti delle imprese concorrenti | scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità mancanza di trasparenza | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | nessuna variazione di rup per conflitto di interessi | Formazione su codice appalti e procedure amministrative. | Corretta applicazione del codice degli appalti e rispetto delle Linee Guida ANAC. Osservazione della normativa in materia di conflitto di interesse. Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse. | 100% | n linea | variazione di rup per conflitto di interessi | 0 | RUP/Delegato |
| Contratti pubblici | Acquisto di beni e servizi | SC Gestione acquisti | Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata - affidamenti diretti in economia | RUP o suo delegato | 5) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa. Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire un'impresa | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | riduzione delle spese in economia | Definizione, promozione dell'etica e di standard di comportamento - formazione su codice appalti e procedure amministrative. | Corretta applicazione della normativa ed integrazione della programmazione. Rispetto delle indicazioni Regionali. attento monitoraggio su acquisti di infungibili da parte della direzione amministrativa. | 95% | n linea | rispetto delle regole regionali e obiettivi aziendali | 100% | Direttore SC Gestione acquisti |
| | | | Procedure negoziate: affidamento in esclusiva | RUP o suo delegato | 6) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa. Condizione di conflitto di interesse potenziale nel caso in cui i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con benefici nei confronti dell'utilizzatore e possono orientare la quantità e tipologia del materiale | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | monitoraggio periodico infungibili | Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi | L'attuale sistema di programmazione delle gare a livello regionale (Programmazione - Modulo Budget) induce ad un necessario confronto con le altre aziende (prioritariamente del Consorzio di appartenenza), in relazione al medesimo fabbisogno di servizi/forniture. E' stato implementato un "avviso di trasparenza" per le aggiudicazioni superiori ad euro 40.000,00 + IVA. E' previsto un controllo sulla richiesta di bene infungibile contemplato dal relativo Regolamento aziendale. Rispetto delle indicazioni Regionali . | 100% | n linea | monitoraggio semestrale infungibili | 100% | RUP/Delegato |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|----------------------|--|---|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|--|------|---|------|---|------|--------------------------------|
| | | | | Definizione oggetto dell'affidamento con particolare attenzione ad appalti misti (esplicitazione della prevalenza) | RUP o suo delegato | 7) Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di tipologie di prodotti/servizi, che favoriscano una determinata impresa | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | Controllo e formazione | della documentazione di gara, con riferimento ai requisiti di partecipazione richiesti, anche supportato dall'acquisizione di parere tecnico; a cascata, delle diverse fasi del processo, in conformità alle procedure aziendali. corretta esplicitazione del "bisogno" nel disciplinare della procedura; procedure visibili al mercato. | 100% | n | inea | numero degli atti di procedura modificati. | 5% | RUP/Delegato |
| | | | | Individuazione della procedura per l'acquisizione della fornitura di beni o servizi | RUP o suo delegato | 8) Individuazione di tipologia di procedura, che favorisca la scelta di un determinato fornitore, anche mediante l'elusione delle soglie comunitarie, ricorrendo ad artificioso frazionamento della fornitura | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | Controllo, formazione | Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i consumi storici in considerazione della pregressa esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto. Applicare le "Regole di gestione del Servizio sociosanitario regionale" approvate annualmente da Regione Lombardia che prevedono necessariamente le modalità di effettuazione degli approvvigionamenti, con la residualità delle gare in autonomia. | 100% | n | inea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti | 100% | Direttore SC Gestione acquisti |
| | | | | Individuazione degli elementi essenziali del contratto | RUP o suo delegato | 9)Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto tra i diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto. | Controllo, formazione | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | 100% | n | inea | numero di contestazioni degli atti di procedura | 5% | Direttore SC Gestione acquisti |
| | | | | Determinazione dell'importo del contratto (con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto) | RUP o suo delegato | 10) Elusione delle norme sulla determinazione dell'importo finalizzata: - all'esclusione dall'ambito di applicazione delle disposizioni relative alle soglie europee; - al frazionamento allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del codice dei contratti | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto con fabbisogni e costi storici e rispetto delle regole dettate dal codice appalti e dai regolamenti | Controllo, formazione | Motivazione che renda note le modalità di quantificazione dell'importo posto a base d'asta, con particolare attenzione anche al rispetto del costo derivante dal ciclo di vita dell'appalto, secondo quanto previsto dal bando tipo ANAC. | 100% | n | inea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti | 100% | Direttore SC Gestione acquisti |
| Contratti pubblici | Acquisto di beni e servizi | SC Gestione acquisti | | Sceita della procedura di aggiudicazione | RUP o suo delegato | 11) Eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto con: esigenze storiche attori delle varie fasi della procedura | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Corretta applicazione delle regole in materia di individuazione dello strumento per l'affidamento. | 100% | n | inea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti e dei beni/servizi infungibili | 100% | Direttore SC Gestione acquisti |
| | | | | Requisiti di qualificazione | RUP o suo delegato | 12) Favorire un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, farmacia, ufficio acquisti) | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Effettuare un sistematico controllo: della documentazione di gara, con riferimento ai requisiti di partecipazione richiesti anche supportato dall'acquisizione di parere tecnico; a cascata, delle diverse fasi del processo in conformità alle procedure aziendali. Esiste una procedura di qualità PG1MQ7 che descrive il percorso da seguire. | 100% | n | inea | presenza di procedure contestate per errata/sottovalutata indicazione dei requisiti | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Criteri di aggiudicazione | RUP o suo delegato | 13) Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Possibili esempi: A) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la Commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare alle offerte presentate; B) mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge o dalla giurisprudenza nella nomina della Commissione giudicatrice | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sul rispetto della normativa del codice appalti | controllo e formazione | criteri di aggiudicazione, i punteggi ed i parametri motivazionali per attribuzione degli stessi sono esplicitati nella lettera d'invito/regolamento. Anche in questo caso, viene attuato sistematicamente un controllo preventivo, nella fase preparatoria della documentazione di gara. Per quanto concerne la nomina della Commissione giudicatrice, il nuovo Codice riduce drasticamente la discrezionalità della Stazione Appaltante riguardo all'individuazione dei relativi Componenti (disposizione dettata dal comma 3 dell'art. 77, la cui applicazione è sospesa fino al 31.12.2020 dall'art. 1, comma 1, della legge 14.6.2019, n. 55) | 100% | n | inea | n. di procedure contestate per errori nell'applicazione delle regole previste dal codice appalti. | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Redazione del cronoprogramma | RUP o suo delegato | 14) Dilatazione dei tempi di attivazione della procedura di gara per favorire l'attuale contraente | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo incrociato sulle scadenze contrattuali | controllo e formazione | Verifica e monitoraggio della corretta applicazione della programmazione e della scadenza dei singoli contratti. | 100% | n | inea | controllo tra il numero di contratti scaduti e l'avvio delle nuove procedure di affidamento | 100% | Direttore SC/Delegato |
| | | | | Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari | RUP o suo delegato | 1) Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) mancanza di trasparenza inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sul rispetto della normativa del codice appalti | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Continuare a garantire l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Sintel, sito aziendale, GUE | 100% | n | inea | n. ricorsi per annullamento procedure | 0 | Direttore SC/RUP/Delegato |
| | | | | Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte | RUP o suo delegato | 2) Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sull'attuazione delle prescrizioni degli atti di gara e del codice degli appalti. | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative per tutto il personale addetto | Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione dell'offerta. | 100% | n | inea | monitoraggio sul numero di procedure aggiudicate con tempistiche standard | 100% | RUP/Delegato |
| | | | | Nomina commissione valutatrice | DAZ | 3) Nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto del codice appalti e della ulteriore normativa in vigore (conflitto di interessi) | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Trasparenza-Obblighi di astensione ex art. 6 bis legge n. 241/90 - art. 35 bis D.Lgs. n. 165/2001. | 100% | n | inea | numero delle contestazioni riferite alla costituzione della commissione giudicatrice | 0 | Direttore SC/RUP/Delegato |
| | | | | Verifica dei requisiti di partecipazione | RUP o suo delegato/ Seggio di gara (Commissione amministrativa) | 4) Manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento 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 di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Formazione e controllo incrociato tra i vari attori (es commissione di gara..) | Formazione specifica su codice appalti, procedure amministrative e normativa anticorruzione per tutto il personale addetto | Controllo dei documenti previsti dal bando di gara. | 100% | n | inea | ricorsi / n procedure | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Valutazione delle offerte tecniche | Commissione giudicatrice (Commissione tecnica) | 5) Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | A | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sul rispetto delle prescrizioni degli atti di gara | Formazione specifica su codice appalti e procedure amministrative per tutto il personale addetto Semplificazione | La SC Gestione acquisti svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia prospetto excel per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/regolamento, sia facsimile di verbale delle relative sedute (standardizzazione delle regole di lavoro della commissione). | 100% | n | inea | ricorsi / n procedure | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Verifica eventuale anomalia dell'offerta | RUP/Commissione Amministrativa integrata con esperti | 6) Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo attuato dal portale Sintel | Formazione specifica su codice appalti e procedure amministrative per tutto il personale addetto | Nel verbale dell'apposita seduta di gara, recepito dalla delibera di esito della procedura, sono evidenziati i presupposti documentali della dichiarata congruità dell'offerta.Verifica della presenza di scostamenti dalla normativa in materia | 100% | n | inea | presenza di scostamento dalle regole dettate dal codice per l'offerta anomala | 100% | RUP/Delegato |
| | | | | Revoca del bando | DAZ, su proposta del RUP | 7) Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Assenza di eventi corruttivi passati | Controllo (intervento di più operatori) Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Ufficio preposto alla procedura di gara, revoca solo dopo apposita istruttoria (autotutela, disposizione di organo giurisdizionale es TAR...) | 100% | n | inea | presenza di segnalazioni | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Verifica requisiti generali e speciali del fornitore | RUP o suo delegato | 1) Omissione, incompletezza o mancata tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Formazione e controllo incrociato | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative Semplificazione | Controllo su quanto la normativa già prevede in materia.Creazione di modulistica ad hoc standard | 100% | n | inea | presenza di segnalazioni | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto | RUP o suo delegato | 2) Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari. Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) mancanza di trasparenza scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Formazione e controllo incrociato | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative | Controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice degli appalti e delle relative tempistiche. controllo sul rispetto dell'iter procedurale post aggiudicazione | 100% | n | inea | presenza di segnalazioni | 0 | RUP/Delegato |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------------------|--|--|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|--|--|---|--|----------|---|------------------------------------|-------------------|
| | | | Rispetto tempi di stipula contrattuale | RUP o suo delegato | 3) Ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto | scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Formazione e controllo incrociato | Formazione specifica sulle prescrizioni sul tema da parte del codice appalti | Controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice degli appalti e delle relative tempistiche. controllo sul rispetto dell'iter procedurale post aggiudicazione | 100% | in linea | presenza di segnalazioni | 0 | RUP/Delegato |
| Contratti pubblici | Acquisto di beni e servizi | SC Gestione acquisti | Individuazione Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) | DAZ | 4) Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto del codice appalti e della ulteriore normativa in vigore (conflitto di interessi) | Formazione specifica sulle prescrizioni del codice appalti | Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di conflitto d'interesse, in relazione all'oggetto del contratto. | 100% | in linea | n. autocertificazioni di assenza di incompatibilità da parte del DEC / n. dei contratti stipulati | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Autorizzazione al subappalto | DAZ, su proposta del RUP/DEC | 1) Mancato controllo da parte della Stazione appaltante circa la sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto della fornitura dei beni o servizi oggetto del contratto | scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Formazione e controllo incrociato | Formazione specifica sulle prescrizioni del codice appalti | Rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente. | 100% | in linea | n. di revocadei subappalti per insussistenza presupposti | 0 | RUP/Delegato |
| | | | Varianti in corso di esecuzione del contratto | DAZ, su proposta del RUP | 2) Ammissione di varianti durante la fase di esecuzione del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del servizio | scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Rispetto della normativa vigente, al fine di evitare l'illegittimo ricorso a varianti. | 100% | in linea | controlli periodoci sui contratti in essere ai sensi della normativa (art 120 d.lgs 36/2023) | 100% | RUP/Delegato |
| | | | Verifiche in corso di esecuzione del contratto | DEC | 3) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto | scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato sul rispetto delle prescrizioni degli atti della specifica procedura. | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Applicazioni di eventuali penali, a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. Monitoraggio da parte del DEC della corretta applicazione delle clausole contrattuali. | 100% | in linea | presenza di segnalazioni da altri attori del processo diversi dal DEC | 0 | RUP/Delegato |
| | | | Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione | DEC | 4) Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza relativi giustificativi (collaudi, regolare esecuzione) pagamenti effettuati senza i necessari controlli (DURC regolare, verifiche Equitalia, ecc..) | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo tramite applicativo gestionale per la liquidazione delle fatture | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Rispetto della normativa vigente e della procedura qualità. Istruttoria di pagamento condivisa tra più uffici . | 100% | in linea | assenza di contestazione per mancati pagamenti | 100% | Funzioni preposte |
| | Concessioni | Monitoraggio sulla corretta erogazione dei servizi previsti contrattualmente | RUP o delegato, Gruppi di controllo per singolo servizio | 1) Omesso controllo per garantire a sé o altri un ingiusto profitto ovvero altra utilità. | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato dei servizi sul rispetto delle prescrizioni degli atti di gara da parte di appositi gruppi di controllo | Promozione dell'etica e di standard di comportamento. Formazione su procedure amministrative. Supporto e confronto continuo con i gruppi di controllo circa la corretta applicazione del CSA | Attività svolta congiuntamente e contemporaneamente da più strutture nei controlli di tutti i servizi affidati. Segnalazioni NC da tutti i fruitori dei servizi. Rilevazione della customer satisfaction ove applicabile. | 100% | in linea | presenza di segnalazioni da altri attori del processo diversi dal DEC | 0 | RUP/Delegato |
| | | | | 2) Falsa attestazione di assolvimento degli impegni contrattuali del concessionario. | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato dei servizi sul rispetto delle prescrizioni degli atti di gara da parte di appositi gruppi di controllo | Promozione dell'etica e di standard di comportamento. Formazione su procedure amministrative. Supporto e confronto continuo con i gruppi di controllo circa la corretta applicazione del CSA | Attività svolta congiuntamente e contemporaneamente da più strutture nei controlli di tutti i servizi affidati. Segnalazioni NC da tutti i fruitori dei servizi. Rilevazione della customer satisfaction ove applicabile. | 100% | in linea | presenza di segnalazioni | 0 | RUP/Delegato |
| | | | Contestazione in caso di servizio non conforme | RUP | 3) Mancata applicazione di segnalazioni o penali. | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un uico soggetto scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze di personale addetto ai processi inadeguata diffusione della cultura della legalità | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato dei servizi sul rispetto delle prescrizioni degli atti di gara da parte di appositi gruppi di controllo | Promozione dell'etica e di standard di comportamento. Formazione su procedure amministrative. Supporto e confronto continuo con i gruppi di controllo circa la corretta applicazione del CSA | Rilevazione delle non conformità anche in modo incrociato da più strutture coinvolte nei controlli dei i servizi affidati. | 100% | in linea | emissione di penali per servizi NC | 100% |

NB:Il campo "interessi economici" è stato valorizzato intendendolo come "interesse interno" ovvero degli operatori di ASST

SC Tecnico e patrimoniale

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILITA' | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABITANTE | Intensità valore all'ASST | Intensità economica | datata/condita | eventi corruttivi/passati | aggravatori | valore del processo autorizzato | Grado di attuazione delle misure di contenimento | Prevalenza | Qualità servizio | DATI, EVIDENZE E INIZIATIVE | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/10/2024 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILE |
|--------------------|-------------------------|----------------------------------|--|---|---|---|---------------------------|---------------------|----------------|---------------------------|-------------|---------------------------------|--|------------|-------------------------|---|--|---|----------------------------------|---------------------|---|---------------|--|
| Contratti pubblici | Gestione del patrimonio | SC Gestione Tecnico patrimoniale | Asta pubblica per alienazione e per locazione a terzi di immobili di proprietà. | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile del procedimento afferente alla Gestione patrimonio | 1) Alienazioni di immobili e/o locazioni attive senza il rispetto di criteri di economicità e produttività (es. a prezzi inferiori ai valori di mercato, a titolo gratuito o di favore); | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sull'attuazione delle procedure; Attuazione delle misure previste. | Formazione; Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento. | Alienazioni: Il valore di mercato per la vendita di immobili viene definito dai tecnici dell'Agenzia Entrate Ufficio Territoriale con apposita perizia, su incarico dell'azienda. La legge prevede che la vendita avvenga mediante esperimento di Asta Pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUI, GURI e quotidiano locale. In via preventiva è necessario ottenere il rilascio della autorizzazione all'alienazione da parte di Regione Lombardia, ai sensi del D.Lgs 502/92 art. 5. | 100 | in linea | controllo sul rispetto dell'iter procedurale | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | | | 2) Alienazioni di immobili e/o locazioni attive con procedure non regolari e scarsamente trasparenti al fine di favorire determinati soggetti. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Formazione; Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento. | Locazioni: I valori di mercato indicati in asta sono determinati applicando quanto pubblicato nel sito dell'Agenzia delle Entrate sezione "Banca dati delle quotazioni immobiliari". Per le locazioni attive l'informazione procede mediante esperimento di asta pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUI, GURI e quotidiano locale. La procedura vengono definite dalla normativa vigente. L'informazione avviene mediante pubblicazioni su BRUI, GURI e quotidiano locale. La segretezza delle offerte è garantita dal fatto che le stesse devono essere presentate chiuse al protocollo dell'azienda e, solo in seguito, aperte in seduta pubblica da apposita commissione. | 100 | in linea | monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | | | 3) Mancato incasso derivante dall'alienazione. Canoni altri non percepiti. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | M | B | B | B | A | M | rischio sotto controllo | Controllo sull'attuazione delle procedure; Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Controllo | Alienazioni: Il Direttore Generale o un dipendente, munito di apposita procura, provvede alla stipula dell'atto di compravendita ed al ritiro dell'assegno. Quest'ultimo verrà poi consegnato alla ragioneria aziendale per procedere con la riscossione. Locazioni: Vengono eseguiti dei controlli sugli incassi mediante confronto con gli uffici della ragioneria aziendale, seguendo un apposito schedario (allegato alla procedura qualità PagheC3) "gestione dei controlli locazione". Nel caso il conduttore non abbia provveduto al versamento, si procede con il sollecito di pagamento. | 100 | in linea | monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | Avviso pubblico per l'acquisto in proprietà e per l'acquisizione in locazione passiva di immobili. | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile del procedimento afferente alla Gestione patrimonio | 1) Acquisito e/o locazione passiva di immobili senza il rispetto di criteri di economicità e produttività (es. a prezzi superiori ai valori di mercato) | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sull'attuazione delle procedure; Attuazione delle misure previste. | Formazione; Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento. | I valori di mercato indicati in asta sono determinati applicando quanto pubblicato nel sito dell'Agenzia delle Entrate sezione "Banca dati delle quotazioni immobiliari". Il funzionamento procede mediante esperimento di asta pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUI, GURI e quotidiano locale. | 100 | in linea | controllo sul rispetto dell'iter procedurale | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | | | 2) Acquisito e/o locazione passiva di immobili con procedure non regolari e scarsamente trasparenti al fine di favorire determinati soggetti. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Formazione; Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento. | Le procedure vengono definite dalla normativa vigente e pertanto si procede mediante avviso pubblico di indagine conoscitiva. L'informazione avviene mediante pubblicazioni su BRUI, GURI e quotidiano locale. La segretezza delle offerte è garantita dal fatto che la stesse devono essere presentate chiuse al protocollo dell'azienda e, solo in seguito, aperte in seduta pubblica da apposita commissione. | 100 | in linea | monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | | | 3) Acquisito di immobili con importo superiore al dovuto. Pagamento canoni passivi non dovuti o di importo superiore al dovuto. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo sull'attuazione delle procedure; Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Controllo | Alienazioni: Il Direttore Generale o un dipendente, munito di apposita procura, provvede alla stipula dell'atto di compravendita ed a presentarsi all'agente per il pagamento, predisposto dalla ragioneria aziendale sulla base del prezzo stabilito nel corso della procedura. Locazioni: Vengono eseguiti dei controlli mediante confronto con gli uffici della ragioneria aziendale, seguendo un apposito schedario (allegato alla procedura qualità PagheC3) "gestione di contratti locazione". | 100 | in linea | monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | Aggiornamento degli elenchi dei beni immobili dell'ASST. | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile del procedimento afferente alla Gestione patrimonio | Inglese/carena pubblicazione dati inerenti gli immobili per garantire un giusto profitto o alta visita. | Scarsa responsabilizzazione interna | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Nessuna segnalazione. | Controllo; Formazione | L'ASST aggiorna e pubblica semestralmente sul proprio sito trasparenza due elenchi: gli immobili di proprietà (Redattori e tenenti); i canoni di locazione attivati/assiti ed i comodi. Gli elenchi dei beni immobili inoltre vengono aggiornati annualmente per il MEF Dipartimento del Tesoro, attraverso l'applicativo https://partekelcom.mef.gov.it. Le operazioni di aggiornamento degli immobili sono inoltre procedurali dalla istruzione operativa locatoc7 "gestione archivio catasti" (ex 9001-2008). | 100 | in linea | Monitoraggio periodico delle pubblicazioni sul sito aziendale | 100/100 | RUP o delegato |
| | | | | | La manutenzione della sede principale di Piazza OMS 1 (nuovo ospedale) che determina circa il 90% della spesa è gestita con due contratti: il principale riguarda l'aspetto principale della costruzione del nuovo ospedale di Bergamo, che già prevedeva la costruzione e la manutenzione degli impianti per dieci anni mentre il secondo riguarda la parte costituita e gestita in concessione. Per quanto riguarda la altri sedi facenti parte del patrimonio indisponibile dell'azienda (uffici) si provvede con una regolare attività di manutenzione ordinaria e straordinaria per la conservazione degli edifici e degli impianti, riguardo gli edifici appartenenti al patrimonio disponibile vengono effettuati solo piccoli interventi; solo in caso di urgenza, l'affidamento dei lavori e degli interventi è effettuato mediante procedure di gara. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | B | B | B | B | M | B | rischio sotto controllo | Formazione, definizione dell'etica e di standard di regolamento. Controllo sull'attuazione delle procedure; Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Programma degli acquisti e dei lavori con le regole previste dal codice. Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative. | Gli interventi di manutenzione (Straordinaria/Ristrutturazione sono inseriti nel piano dei fabbisogni che è sottoposto alla Direzione Aziendale per l'eventuale finanziamento. Gli interventi di manutenzione (Straordinaria/Ristrutturazione sono affidati tramite adesione a Convegni ARRA o con procedure di gara come previsto dal Codice Appalti. Controlli anche da parte della società di controllo sull'efficienza del lotto aggiudicato per il quale sono stati precedentemente comunicati i fabbisogni da parte della SA. | 100 | in linea | manca il rispetto delle indicazioni di ARRA | 100/100 | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - ES |
| | | | Identificazione, inserimento in libro ospiti aziendale, aggiornamento a seguito di dimissioni | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile Ufficio inventario | Mancato identificazione/ricerca bene, errato aggiornamento della posizione inventario del bene e/o della sua utilizzazione | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità. | M | M | B | B | B | B | M | B | rischio sotto controllo | Formazione, definizione dell'etica e di standard di regolamento. Controllo sull'attuazione delle procedure; Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione. | Controllo; Formazione | D. Lgs. 118/2011 e s.m.i. PISG01P027M2M "Gestione attrezzature sanitarie" PISG01P027M2M "Gestione altri beni mobili" PISG01P027M2M "Gestione immobilizzazioni immateriali" PISG01P027M2M "Trattamento bene prodotto" | 100 | in linea | verifiche periodiche Collegio Sindacale | 100/100 | Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile Ufficio inventario |
| | | | programmazione dei lavori | Direttore SC / ES | 1) Errore o non tempestiva programmazione con mancato rispetto del principio di economicità | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Trasmissione della programmazione triennale ai livelli tecnici dei soggetti aggregati | Programmazione degli acquisti con le regole previste dal codice | Monitoraggio preventivo in merito alla scadenza dei contratti e programmazione per garantire il tempestivo avvio della procedura. | 50 | in linea | rispetto della programmazione | 95/100 | Direttore SC |
| Contratti pubblici | Acquisto lavori | SC Gestione Tecnico patrimoniale | analisi e definizione dei fabbisogni | DIRETTORE SC/ES | 2) Fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia / economicità per premiare interessi particolari | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna | M | B | B | B | B | B | A | M | rischio sotto controllo | Rischio legato alla variabilità delle esigenze delle strutture | Controllo sistematico sulla stesura integrato con le nuove esigenze. I fabbisogni sono legati alle attività, alle disponibilità di bilancio, alle disposizioni normative, alle richieste dei reparti, alle principali attività manutentive ricorrenti e alle risorse sanitarie da R.L. | Verifica dello soddisfacimento rispetto al programma, in collaborazione con le altre strutture aziendali. | 100 | in linea | Monitoraggio dei contratti | 10/100 | RUP |
| | | | effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche | RUP | 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara. Mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna | A | M | A | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi corruttivi passati; nessuna segnalazione; attuazione delle misure previste | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative. | Informazioni al personale sulla riservatezza delle procedure di gara in corso di predisposizione. Rispetto degli oneri inerenti alla pubblicazione e redazione vertali, ove previsto. | 100 | in linea | pubblicazione sul sito aziendale dell'avviso di consultazione del mercato | 100/100 | RUP |
| | | | nomina del Responsabile del procedimento/ Direttore lavori | DAZ (ex RUP) SA (ex Responsabile amministrativo del procedimento) | 4) Mancanza di requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la serietà e l'indipendenza nei confronti delle imprese concorrenti | scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancanza di trasparenza | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi passati in cui vi è stato un conflitto di interesse per il quale è stato cambiato il RUP | formazione su codice appalti e procedure amministrative. | Corretta applicazione del codice degli appalti e rispetto della Linea Guida ANAC, nonché del codice di comportamento. Osservazione della normativa in materia di conflitto di interesse. Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse. | 100 | in linea | nessuna variazione di nrg per conflitto di interesse | 100/100 | RUP |
| | | | ricorso ad affidamenti da professionisti esterni (ingegneri/architettura e consulenza tecnica) | RUP | 5) Non utilizzo competenze interne: Impiego selezione professionisti esterni. Mancato rispetto dei principi previsti dal codice degli appalti per l'affidamento dei servizi al fine di favorire un professionista | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi corruttivi passati; nessuna segnalazione; attuazione delle misure previste | formazione su codice appalti e procedure amministrative. | Corretta applicazione del codice degli appalti e rispetto della Linea Guida ANAC; nonché del codice di comportamento.Verifica puntuale del RUP circa la dichiarazione | 100 | in linea | verifica delle dichiarazioni | 100/100 | RUP |
| | | | scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alle procedure negoziate - affidamenti diretti in economia | RUP | 6) Emissione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa; Emissione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una impresa | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | A | M | M | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | riduzione delle spese in economia - attento monitoraggio su acquisti di infungibili. | Definizione, promozione dell'etica e di standard di comportamento - formazione su codice appalti e procedure amministrative. | Corretta applicazione della normativa ed integrazione della programmazione. Rispetto delle Indicazioni Regionali. | 95/100 | in linea | Rispetto delle regole regionali | 100/100 | RUP |
| | | | procedure negoziate affidamento in esclusiva | RUP | 7) Emissione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa; Condizione di conflitto di interesse potenziale nel caso in cui i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con beneficio nei confronti dell'utilizzatore a possono orientare la quantità e tipologia del materiale | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | monitoraggio periodico infungibili | regolamento per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi | L'attuale sistema di programmazione delle gare a livello regionale (Programmazione - Modulo Budget) induce ad un necessario confronto con le altre aziende (prioritariamente del Consorzio di appartenenza), in relazione al medesimo fabbisogno di servizi/forniture e lavori. E' previsto un controllo sulla richiesta di bene infungibile contemplato dal relativo Regolamento aziendale. Rispetto delle indicazioni Regionali. | 100/100 | in linea | monitoraggio contratti e monitoraggio semestrale infungibili | 100/100 | RUP |
| | | | individuazione della procedura per affidamento lavori | RUP | 8) Individuazione di tipologia di procedura, che favorisca la scelta di un alternatore fornito, anche mediante l'azione della legge comunale, ricorrendo ad artificioso frazionamento dei lavori. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, struttura ufficio tecnico) | Controllo, formazione | Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i consumi storici in considerazione della progressa esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti nel processo di acquisto. Applicare la "Regole di gestione del Servizio socio-sanitario regionale" approvate annualmente da Regione Lombardia che prevedono necessariamente la modalità di effettuazione degli appalti/affidamenti, con la responsabilità delle gare in autonomia. La tipologia di procedura è determinata dall'importo del finanziamento. | 100 | in linea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti | 100/100 | RUP |
| | | | individuazione degli elementi essenziali del contratto | RUP | 9) Predisposizione di clausole contrattuali del contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto tra i diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto. | Controllo, formazione | Lo schema di contratto è soggetto a procedura di validazione in tale fase è effettuato il controllo. | 100 | in linea | numero di contestazioni degli atti di procedura | 5/100 | RUP |
| | | | determinazione dell'importo del contratto (con specificazione anche dei costi derivanti dal costo di vita dell'appalto) | RUP | 10) Emissione delle norme sulla determinazione dell'importo finalizzato all'acquisto dell'unità di misura; applicazione delle disposizioni relative alle soglie europee - al frazionamento allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del codice dei contratti | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto con tabelloni e costi storici e rispetto delle regole dettate dal codice appalti e dai regolamenti | Controllo, formazione | Motivazione che renda note le modalità di quantificazione dell'importo posto a base d'asta, con particolare attenzione anche al rispetto del costo derivante dal costo di vita dell'appalto, secondo quanto previsto dal bando tipo ANAC. | 100 | in linea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti | 100/100 | RUP |
| | | | scelta della procedura di aggiudicazione | RUP | 11) Eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive (scelta di operatori calibrati sulle sue capacità | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | confronto con: esperienza storica i vari delle varie fasi della procedura | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Verifica applicazione disciplina del codice dei contratti e regolamenti interni Corretta applicazione delle regole in materia di individuazione dello strumento per l'affidamento. | 100 | in linea | monitoraggio periodico degli affidamenti diretti e dei beni/servizi infungibili | 100/100 | RUP |
| | | | requisiti di qualificazione | RUP | 12) Favorire l'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | A | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Controllo incrociato tra i vari attori (utilizzatore, struttura, ufficio tecnico) | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Verifica applicazione disciplina del codice dei contratti e classificazione SOA Effettuare un sistematico controllo della documentazione di gara, con riferimento ai requisiti di partecipazione richiesti anche supportato dall'acquisizione di parere tecnico; a cascata, delle diverse fasi del processo in conformità alle procedure aziendali. | 100 | in linea | n.r/procedure contestate per errata/sottoutilizzandizione dei requisiti | 0/RUP | |
| | | | requisiti di aggiudicazione | RUP | 13) Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Possibili esempi: A) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la Commissione giudicatrice utilizza per decidere i punteggi da assegnare alle offerte presentate; B) mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge o dalla giurisprudenza nella nomina della Commissione giudicatrice | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto delle normative | controllo e formazione | Per criteri: individuazione degli stessi da parte del RUP nell'ambito delle sue funzioni motivando la scelta effettuata nel provvedimento di indicazione. Verifica applicazione codice contratti e linee guida ANAC. I criteri di aggiudicazione, i punteggi ed i parametri motivazionali per l'attribuzione degli stessi sono esplicitati nella lettera d'invitochiamamento. Per quanto concerne la nomina della Commissione giudicatrice, il nuovo Codice riduce sostanzialmente la discrezionalità della Stazione Appaltante riguardo all'individuazione dei relativi Componenti (disposizione dettata dal comma 3 dell'art. 77, la cui applicazione è sospesa fino al 31.12.2020 dall'art. 1, comma 1, della legge 14.6.2019, n. 58) | 100 | in linea | n.r/procedure contestate per errori nell'applicazione delle regole previste dal codice appalti. | 0/RUP | |
| | | | riduzione del cronoprogramma | RUP/STAFF TECNICO | 14) Dilatazione dei tempi della procedura di gara per favorire l'attuale contraente | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sulle scadenze contrattuali | controllo e formazione | Predisposizione di un cronoprogramma delle procedure dei tempi previsti delle diverse fasi procedurali per l'affidamento dell'appalto e relativo monitoraggio nel rispetto delle scadenze. Verifica e monitoraggio della corretta attuazione della programmazione e della scadenza dei singoli contratti. | 100 | in linea | controllo tra i numeri di contratti scaduti e l'avvio delle nuove procedure di affidamento | 100/100 | RUP |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|----------------------------------|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|--|--|---|--------|----------|---|---------|---|--------------|
| | | | pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari | STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO con il supporto del RUP | Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Continuare a garantire l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Simel, che aderisce a garanzie | 100 | in linea | Monitoraggio presentazione di ricorsi per annullamento procedure | | 0 | RUP |
| | | | ossazione dei termini per la ricezione delle offerte | STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO con il supporto del RUP | Immotivate concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sull'attuazione delle prescrizioni degli atti di gara e del Codice degli appalti | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | La data e l'ora di presentazione dell'offerta è indicata nel bando di gara. Le offerte presentate oltre la data e l'ora di scadenza in automatico non vengono prese in considerazione dalla piattaforma di gara. Eventuali richieste di proroga devono essere motivate e valutate dal RUP estendendo a tutti i partecipanti. | 100 | in linea | Monitoraggio sul numero di procedure aggiudicate con tempistiche standard | 100/100 | | RUP |
| Contratti pubblici | Acquisto lavori | SC Gestione Tecnico patrimoniale | nomina commissione valutativa | SA su proposta del RUP | Nemica Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normative in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Viene richiesta ai commissari nominati il riassunto di apposite autocertificazioni in merito alla incompatibilità. Trasparenza Obblighi di astensione ex art. 6 bis legge n. 241/90 - art. 35 bis D.Lgs. n. 165/2001. | 100 | in linea | Monitoraggio sul numero delle contestazioni rinviata alla costituzione della commissione giudicatrice | | 0 | RUP |
| | | | verifica dei requisiti di partecipazione | RUP/Seggio/commissione | Manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo e formazione | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative sulla normativa anticorruzione | Controllo dei requisiti secondo la normativa vigente. | 100 | in linea | Confronto su n. di procedure e ricorsi | | 0 | RUP |
| | | | valutazione delle offerte | RUP/Seggio/commissione | Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attingere per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elementi progettuali | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | A | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto delle prescrizioni degli atti di gara | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative | Redazione di apposito verbale dal quale si evince la motivazione che ha indotto la commissione ad assegnare i vari punteggi. La pluralità della composizione della commissione ne garantisce l'obiettività. La SC Gestione tecnico patrimoniale svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia rispetto eventi per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/regolamento, sia fac- simile di verbale delle relative sedute. | 100 | in linea | Confronto su n. di procedure e ricorsi | | 0 | RUP |
| | | | verifica eventuale anomalia dell'offerta | RUP con supporto della commissione | Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo attuato dal portale Simel | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative | Nel verbale dell'apposita seduta di gara, recepito dalla delibera di esito della procedura, sono evidenziati i presupposti documentali della dichiarata congruità dell'offerta.Verifica della presenza di sconsiglieri dalla normativa in materia | 100 | in linea | verifica dello sconsigliamento dalle regole dettate dal codice per l'offerta anomala | 100/100 | | RUP |
| | | | revoca del bando | SA su proposta del RUP | Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'affermamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello indicato, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | Mancanza di eventi correttivi/passati | Formazione | L'aggiudicatario viene determinato dal sistema. Il mancato rispetto implica l'adozione da parte dell'amministrazione di apposito atto che vede così coinvolti una pluralità di soggetti che esaminano nello specifico la motivazione che ha indotto alla revoca del bando. Dato atto deve essere effettuato all'atto e reso noto agli atti operatori economici che possono impugnarlo, nessun bando è mai stato revocato. | 100 | in linea | Assenza di segnalazioni | 100/100 | | RUP |
| | | | verifica requisiti generali e speciali del fornitore | STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO/RUP | Omissione, incompletezza o mancata tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative | Controllo su quanto la normativa già prevede in materia. | 100 | in linea | Assenza di segnalazioni | 100/100 | | RUP |
| | | | effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, esclusioni e le aggiudicazioni - formulazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto | STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO/RUP | Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorso da parte dei soggetti esclusi e non aggiudicatari; immodulato ritardo nella formulazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a scegliere di ogni vincolo o recedere dal contratto | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione specifica su codice appalti, su procedure amministrative | Publicazioni previste dalla normativa nelle varie fasi della procedura di affidamento dell'appalto. | 100 | in linea | controllo sul rispetto dell'eff. procedurale post aggiudicazione | 100/100 | | RUP |
| | | | rispetto tempi di stipula contrattuale | STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO/RUP | Ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione specifica sulle prescrizioni sul tema da parte del codice appalti | Rispetto della normativa vigente. | 100 | in linea | Assenza di segnalazioni | 100/100 | | RUP |
| | | | individuazione Direttore esecutivo del contratto (DEC) | SA su proposta del RUP | Nemica DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la serietà e l'indipendenza | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione specifica sulle prescrizioni del codice appalti | Compiti, funzioni e controlli del DEC sono normati dal codice e dalle linee guida attuative del codice emesse dall'ANAC. La nomina del DEC viene effettuata dal RUP (in caso le due figure non coincidono) nell'ambito del possesso dei requisiti di adeguata professionalità, previsti dal codice e dall'ANAC e viene fatta sottoscrivere al professionista o al dipendente dichiarazione per assicurare la serietà ed indipendenza nei confronti dell'operatore economico. | 100 | in linea | compilazione dei moduli di assenza di incompatibilità da parte per DEC rispetto ai n. dei contratti stipulati | 100/100 | | RUP |
| | | | inventari | DIRETTORE SC/Responsabile ufficio inventari | Omettere o ritardare o effettuare in modo non conforme al regolamento aziendale per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali l'inventariazione di beni provocando un danno all'Azienda | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione e controllo | D. Lgs. 118/2011 e s.m.i. PISG0PQ27M2Q7 "Gestione attrezzature sanitarie" PISG0PQ27M2Q7 "Gestione altri beni mobili" PISG0PQ27M2Q7 "Gestione immobilizzazioni immateriali" PISG0PQ27M2Q7 "Inventario fisco periodici" | 95/100 | in linea | A. beni inventariati, beni stall | 100 | DIRETTORE SC/Responsabile ufficio inventari | |
| Contratti pubblici | Acquisto lavori | SC Gestione Tecnico patrimoniale | autorizzazione al subappalto | SA su proposta del RUP | Mancato controllo da parte della Stazione appaltante circa la sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto dei lavori oggetto del contratto. Mancata valutazione dell'impegno di manovrare o incidere sul conto della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per evitare le disposizioni o i limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. Accordi colturali imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità a distribuire i vantaggi a tutti i partecipanti. | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | formazione e controllo | Formazione specifica sulle prescrizioni del codice appalti | Rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, con espresse comunicazioni di autorizzazione (deliberazione e/o verbale). | 100 | in linea | procedura standard da seguire in caso di subappalto | 100/100 | | RUP |
| | | | varianti in corso di esecuzione del contratto | RUP/CLSA | Ammissione di varianti durante la fase di esecuzione del contratto, al fine di controbilanciare all'appaltatore di recuperare lo scarto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori indebitati in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla riduzione della perizia di varianti. Inserimento nuovi prezzi di cantiere. | scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Il RUP verifica l'ammissibilità delle varianti ai sensi del codice degli appalti sulla base della proposta del direttore dei lavori DEC. | 100 | in linea | controlli periodici sui contratti in essere | 100/100 | | RUP |
| | | | verifiche in corso di esecuzione del contratto | STAFF TECNICO/DEC/RUP | Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto. Accettazione materiali in cantiere non conforme al capitolato. Utilizzo non giustificato/autorizzato materiali fuori contratto. | Mancanza di formazione, scarsa responsabilità interna | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Lo stato di avanzamento lavori viene accertato in contraddittorio tra direzione lavori ed impresa e documentato dal RUP. Invece e negare di constatare. Il certificato di pagamento è invece redatto dal RUP su proposta del direttore dei lavori. Il direttore dei lavori deve accertare la congruenza dei materiali utilizzati dalla ditta appaltatrice e collaborare nell'uso di collaudi certificato in conformità delle opere con quanto previsto dal progetto. Applicazioni di eventuali penali, a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. Monitoraggio da parte del DEC/CL della corretta applicazione delle clausole contrattuali. | 100 | in linea | controlli periodici sui contratti in essere | 100/100 | | RUP |
| | | | effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione | RUP/DEC/STAFF AMMINISTRATIVO | Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza relativi giustificativi (collietti, regolare esecuzione) pagamenti effettuati senza i necessari controlli (DURC regolare, verifiche Equitalia, ecc.) | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | B | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | L'ufficio prima di liquidare la fattura si accerta della rispondenza della fattura con l'ordine, della regolarità del DURC e dell'esistenza dei documenti necessari al pagamento. La verifica viene attuata tramite un soggetto esterno incaricato da questa ASST. La liquidazione viene effettuata dal RUP / Direttore di Struttura tramite l'utilizzo della procedura informatica. | 100 | in linea | controlli periodici sulle fatture | 100/100 | | RUP |
| | | | procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'elaborato di regolare esecuzione incluso annuncio della fatture liquidate | RUP/DEC/CL | Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli dell'Azienda. Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici. Mancata denuncia di diffamità e usi dall'opera | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | M | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Viene controllato da parte del RUP il rispetto dei termini contrattuali per l'emissione dei diversi documenti e le eventuali riserve che l'appaltatore avanza. Le riserve vengono esaminate dal direttore dei lavori, dal collaboratore e dal RUP che validando le relazioni riserve dei soggetti precedenti propone all'amministrazione l'eventuale accoglimento. | 100 | in linea | Assenza di contestazioni | | 0 | RUP |
| | | | rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento | STAFF AMMINISTRATIVO/RUP | Elusione delle norme o rendicontazione non corretta al fine di favorire l'aggiudicatario | Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | M | B | B | B | B | B | A | B | rischio sotto controllo | controllo sul rispetto della normativa del codice appalti e normativa in vigore | Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative | Per gli affidamenti diretti ossia affidamento di lavori/servizi/forniture di importo inferiore ad € 40.000,00 il pagamento viene effettuato solo a seguito dell'accertamento e della sottoscrizione della fattura da parte dei tecnici incaricati a seguire i lavori del RUP. Inoltre viene adottata trimestralmente una deliberazione di ricognizione degli affidamenti diretti. | 100 | in linea | Delibera trimestrale | 100/100 | | RUP/Delagato |

SC Affari generali

| AREA DI RISCHIO | PROCESSI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | FASE | Descrizione dell'attività | Esecutore dell'attività | Rischio specifico del processo | Fattore abilitante | Interessi esterni all'ASST | Interessi economici | discrezionalità | eventi corruttivi in passato | segnalazioni | opacità | attuazione delle misure di trattamento | GIUDIZIO SINTETICO | Motivazione valutazione del rischio | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | Tipologia di misura specifica | Stato di attuazione al 31/12/2024 | tempi di attuazione della misura | Indicatori di monitoraggio | Valore target | Responsabile |
|----------------------|--|--|--|---|--|--|---|----------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|--------------|---------|--|--------------------|---|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|---------------|--|
| Affari istituzionali | Convenzioni per il trasporto dei pazienti dializzati | Direttore SC Affari generali | Individuazione dei vettori disponibili e/o accettazione della disponibilità di un vettore a svolgere il servizio di trasporto sanitario semplice di pazienti dializzati previa presentazione di apposita SCIA all'ATS di competenza. | Acquisizione della comunicazione tramite nota scritta della disponibilità di un vettore a effettuare il servizio di trasporto di pazienti dializzati e verifica del possesso di tutti i requisiti chiesti dalla normativa vigente | Assistente/collaboratore amministrativo | Agevolare alcuni soggetti pubblici o privati senza accertare la sussistenza di tutti i requisiti richiesti garantendosi un ingiusto profitto per sé o altri | Carenza di controlli, svolgimento prolungato del processo da parte di un'unica persona | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esiste un controllo duplice da parte del personale amministrativo anche dell'ATS di competenza | Controlli a più livelli e diffusione della cultura dell'etica | Verifica dei requisiti e contatti con l'ATS di competenza per accertamento circa il deposito della SCIA | Misura in atto | Misura in atto | continuo | 100% | Direttore SC Affari generali |
| | | Direttore SC Affari generali | Stipula della convenzione con il vettore che assume l'impegno al trasporto del paziente dializzato. | Stipula della convenzione, previa adozione di apposita deliberazione, con ciascun vettore che ha manifestato la propria disponibilità a effettuare il servizio e successiva acquisizione della documentazione attestante i requisiti richiesti per la sede operativa, il personale e i mezzi utilizzati nonché la polizza fideiussoria intestata all'ASST a garanzia della corretta esecuzione del rapporto | Assistente/collaboratore amministrativo | Applicazione distorta delle verifiche al fine di garantire un ingiusto profitto per sé o altri | Carenza di controlli, svolgimento prolungato del processo da parte di un'unica persona , inadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esiste un controllo duplice da parte del personale amministrativo e specifica normativa regionale di settore | Controlli a più livelli e diffusione della cultura dell'etica | Verifica dei requisiti da parte di più persone | Misura in atto | Misura in atto | continuo | 100% | Direttore SC Affari generali |
| | | Direttore SC Affari generali | Assegnazione del trasporto del paziente sottoposto a trattamento dialitico a l vettore convenzionato. | Ricezione della relazione clinica per il trasporto sanitario semplice del paziente dializzato da parte del dirigente medico dei centri dialisi dell'azienda di appartenenza dell'assistito. Assegnazione del paziente ai vettori convenzionati | Assistente/collaboratore amministrativo | Mancata rotazione dei vettori a cui vengono assegnati i trasporti dei pazienti dializzati | Carenza di controlli, svolgimento prolungato del processo da parte di un'unica persona , inadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Misure di rotazione documentati e conservate agli atti | Trasparenza | Specifica procedura aziendale, conservazione della documentazione a dimostrazione dell'avvenuta richiesta a rotazione per l'effettuazione del servizio di trasporto e conservazione delle risposte relative alla disponibilità da parte dei singoli vettori | Misura in atto | Misura in atto | continuo | 100% | Direttore SC Affari generali |
| | | Direttore SC Affari generali | Attività di controllo | Controllo mensile delle fatture inviate dai vettori per i trasporti mensili effettuati mediante controllo della congruità tra quanto certificato dal centro dialisi (totale delle dialisi effettuate, date ed orari del mese precedente) e quanto rendicontato dal vettore sulla base dell'autorizzazione al trasporto | Assistente/collaboratore amministrativo | Agevolare alcuni soggetti pubblici o privati garantendosi un ingiusto profitto per sé o altri | Carenza di controlli, svolgimento prolungato del processo da parte di un'unica persona, inadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Attività svolta incrociando dati provenienti da fonti diverse | Controlli a più livelli e diffusione della cultura dell'etica | Procedura aziendale | Misura in atto | Misura in atto | continuo | 100% | Direttore SC Affari generali |
| | Gestione sinistri | Direttore SC Affari generali SC Medicina legale | Ricezione della richiesta di risarcimento da parte del paziente/legale | Gestione della ricezione e valutazione della completezza e ammissibilità della richiesta risarcitoria. | Collaboratore amministrativo | Accogliere una richiesta di risarcimento priva di tutti i requisiti per agevolare terzi | Carenza di controlli, discrezionalità, mancanza di trasparenza | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Fase del processo gestito da più strutture che riducono la discrezionalità. Registrazione della richiesta nel data base regionale | Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Procedura aziendale | In attuazione | Misura in atto | numero pratiche valutate in sede di CVS | 100% | Direttore SC Affari generali |
| | | Direttore SC Affari generali | Valutazione della richiesta e della relativa pratica in CVS | Analisi nel dettaglio di ogni singolo sinistro in riunioni con cadenza bimestrale/trimestrale a cui partecipano i componenti del CVS, organismo a composizione multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni all'ASST | Direttore SC AG e collaboratore amministrativo, medico legale e direttore SC Avvocatura e supi collaboratori | Inserimento dei casi da discutere in CVS agevolando terzi. In sede di CVS favorire la trattazione di uno specifico caso rispetto ad altri agevolandone la conclusione. | Uso improprio della discrezionalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Il CVS è , organismo a composizione multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni, tra cui il broker, figura di supporto esterna all'ASST e svolge già di per sé una forma di controllo in quanto più operatori gestiscono la stessa fase del processo. | Controlli a più livelli | Procedura aziendale | In attuazione | Misura in atto | numero pratiche valutate in sede di CVS | 100% | Direttore SC Affari generali/SS Medicina legale del polo ospedaliero |
| | | Direttore SC Affari generali | La SC AG incarica legali esterni per la difesa dei dipendenti coinvolti che richiedano il patrocinio dell'azienda (casi sotto SIR) | Selezione del legale idoneo inserito nell'elenco dei legali fiduciari dell'ASST | Direttore SC AG | Favorire determinati legali rispetto ad altri (fatte salve eventuali valutazioni di merito in ordine alla complessità del caso). | Uso improprio della discrezionalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Fase del processo gestito da più strutture che riducono la discrezionalità. | Trasparenza | Utilizzo dell'elenco aziendale dei legali idonei cui è obbligatorio attingere utilizzando il criterio della rotazione | In attuazione | Misura in atto | Rispetto del regolamento aziendale e dell'elenco aziendale dei legali idonei per ogni singolo incarico | 100% | Direttore SC Affari generali |

SC Gestione e sviluppo delle risorse umane

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILE | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni all'ASST | Interessi economici | discrezionalità | eventi coruttivi passati | segnalazioni | opacità | Attuazione delle misure di trattamento | Probabilità | Giudizio sintetico | MOTVAZIONE | MISURA GENERALE | MISURA SPECIFICA | TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2021 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILE |
|---------------------------------------|---|--------------|---|---|---|--|----------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|--------------|---------|--|-------------|--------------------|---|--|--|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|---|--|--|
| Acquisizione e gestione del personale | Nomina per incarico di direttore di struttura complessa sanitaria | | <p>Gli incarichi di direzione di struttura complessa per l'area della dirigenza medica e sanitaria, sono attribuiti mediante indizione di avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico quinquennale. La Direzione, stante la vacanza del posto e previa autorizzazione regionale nel Piano Assunzioni dell'anno di riferimento, dispone l'indizione del bando di avviso pubblico in osservanza alle seguenti norme:</p> <p>- D.P.R. 10.12.1997, n. 484 avente ad oggetto "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale";</p> <p>- D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i. avente ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23.10.1992, n. 421";</p> <p>- D.L. 13.09.2012, n. 158 convertito con modificazioni nella legge n. 189 dell'08.11.2012, ed in particolare l'art. 4, comma 11, lettera d) che introducendo, tra gli altri, il comma 7 bis all'art 15 del D.Lgs. 502/92 sopracitato, ha dettato principi generali inderogabili sulle modalità di attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, devolvendo alle regioni il compito di disciplinare criteri e procedure;</p> <p>- D.G.R. Lombardia n. X/553 del 02.08.2013 avente ad oggetto "Approvazione delle linee di indirizzo regionali recanti i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa a Dirigenti Sanitari (Area Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario) in ottemperanza all'art.15, comma 7 bis, D.Lgs. n. 502/92";</p> <p>- C.C.N.L. della Dirigenza Medica del S.S.N. art. 27 comma 1 lettera a).</p> <p>Al fini dell'attribuzione degli incarichi di Direzione di struttura complessa, la procedura amministrativa si articola attraverso le seguenti fasi fondamentali:</p> <p>- Definizione del fabbisogno sotto il profilo oggettivo e soggettivo da riportare sul bando di avviso;</p> <p>- Pubblicizzazione del bando: sul Bollettino Ufficiale della Regione; per estratto sulla Gazzetta Ufficiale; sul sito aziendale,</p> <p>- Nomina della commissione di sorteggio dei componenti le commissioni di valutazione</p> <p>- Nomina della commissione di valutazione;</p> <p>- Valutazione dei candidati ed espletamento del colloquio;</p> <p>- Scelta del candidato da parte del Direttore Generale e conferimento dell'incarico con deliberazione;</p> <p>- Sottoscrizione del contratto individuale.</p> | <p>DIRETTORE GENERALE (declinazione profilo e scelta del candidato)</p> <p>Collaboratore amministrativo con incarico di funzione</p> <p>Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale (Responsabile fase)</p> <p>Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane (Responsabile intero processo)</p> | 1) Mancata adozione del regolamento aziendale | Mancanza di misure del rischi e/o controlli in fase di analisi andrà verificato se presso l'Amministrazione siano già stati predisposti - ma soprattutto efficacemente attuati - strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esistenza di normativa nazionale e regionale di dettaglio e del regolamento aziendale | Controllo e trasparenza | Adozione regolamento | Applicazione del regolamento | Già in attuazione | Misura permanente | Numero segnalazioni da utenti e professionisti | > 5/anno | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 2) Elaborazione di bando non conforme alle previsioni della normativa in materia ed al regolamento aziendale. | Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Formazione permanente del personale addetto | Formazione | Duplica controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con doppio controllo/totale pratiche | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 3) Mancata o incerta predeterminazione dei criteri di selezione. | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposizione tabella di valutazione standard aziendale da seguire per la valutazione delle specifiche macroarea definite. Il segretario guida la commissione e vigila. | Trasparenza | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. tabella di valutazione/ n. selezioni | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 4) Requisiti di accesso "personalizzati" che pregiudicano e limitano l'accesso alla procedura selettiva. | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Implementati controlli sulla corretta formulazione del bando (criteri, requisiti, tempi) | Trasparenza | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con doppio controllo/totale pratiche | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 5) Previsione profilo professionale non adeguato alla struttura da ricoprire | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo e acquisizione dei visti tecnici necessari per la predisposizione del profilo | Controllo e trasparenza | Profilo approvato con deliberazione, acquisendo i prescritti visti tecnici. | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. visti tecnici /totale pratiche | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 6) Mancata/ridotta pubblicità dei bandi per ridurre la partecipazione. | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo che i bandi siano regolarmente pubblici (BURL, Gazzetta Ufficiale, sito aziendale) | Controllo e trasparenza | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con doppio controllo/totale pratiche | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 7) Accettazione di domande incomplete/inveritiere o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine. | Scarsa responsabilizzazione interna | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo completezza domande (domanda di partecipazione, documenti d'identità, versamento tassa, possesso requisiti, rispetto termini consegna) | Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con doppio controllo/totale pratiche | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 8) Omessa verifica a campione sulle autocertificazioni. | Scarsa responsabilizzazione interna | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo a campione su autocertificazione (possesso titolo di studio, master, ...) | Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. controllo veridicità/totale domande | dal 10% al 20% in relazione al numero dei candidati iscritti | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 9) Omessa segnalazione di autocertificazione risultata falsa alla verifica. | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo su attivazione delle denunce alle autorità competenti | Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. false autocertificazioni/totale denunce | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 10) Irregolarità nella composizione della commissione. | Mancanza di misure del rischi e/o controlli | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale sottoscrizione da parte di tutti i componenti di assenza di incompatibilità/conflicto di interessi e verifica del possesso dei requisiti di nomina | | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. autodichiarazioni/totale componenti | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 11) Omessa rotazione dei componenti delle commissioni | Mancanza di misure del rischi e/o controlli | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Processo vincolato e sorteggio dei componenti avviene in sì aperta al pubblica | Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione | Processo vincolato - componenti estratti dall'Elenco Nazionale di direttore di struttura complessa, previo avviso alla UOC Legale e controllo interno. | Regolamentazione | Già in attuazione | Misura permanente | n. verifica applicazione procedura/totale procedure | 100% | Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|--|--|--------------------|--------------------|---|---------------|---|
| gestione del personale | | | | DIRETTORE GENERALE (declinazione profilo e scelta del candidato) Collaboratore amministrativo con incarico di funzione Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale (Responsabile fase) Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane (Responsabile intero processo) | 9) Omessa segnalazione di autocertificazione risultata falsa alla verifica. | Ianadeguata diffusione della cultura della legalità | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Predisposto puntuale controllo su attivazione delle denunce alle autorità competenti | Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. false autocertificazioni/totale denunce | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 10) Irregolarità nella composizione della commissione. | Mancanza di misure del rischi e/o controlli | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale sottoscrizione da parte di tutti i componenti di assenza di incompatibilità/conflicto di interessi e verifica del possesso dei requisiti di nomina | Formazione, trasparenza e diffusione della cultura dell'etica | Controllo sulle eventuali incompatibilità da parte di posizione organizzativa e dirigente. | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. autodichiarazioni/totale componenti | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 11) Omessa rotazione dei componenti delle commissioni | Mancanza di misure del rischi e/o controlli | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale verifica della rotazione dei membri e del rispetto del regolamento | Formazione, trasparenza e diffusione della cultura dell'etica | Composizione della commissione prevista nel regolamento - controllo da parte di posizione organizzativa e dirigente. | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con controllo/totale pratiche | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 12) Mancata verifica/omessa presentazione delle dichiarazioni di insussistenza o di incompatibilità. | Mancanza di misure del rischi e/o controlli | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale sottoscrizione da parte del candidato vincitore di assenza di conflitto d'interesse e di cause di incompatibilità prima della stipula del contratto | Formazione, trasparenza e diffusione della cultura dell'etica | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. autodichiarazioni/totale candidati vincitori | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 13) Pressioni esterne per influenzare la valutazione della commissione e/o valutazione non corretta del candidato. | Ianadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | medio | medio | medio | medio | medio | medio | Rischio residuale non eliminabile | Formazione, trasparenza e diffusione della cultura dell'etica | Il Segretario raccomanda ai componenti un'attento esame della documentazione presentata ed una valutazione coerente con i titoli e con le esigenze aziendali declinate nel profilo. | Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Già in attuazione | Misura permanente | denuncia eventuali pressioni documentate | Maggiore di 0 | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 14) Omessa/carente motivazione della scelta effettuata. | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Lettura ai componenti di commissione e condivisione con gli stessi, da parte del Segetario, dei criteri per la valutazione previsti dal bando e dal regolamento aziendale. | trasparenza | Lettura ai componenti di commissione e condivisione con gli stessi, da parte del Segetario, dei criteri per la valutazione previsti dal bando e dal regolamento aziendale. | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con controllo/totale pratiche | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 15) Inosservanza di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa sulla trasparenza, ad es. pubblicazione risultati, curriculum dei nominati, ecc. | Mancanza di trasparenza | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale procedura di pubblicazione di tutti gli adempimenti obbligatori di pubblicità | Trasparenza | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con controllo/totale pratiche | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | | | 16) Applicazioni contrattuali, tra cui attribuzione economica e durata dell'incarico, non in linea con le norme, regolamenti e CCNL vigenti. | Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Formazione specifica per gli addetti | Formazione | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa - dirigente - direttore SC). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente | n. pratiche con controllo/totale pratiche | 100% | Direttore UOC PGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale |
| | | | Acquisizione e gestione del personale | Concorsi - Reclutamento personale dipendente | PREDISPOSIZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE L'art. 6 del D Lgs 165/2001 dispone l'obbligo per le P.A. di adottare il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo indicate dal Ministro per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Il PTFP è parte integrante del Piano integrato di attività e organizzazione - PIAO. Il PTFP ha validità triennale ma è oggetto di aggiornamento annuale. Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali. | Errata pianificazione del fabbisogno del personale - Piano triennale dei fabbisogni del personale | | | | | | | | | 1) Esistenza di normativa governativa che indirizza/orienta le P.a. nella determinazione del PTFP. 2) L'adozione del PTFP aziendale richiede la preventiva approvazione da parte di Regione Lombardia. | Formazione | Solo a seguito di approvazione regionale, il PTFP viene pubblicato sul sito istituzionale dell'azienda nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente" e sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri. | Misura di trasparenza | Già in attuazione | Misura permanente | Numero segnalazioni da professionisti. | > 5/anno | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |
| | | | | | | Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esistenza di specifica normativa di settore. | Trasparenza e formazione | Controllo sugli atti | Misura di controllo. | Già in attuazione. | Misura permanente. | Numero segnalazioni utenti/professionisti | >2/anno | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |
| | | | | | | Conflitto di interessi / Incompatibilità dei membri della commissione di concorso. | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | Puntuale sottoscrizione da parte di tutti i componenti di assenza di incompatibilità/conflicto di interessi e verifica del possesso dei requisiti di nomina | Trasparenza, formazione e controllo | Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Controllo | Già in attuazione | Misura permanente. | Denunce falsità autodichiarazione. | 100% | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|--|--|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|---|---|-------------------|--------------------|--|----------|---|
| | mediante concorso pubblico | | <div>DETERMINAZIONI REQUISITI DI AMMISSIONE I requisiti di ammissione al concorso pubblico sono disciplinati dal DPR 220/2001, DPR 487/1994, DPR 483/1997 e dalla L. n. 145/2018</div> | <div>Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale Collaboratore amministrativo con incarico di funzione</div> | <div>Previsione di requisiti di accesso "personalizzati"</div> | <div>Inadeguata diffusione della cultura della legalità</div> | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esistenza di specifica normativa di settore. | Formazione continua del personale Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | Dupliche controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Misura di controllo. | Già in attuazione | Misura permanente | Numero segnalazioni da professionisti/utenti | > 2/anno | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |
| | | | <div>ESPLETAMENTO PROCEDURA CONCORSUALE</div> | <div>Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale Collaboratore amministrativo con incarico di funzione</div> | <div>Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione (es. modalità svolgimento prove d'esame, criteri valutazione dei titoli e delle prove di esame, valutazione prove d'esame)</div> | <div>Mancanza di trasparenza.</div> | medio | basso | medio | basso | basso | basso | basso | medio | basso | <div>La normativa specifica di settore indica i criteri per la ripartizione dei punteggi per i titoli e le prove di esame. In forza delle indicazioni fornite dalla città normativa, la commissione predetermina i criteri di valutazione dei titoli.</div> | <div>Trasparenza e definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento</div> | <div>Controllo sugli atti predisposti (segretario della Commissione con eventuale supporto di posizione organizzativa e dirigente).</div> | Misura di controllo. | Già in attuazione | Misura permanente. | Numero ricorsi giurisdizionali alle procedure | 100% | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |
| | | | <div>GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE. Attività afferenti: • predisposizione dei contratti individuali di lavoro • sviluppi di carriera • trasformazione rapporti di lavoro • cura e gestione dei fascicoli giuridici • gestione dei fabbisogni del personale • adempimenti regionali, ministeriali e statistiche varie • predisposizione dei regolamenti interni in attuazione di disposizioni contrattuali e normative. • rilascio di certificazioni di servizio a richiesta del dipendente.</div> | <div>Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale Collaboratore amministrativo con incarico di funzione</div> | <div>Attestazione stati giuridici inventieri</div> | <div>Mancanza di trasparenza. Inadeguata diffusione della cultura della legalità.</div> | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Esistenza di specifica normativa di settore. | <div>Trasparenza e definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento</div> | Dupliche controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). | Misura di controllo. | Già in attuazione | Misura permanente. | Numero segnalazioni da professionisti/utenti | > 5/anno | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane. |
| | Collaborazioni professionali | <div>Affidamento di incarichi di qualsiasi natura, anche dirigenziali e borse di studio</div> | <div>L'Azienda può avvalersi di personale non subordinato a seconda delle esigenze e finalità attraverso: • il conferimento borse di studio a giovani laureati per il completamento della formazione o l'effettuazione di ricerche, in ambiti professionali e di ricerca biomedica; • il conferimento di incarichi LP caratterizzato da alto contenuto di professionalità per prestazioni di lavoro autonomo di natura professionale resa da soggetti in genere iscritti a ordini o albi professionali, in regime di partita IVA (art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e DGR n. XI/1046 del 17.12.2018)</div> | | <div>1) Motivazione generica e pretestuosa per il conferimento di incarichi al fine di agevolare soggetti particolari.</div> | <div>Mancato o carente uso dei criteri di imparzialità</div> | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | <div>La discrezionalità connessa all'attività è ridotta perché il processo è gestito secondo quanto previsto dal regolamento aziendale</div> | <div>Controllo e trasparenza</div> | <div>Controllo e trasparenza</div> | <div>Dupliche controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). TRASPARENZA</div> | già in attuazione | continuo | n. accesso agli atti della procedura | < 5 | Direttore UOC PGRU |
| | | <div>Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.</div> | <div>L'Azienda è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiere, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.</div> | <div>Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale</div> | <div>1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.</div> | <div>Alterazione dei requisiti professionali dei titoli.</div> | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | <div>Continui controlli in merito alle dichiarazioni di autocertificazioni. Puntuale verifica dei requisiti richiesti alla fonte (es. Università).</div> | <div>Controlli e diffusione della culturale</div> | <div>Controllo</div> | <div>Dupliche controllo e verifica sulla documentazione presentata dai candidati. TRASPARENZA</div> | già in attuazione | continuo | numero di controlli effettuati su numero di autocertificazioni | 100% | Direttore UOC PGRU |
| | | | <div>Definizione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio, libere professioni).</div> | <div>Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale</div> | <div>Mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.</div> | <div>Mancanza di un regolamento aggiornato.</div> | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | <div>Il regolamento aziendale, seppure necessiti di aggiornamento, indica i parametri di riferimento per la determinazione oraria dei liberi professionisti. Si precisa che, al fine di uniformare le tariffe, la Regione Lombardia ha adottato le "Linee guida per il superamento delle esternalizzazioni dei servizi sanitari core e per la migliore gestione del personale" (Delibera n. 1514/2023).</div> | <div>Formazione continua del personale e e promozione della cultura dell'etica e di standard di comportamento</div> | <div>Aggiornamento del regolamento aziendale attualmente vigente.</div> | Misura di controllo | da attuare | anno 2025 | Numero segnalazioni da professionisti/utenti | >5 anno | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane |
| | | | <div>Elaborazione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio, libere professioni) e liquidazione delle fatture (libere professioni).</div> | <div>Dirigente Responsabile SS Gestione economico previdenziale</div> | <div>Erogazione di compensi non dovuti</div> | <div>Inadeguata diffusione della cultura della legalità.</div> | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | basso | <div>Predisposto puntuale controllo delle elaborazioni e liquidazioni dei compensi</div> | <div>Definizione e promozione della cultura dell'etica e di standard di comportamento</div> | <div>Controllo</div> | Misura di controllo | in attuazione | continuo | n. irregolarità rilevate | 100% | Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane |

SC Medicina legale

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILITA' DEL PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO O FATTO A RISCHIO CORRUZIONE | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni all'ASST | Interessi economici | discrezionalità | eventi conutivi passati | segnalazioni | opacità del processo decisionale | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Probabilità | Giudizio sintetico | Dati, evidenze e motivazioni | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2024 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO |
|--|--|------------------------------|--|---|--|---|----------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------|--------------|----------------------------------|---|-------------|--------------------|---|---|--|---------------------------------|---|---|---------------|---|
| Medicina legale_ commissione invalidità civile e correlati | Invalidità Civile, handicap, disabilità, cecità, sordità | Direttore SC Medicina legale | Gestione amministrativa delle istanze. Istruttoria amministrativa e convocazione a visita in ordine cronologico. | Segreteria amministrativa | Agevolare e/o ostacolare i richiedenti durante l' istruttoria delle pratiche convocando non in ordine cronologico. | Eccessiva regolamentazione, complessità della normativa di riferimento | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Per ogni pratica è necessario rispettare dei tempi di convocazione a visita, pertanto necessariamente si convoca in ordine cronologico | Trasparenza dell'azione | Controllo sui tempi di attesa per ogni pratica | In atto | | Trimestralmente si estrapolano i dati relativi alle commissioni e ai tempi di convocazione | 95% | Funzionario amm. Unitamente al direttore della SC Medicina legale |
| | | | Accertamento sanitario della commissione | COMPONENTI DELLA COMMISSIONE | Mancanza di equità nella formulazione dei giudizi | Cultura della legalità poco diffusa. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Nella formulazione del giudizio i componenti la commissione si equilibrano a vicenda. E' prevista l'astensione dal giudizio sul singolo caso in presenza di conflitto di interesse da parte del componente. | Trasparenza dell'azione | Sottoscrizione del verbale finale contenente la formula riguardante l'assenza di conflitto di interesse con gli utenti visitati. Si evidenzia inoltre che è prevista l'astensione dal giudizio del singolo caso da parte del componente la commissione qualora sussista conflitto di interesse- Essendo una commissione di prima istanza, la valutazione è validata dall'INPS che emette il giudizio definitivo. | In atto | | I verbali con le valutazioni espresse e la documentazione clinica a supporto del giudizio sono trasmesse all'INPS per la validazione. | 95% | Segreteria amministrativa |
| | | | Formazione delibere relative alla nomina dei componenti delle commissioni. | Segreteria amministrativa su indicazione del direttore della SC Medicina legale | Reclutare componenti esterni (Presidenti, rappresentanti di categoria) con potenziali conflitti di interesse | I componenti esterni sono reclutati tramite manifestazione di disponibilità. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | E' stata predisposta una modulistica ad hoc che riguarda l'assenza di conflitti di interesse sottoscritta da ogni componente esterno. | Trasparenza dell'azione | Sottoscrizione da parte dei componenti esterni reclutati di modulistica inerente l'assenza di conflitto di interesse. Inoltre, in ogni verbale finale delle commissioni, i componenti sottoscrivono l'assenza di conflitto di interesse con le persone visitate. | In atto | | Invio a tutti i nuovi componenti esterni unitamente alla modulistica relativa ai dati di fatturazione, anche il modulo di assenza di conflitto di interesse da sottoscrivere. | 90% | Segreteria amministrativa |
| | | | Rendicontazione economiche e liquidazione componenti esterni. | Segreteria amministrativa | Modificare il numero di sedute da liquidare ai componenti esterni. | Mancanza di singola rilevazione informatica attendibile relativa al numero delle sedute effettuate dai componenti. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Si effettua un controllo incrociato dei dati tra il report dei gettoni estrapolato dal software-i prospetti inviati dalle segreterie invalidi del territorio e le timbrature effettuate dai componenti. Inoltre, prima dell'invio dei prospetti di liquidazione definitiva viene effettuato un ulteriore controllo da parte di due figure amministrative. | Controllo dell'attività a più livelli. | Controllo incrociato e controllo effettuato da due amministrativi a fine rendicontazione | In atto | | Mensilmente vengono acquisite le rendicontazioni dalle segreterie invalidi della provincia ed estrapolato il report dal software dedicato, unitamente agli attestati di presenza automatizzati relativi alle commissioni effettuate nell'ambito territoriale dell'ASST Papa Giovanni XXIII. | 100% | FUNZIONARIO AMM.VO DEPUTATO |
| Contributi-Indennizzi | Indennizzi I.210/92 | Direttore SC Medicina legale | Notifica verbale della Commissione Medica Ospedaliera | SEGRETERIA AMMINISTRATIVA- DIRETTORE SC MEDICINA LEGALE - DIRIGENTE MEDICO DEDICATO | Alterare il giudizio della CMO | Mancato rispetto delle indicazioni dell'art.64 della L.R. 33/2009 per cui la CMO invia a due enti ASST e ATS il giudizio. Nel nostro caso la CMO invia solo ad un ente (ASST) | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Ogni pratica è controllata sia dal personale amministrativo dedicato che da un dirigente medico oltre al direttore del servizio | Controllo dell'attività a più livelli. | E' stata inviata richiesta all'ATS di ottemperare a quanto disposto dalla L.R. 33/2009 art.64 riguardo al conteggio dell'indennizzo. Attualmente la presente struttura effettua sia la parte sanitaria che la parte economica applicando controlli a più livelli. | in atto | In attesa di risposta da ATS alla nostra nota del 28/11/2024 prot. n. 79842 | Per ogni pratica vengono attuati controlli a più livelli | 100% | DIRETTORE SC MEDICINA LEGALE - DIRIGENTE MEDICO PREPOSTO - PERSONALE AMMINISTRATIVO |
| | | | Calcolo erogazione indennizzo | SEGRETERIA AMMINISTRATIVA- DIRETTORE SC MEDICINA LEGALE-DIRIGENTE MEDICO DEDICATO | Alterare i dati per favorire i richiedenti o terzi. | Essendo attualmente un solo ente che si occupa di istruttoria sanitaria e calcolo dell'indennizzo da liquidare (come invece previsto dall'art.64 L.R. 33/2009), esiste un rischio maggiore di alterare i dati di liquidazione per favorire i richiedenti. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Ogni pratica è controllata sia dal personale amministrativo dedicato che da un dirigente medico oltre al direttore del servizio | Controllo dell'attività a più livelli. | E' stata inviata richiesta all'ATS di ottemperare a quanto disposto dalla L.R. 33/2009 art.64 riguardo al conteggio dell'indennizzo. Attualmente la presente struttura effettua sia la parte sanitaria che la parte economica applicando controlli a più livelli. | in atto | In attesa di risposta da ATS alla nostra nota del 28/11/2024 prot. n. 79842 | Per ogni pratica vengono attuati controlli a più livelli | 100% | DIRETTORE SC MEDICINA LEGALE - DIRIGENTE MEDICO PREPOSTO - PERSONALE AMMINISTRATIVO |
| | Contributi modifiche auto art. 27 l. 104/1992 | DIRETTORE SC MEDICINA LEGALE | Acquisizione istanza e istruttoria amministrativa | Segreteria amministrativa | Istruire una pratica in assenza dei necessari requisiti | Il processo non è informatizzato e il controllo dei requisiti è effettuato manualmente | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Le pratiche pervenute tramite protocollo vengo controllate due volte da due operatori diversi | Il controllo è effettuato a più livelli | Le pratiche vengono caricate in un file di Excell appositamente predisposto con titoli di colonna che rappresentano i requisiti e le richieste. Per ogni richiedente è predisposta una scheda Excell di liquidazione | in atto | | A metà anno e all'inizio dell'anno successivo si procede alla liquidazione delle istanze | 100% | Segreteria amministrativa |
| | | | Formazione delibere relative alla nomina dei componenti la CML | Funzionario amministrativo su indicazione del direttore della SC Medicina legale | Reclutare componenti senza i necessari requisiti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Esistenza di specifica normativa di settore | Trasparenza | Analisi e verifica dei curriculum da parte del Direttore | In atto | | Analisi di ogni curriculum | 100% | Direttore SC Medicina legale |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---------|--|--|------|---|
| MEDICINA LEGALE_COMMISSION E PATENTI | Commissione medica locale patenti. CML | Direttore SC Medicina legale | Accertamento sanitario | COMPONENTI DELLA CML/PRESIDENTE DI SEDUTA CHE DEFINISCE LA PRATICA SOSPESA | Mancanza di equità nella formulazione dei giudizi - Concedere la patente di guida in assenza dei requisiti. Mancato rispetto delle linee di indirizzo sanitarie/normativa. | Nel caso di conflitto di interesse non noto, possibile influenza del giudizio dell'intera CML | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Trattandosi di giudizio collegiale con evidente supporto di documentazione sanitaria trattenuta agli atti, risulta molto difficile rendere idonea una persona senza i necessari requisiti | Controllo dell'attività | Procedure chiare e dettagliate, spesso supportate da sistemi informatici che tracciano ogni fase. Sono coinvolte diverse figure professionali nel processo (medici di diversi enti, uffici amministrativi) e ognuna di esse svolge controlli specifici, limitando la possibilità di omissioni o falsificazioni. Inoltre i componenti sottoscrivono nel verbale finale l'assenza di conflitto di interesse con le persone visitate. Esiste anchem la possibilità di discordare su un singolo giudizio. | in atto | | I commissari della CML, generalmente appartengono ad Enti diversi; si prosegue con il programma di sviluppo software in modo da rendere evidenziabili ogni fase e relative responsabilità | 100% | Direttore SC Medicina legale_Presidenti supplenti della CML |
| | | | Trasmissione esiti ai vari enti: Motorizzazione - Prefettura | Segreteria amministrativa | Ritardare /omettere/falsificare/eliminare atti. | Per alcune tipologie di giudizio non esiste procedura automatizzata. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Esiste un controllo duplice da parte del personale amministrativo | Controlli | Potenziare la digitalizzazione a supporto di chi effettua i controlli, limitando la possibilità di omissioni o falsificazioni. | in atto | | Adeguamento del software dedicato. | | Direttore SC Medicina legale - Segreteria amministrativa |
| | | | Rendicontazione economica e liquidazione componenti CML | Segreteria amministrativa | Accreditare a componenti somme non dovute. | Processo di liquidazione non informatizzato e maggiormente esposto ad errori | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Ogni mese, prima della liquidazione, viene effettuato un duplice controllo dal personale amministrativo | Controllo dell'attività a più livelli. | Il numero di visite è estrapolato manualmente direttamente dal verbale di chiusura della CML e l'importo da liquidare ai componenti è confrontato con l'importo totale delle fatture del mese di competenza. | in atto | | Ogni mese, prima della liquidazione, si effettua il controllo tra numero di visite effettuate da ogni singolo componente risultante a verbale con i dati inseriti nel prospetto di liquidazione. | 100% | Direttore SC Medicina legale - Segreteria amministrativa |
| COLLEGI DI RICORSO | Collegio porto armi-Collegio pas auto e esenzione cinture di sicurezza | Direttore SC Medicina legale | Accertamento Sanitario | Componenti della commissione | Mancanza di equità nella formulazione dei giudizi | Nel caso di conflitto di interesse di un componente, quest'ultimo potrebbe avere la tendenza ad influenzare il giudizio dell'intero collegio | B | B | B | B | B | B | B | B | B | La decisione è collegiale e supportata da documentazione sanitaria specialistica | Trasparenza della decisione | La decisione è collegiale e supportata da documentazione sanitaria specialistica | in atto | | Controllo quadrimestrale delle pratiche da parte del personale preposto. | 100% | Direttore SC Medicina legale - Dirigenti medici |
| CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI | Grave patologia- incompatibilità carceraria- integrazione l.104/92 | Direttore SC Medicina legale | Accertamento Sanitario | Dirigente medico della SC Medicina legale | Rilasciare cerificazioni senza i necessari requisiti | Esercizio esclusivo del processo da parte del singolo medico in forma monocratica. | B | B | B | B | B | B | B | B | B | Acquisizione agli atti della documentazione clinica a supporto del giudizio | Controllo | La certificazione è rilasciata sulla base della documentazione sanitaria allegata, pertanto all'atto del controllo risulterebbero evidenti eventuali incongruenze del giudizio. | in atto | | Confronto proattivo tra colleghi. | 100% | Direttore SC Medicina legale - Dirigenti medici |

SC Area accoglienza - CUP

| AREA DI RISCHIO | Processi | Responsabile del processo | Fase | Descrizione dell'attività | Esecutore dell'attività | Rischio specifico del processo | Fattore abilitante | interessi esterni all'ASST | interessi economici | discrezionalità | eventi corruttivi in passato | segnalazioni | opacità | attuazione delle misure di trattamento | giudizio sintetico | Motivazione | Misura specifica | Tipologia di misura specifica | Stato di attuazione al 30/11/2021 | Tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Valore target | Responsabile |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|---|--|----------------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|--------------|---------|--|--------------------|--|---|---|--|--|---|--|--|
| Liste di attesa e libera professione | Gestione amministrativa del processo ambulatoriale | Direttore UOC Gestione amministrativa dei presidi | Prenotazione di prestazioni ambulatoriali su agende informatizzate (Servizio Sanitario Nazionale e Libera Professione) | Verifica che l'impegnativa sia conforme alle regole regionali, identifica il cittadino tramite tessera sanitaria, verifica la presenza di posti all'interno dell'agenda e prenota le prestazioni richieste | operatore amministrativo | 1) Assegnazione di appuntamento in agenda informatizzata con classe di priorità più alta di quella prevista dall'impegnativa (SSN) | Scarsa consapevolezza dell'importanza del rispetto delle priorità assegnate | basso | basso | medio | basso | basso | medio | basso | basso | Richio basso perché esiste un controllo a valle da parte del personale sanitario che eroga la prestazione. | 1) Formazione a tutto il personale e in particolare al personale neoassunto. 2) Introduzione del nuovo sw A4H che restituisce la finestra temporale delle priorità. | 1) Formazione 2) Introduzione di nuovi strumenti tecnologici. | Completato | 1) La formazione viene proposta annualmente. 2) Il nuovo sw è stato introdotto nel mese di novembre 2021 per le prestazioni del SSN. | La formazione relativa al rispetto delle corrette procedure e all'utilizzo del sw A4H è stata organizzata nel mese di settembre 2021. | Tutto il personale di Front office formato | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | | | | | | 2) Indirizzo dell'utenza verso l'attività libero-professionale esercitata da uno Specialista aziendale | 1) inadeguata diffusione della cultura della legalità | basso | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | Rischio basso perché i percorsi di prenotazione sono distinti per SSN e Libera professione | 1) Corso FAD proposto a tutti i neoassunti "Codice di comportamento generale ed aziendale". 2) Interdizione della prenotazione della LP al personale dell'ASST. La LP è prenotabile solo da personale externalizzato. | 1) Formazione. 2) Introduzione di nuovi strumenti tecnologici. | Completato | 1) La formazione è proposta a tutti i dipendenti neoassunti. 2) Il sw A4H è stato introdotto nel mese di novembre 2021. | 1) Corso presente sulla piattaforma FAD. 2) Interdizione alla prenotazione. | 1) Al 31/12 il 90% dei neoassunti deve aver effettuato il corso FAD | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | | | Incasso ticket prestazioni ambulatoriali erogate in SSN Incasso fatture prestazioni erogate in Libera Professione | Identificazione del cittadino, emissione del documento di pagamento e incasso | operatore amministrativo | 1) Registrazione di prestazioni diverse da quelle prescritte sull'impegnativa al fine di diminuire il valore del ticket da corrispondere, a favore proprio o di terzi | 1) inadeguata diffusione della cultura della legalità | medio | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Richio basso perché riferito solo a impegnative non elettroniche | Implementazione della ricetta elettronica, che non consente all'operatore di intervenire manualmente. | Controllo dati registrazione ricette elettroniche 2021 vs 2020 | In essere | Estrazione media ricette DEM 2021 nel corso del mese di dicembre 2021. | 60% ricette DEM nel 2021 | Media delle ricette DEM 2021 oltre il 70% delle ricette registrate | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | | | | | | 2) Manipolazione di impegnativa non elettronica con apposizione di esenzione non posseduta al fine di non corrispondere il ticket, a favore proprio o di terzi | 2) inadeguata diffusione della cultura della legalità | basso | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Richio basso perché riferito solo a impegnative non elettroniche | Implementazione della ricetta elettronica, che non consente all'operatore di intervenire manualmente. | Controllo dati registrazione ricette elettroniche 2021 vs 2020 | In essere | Estrazione media ricette DEM 2021 nel corso del mese di dicembre 2021. | 60% ricette DEM nel 2021 | Media delle ricette DEM 2021 oltre il 70% delle ricette registrate | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | | | | | | 3) Effettuazione di uno storno di cassa, per prestazione erogata e già pagata dall'utente, con appropriazione della somma risultante dall'operazione | 3) inadeguata diffusione della cultura della legalità | basso | medio | basso | medio | basso | basso | basso | basso | Richio basso perché vi è un ulteriore controllo grazie all'introduzione del Modello 730 precompilato | Nuovo sw a fine giornata permette il controllo di tutti gli storni. | Controllo sulla correttezza del modulo di rimborso per quanto concerne lo storno in contati e la chiusura contabile nei sw per quanto riguarda i rimborsi con bonifico. | In essere l'introduzione del nuovo sw A4H per l'estrazione giornaliera degli storni. | Dal mese di gennaio 2022 sarà attivato il controllo giornaliero. | Ad oggi vigono le istruzioni operative su storni e rimborsi. | 100% degli storni regolarmente registrati e da quale operatore sono fatti. | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | | | | | | 4) Mancata richiesta di pagamento della prestazione in via anticipata rispetto alla fruizione, con conseguente e differito inserimento nel flusso del recupero crediti, a favore proprio o di terzi | 4) Inadeguate competenze del personale addetto ai processi | basso | medio | basso | basso | basso | basso | basso | basso | Richio basso perché riferito solo a prenotazioni con priorità U e B. | Formazione a tutto il personale e in particolare al personale neoassunto sulle istruzioni operative vigenti. | Formazione | Completato | La formazione viene proposta annualmente e le istruzioni operative sono sempre a disposizione degli operatori. | La formazione relativa al rispetto delle corrette procedure e all'utilizzo del sw A4H è stata organizzata nel mese di settembre 2021. | Tutto il personale di Front office formato | Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza |
| | Rilascio Ricettari N.A.R. | | | verifica della corretta registrazione del ricettario nel portale SISS, assegnazione del ricettario al medico richiedente e consegna dello stesso | operatore amministrativo | 1) Emissione di ricettario contenente impegnative del SSN con registrazione a carico di un Medico per utilizzo personale o per cessione a terzi | 1) Inadeguata diffusione della cultura della legalità ed esercizio proungato della responsabilità del processo da parte di pochi | medio | medio | medio | basso | basso | medio | basso | basso | Rischio basso perché riferito ai ricettari rossi. Con le ricette dematerializzate non sussiste il rischio. | Corso FAD proposto a tutti i neoassunti "Codice di comportamento generale ed aziendale". | Formazione | Completato | La formazione è proposta a tutti i dipendenti neoassunti. | Corso presente sulla piattaforma FAD. | Al 31/12 il 90% dei neoassunti deve aver effettuato il corso FAD. | Responsabile servizi segreteria e cartelle cliniche. |

SC Direzione medica gestione rifiuti

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILITA' | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni all'ASST | Interessi economici | discrezionalità | eventi correlati/passati | segnalazioni | opacità del processo decisionale | Grado di situazione delle risorse di trattamento | Probabilità | Giudizio sintetico | DATI, EVIDENZE E MOTIVAZIONE | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2024 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILI |
|-------------------------------|---|---|--|---|---|--|----------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|--------------|----------------------------------|--|-------------|--------------------|---|--|--|---------------------------------|--|--|--|----------------------------------|
| Gestione dei rifiuti sanitari | Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo CER 18/01/03 e rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento CER 18/01/08 | SC Direzione Medica (DEC)/ SC Gestione Acquisti (RUP) | Raccolta dei rifiuti in modo corretto nei contenitori appropriati rispettando la differenziazione e separazione delle diverse tipologie Confezionamento dei contenitori seguendo le indicazioni delle diverse tipologie (esposizione data chiusura del contenitore, denominazione cdc/struttura o etichetta identificativa) | Personale sanitario, tecnico e di supporto aziendale | Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. | mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | alto | alto | alto | basso | basso | basso | medio | Alto | medio | 1) La fase è caratterizzata da alta discrezionalità da parte dell'operatore nella raccolta dei rifiuti nei contenitori. 2) Non è possibile verificare puntualmente il contenuto di ciascun contenitore. 3) Il pagamento dello smaltimento è direttamente proporzionale alla quantità prodotta/conferita | 1) Procedura aziendale aggiornata 2) Formazione continua del personale 3) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Controllo a campione del contenuto dei contenitori e della scelta del contenitore 2) Verifica della effettiva applicazione delle indicazioni contenute nella Procedura Generale 3) Compilazione periodica delle schede di verifica | 75% | 31/12/2024 aggiornamento della procedura generale | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n. schede pervenute/n. produttori | 95% | DM |
| | | | Allontanamento del punto di produzione fino al punto di raccolta ponendo attenzione a mantenere separate le tipologie di rifiuti | Personale sanitario, tecnico e di supporto aziendale Operatori incaricati ed afferenti al CSA Pulizia e Sanificazione | 1) Mancata separazione delle tipologie dei rifiuti 2) Promiscuità dei rifiuti nei punti di raccolta | Mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) Scarsa responsabilizzazione degli operatori | basso | basso | alto | medio | medio | medio | medio | medio | medio | Segnalazioni da parte dei Coordinatori di presenza di quantitativi di rifiuti superiore alla capacità dei punti di raccolta individuali, in alcune fasce orarie della giornata con conseguente difficoltà a garantire la distinzione dei contenitori in aree diverse del locale (compilazione schede di verifica) | 1) Procedura aziendale aggiornata 2) Formazione continua del personale 3) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Definizione degli spazi all'interno del punto di raccolta tramite cartellonistica e predisposizione di cartelli per allocazione dei contenitori ottimizzando lo spazio 3) Compilazione periodica delle schede di verifica | 50% | 30/06/2025 | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n. schede pervenute/n. produttori | 95% | DM |
| | | | Trasferimento dei rifiuti dal punto di raccolta del produttore ai punti di raccolta intermedi o ai depositi temporanei secondo pianificazione dell'attività di ritiro concordato | Sede PG23: trasporto pesante SGB: CSA Pulizia e Sanificazione Altre sedi territoriali: Concessionario/Ditta erogatrice del servizio di raccolta rifiuti Altre sedi maggiori (Borgo Palazzo, Boccaleone, Mozzo, Matteo Rota): CSA Pulizia e Sanificazione | 1) Non omogeneità dei percorsi nelle diverse sedi (tempi, modalità, ditta incaricata) 2) Presenza di trasporto su strada sostanze pericolose (ADR) | 1) Affidamento dell'attività a terzi 2) Compilazione del FIR da parte di diversi operatori delegati aziendali | alto | alto | alto | medio | medio | medio | medio | alto | alto | 1) Segnalazione da parte dei Coordinatori del mancato rispetto del cronoprogramma dei ritiri 2) Aumento numero delle sedi territoriali ed elevato turn over del personale aziendale e delle ditte | 1) Definizione e aggiornamento di cronoprogramma e modalità dei ritiri 2) Formazione continua del personale | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) Gestione della deleghe per la compilazione del FIR presso le sedi territoriali e altre sedi maggiori e verifica | 50% | 31/03/2025 (gestione delle deleghe per le sedi territoriali) | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n. schede pervenute/n. produttori predisposizione 3) format di aggiornamento delle deleghe | 95% on/off | DM |
| | | | Approvvigionamento dei contenitori | Coordinatori DAPSS Commissi aziendali per altre sedi territoriali Ditta erogatrice del servizio di raccolta rifiuti per altre sedi maggiori e SGB Addetti incaricati della gestione del deposito temporaneo afferenti al Concessionario | Sovrastima della scorta per uso improprio | 1) Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 2) scarsa responsabilizzazione interna 3) inadeguata diffusione della cultura della legalità; | alto | medio | alto | basso | basso | medio | medio | basso | medio | La fase è caratterizzata da alta discrezionalità da parte dell'operatore nell'approvvigionamento e uso improprio, anche esterno alla struttura | 1) Informatizzazione dei dati di gestione dei contenitori 2) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Monitoraggio, anche informatizzato, della movimentazione dei contenitori (ingresso e uscita dalle strutture produttive e invio al deposito temporaneo) 2) Automatizzare la consegna con approvvigionamento predefinito sulla base del consumo storico | 0 | 31/12/2025 | Allineamento dei dati relativi a movimentazione dei contenitori | 90% | DM |
| | | | Gestione dei rifiuti all'interno del deposito temporaneo PG23: 1) verifica della radioattività 2) pesatura dei contenitori 3) corretta allocazione per tipologia di rifiuto 4) rispetto dei tempi di allontanamento dei rifiuti | Concessionario che affida la gestione del deposito temporaneo a medesima ditta a cui è affidato lo smaltimento finale o sua ATI | 1) Mancato controllo della radioattività 2) Errata pesatura e/o identificazione del cdc produttore 3) Miscelazione dei diversi rifiuti 4) Mancato rispetto dei tempi di allontanamento per diversa tipologia di rifiuti | Affidamento dell'attività a terzi | alto | alto | alto | basso | basso | alto | medio | alto | alto | Gestione del deposito temporaneo da parte del concessionario che affida il servizio a medesima ditta a cui è affidato lo smaltimento finale o sua ATI | Verifica da parte del Concessionario e della ASST dell'attività svolta presso il deposito temporaneo | 1) Definizione di standard di riferimento e elaborazione periodica di report relativa alla gestione del deposito temporaneo relativa ai CER di riferimento. 2) Confronto dei dati elaborati dal Concessionario e della ASST del rispetto delle indicazioni. 3) Individuazione delle non conformità e dei piani di miglioramento | 0 | 31/03/2025 | Predisposizione dati per reportistica | on/off | DM/ SC Gestione acquisti |
| | | | Trasporto dei rifiuti dai depositi intermedi delle sedi esterne al deposito temporaneo della sede PG23, con predisposizione del FIR da parte del produttore e pesatura all'arrivo | Ditta erogatrice del servizio di raccolta rifiuti individuata dal Concessionario | 1) Mezzo di trasporto non ADR; 2) FIR non conforme (mancata delega per firma produttore, numero contenitori dichiarato non corrispondente al trasportato) | Affidamento dell'attività a terzi mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | alto | medio | medio | basso | basso | medio | medio | medio | medio | 1) Difficoltà nell'identificazione degli operatori delegati nelle sedi esterne a causa dell'elevato turnover e del decentramento delle attività 2) Mancata verifica della corrispondenza tra il numero dccoli trasportato e indicato nel FIR | 1) Verifica da parte della ASST dell'attività svolta presso le sedi esterne 2) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Sopraluoghi presso le sedi esterne e il deposito temporaneo 2) Identificazione e formazione del personale delegato alla compilazione e firma del FIR 3) Verifica della corrispondenza tra il numero dccoli trasportato e indicato nel FIR da part edei delegati 4) Verifica dell'iscrizione all'albo gestori ambientali delle targhe degli automezzi destinati al trasporto dei rifiuti pericolosi | 20% | 30/06/2025 | 1) predisposizione dati per reportistica 2) individuazione della delega 3) verifica ADR | on/off | DM |
| | | | Gestione dei rifiuti all'interno del deposito temporaneo SGB: 1) pesatura dei contenitori 2) corretta allocazione per tipologia di rifiuto 3) rispetto dei tempi di allontanamento dei rifiuti | Ditta erogatrice del servizio | 1) Area protetta dall'eccesso da parte di non addetti ai lavori ma incustodita 2) Pesatura senza registrazione informatizzata di struttura produttrice e peso del contenitore 3) Sistema forlettario di identificazione del peso dei contenitori in caso di mancato funzionamento della pesa 4) Mancato rispetto dei tempi di allontanamento per diversa tipologia di rifiuti 5) Esguità dimensioni del deposito e difficoltà nella distinzione dei rifiuti | affidamento dell'attività a terzi | alto | alto | alto | basso | basso | alto | alto | alto | alto | Il deposito temporaneo non è custodito da personale aziendale 2) gestione in autonomia della raccolta dei contenitori da trasportare da parte della ditta erogatrice del servizio 3) mancata informatizzazione del processo | Procedura aziendale aggiornata | 1) Identificazione di personale delegato alla gestione dei rifiuti presso la sede di SGB 2) Formazione del personale 3) Sopraluoghi presso il deposito temporaneo 4) Verifica delle possibilità di rivalutazione dei termini del contratto in essere con la ditta erogatrice del servizio di trasporto | 0 | 30/06/2025 | Predisposizione dati per reportistica e relative schede di non conformità | 1) verifica presenza reportistica mensile 2) n non conformità/n sopraluoghi < 15% | DM/ SC Gestione acquisti |
| | | | Trasporto dei rifiuti dai depositi intermedi delle sedi esterne al deposito temporaneo della sede SGB, con predisposizione del FIR da parte del produttore e pesatura all'arrivo | Ditta erogatrice del servizio | 1) Mezzo di trasporto non ADR; 2) FIR non conforme (mancata delega per firma produttore, n. contenitori dichiarato non corrispondente al trasportato) | Affidamento dell'attività a terzi mancaanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità; | alto | medio | medio | basso | basso | medio | medio | medio | medio | 1) Difficoltà nell'identificazione degli operatori delegati nelle sedi esterne a causa dell'elevato turnover e del decentramento delle attività 2) Mancata verifica della corrispondenza tra il numero dccoli trasportato e indicato nel FIR | 1) verifica da parte della ASST dell'attività svolta presso le sedi esterne 2) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Sopraluoghi presso le sedi esterne e il deposito temporaneo 2) Identificazione e formazione del personale delegato alla compilazione e firma del FIR 3) Verifica della corrispondenza tra il numero dccoli trasportato e indicato nel FIR da part edei delegati 4) Verifica dell'iscrizione all'albo gestori ambientali delle targhe degli automezzi destinati al trasporto dei rifiuti pericolosi | 20% | 30/06/2025 | 1) predisposizione dati per reportistica 2) individuazione della delega 3) verifica ADR | on/off | DM |
| | | | Predisposizione della documentazione di smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi: 1) compilazione del FIR ein qualità di produttore o destinatario 2) archiviazione del FIR 3) tenuta del registro di carico/scarico 4) predisposizione dei MUD annuali 5) fatturazione | Direzione Medica Delegati per le sedi esterne Ufficio acquisti Concessionario Ditta erogatrice del servizio | 1) Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. 2) Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. 3) Mancata compilazione del MUD annuale nei tempi previsti dalla normativa vigente. | 1) Affidamento dell'attività a terzi di precompilazione FIR, tenuta registro carico/scarico, predisposizione MUD annuale 2) Compilazione del FIR ed archiviazione della documentazione da parte di diversi operatori delegati aziendali | alto | alto | alto | basso | medio | medio | medio | alto | alto | La fase è caratterizzata da alta discrezionalità da parte dell'operatore sia della ASST che esterno all'azienda | 1) Procedura aziendale aggiornata 2) Formazione continua del personale 3) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Verifica della correttezza della compilazione dei FIR e corrispondenza dei dati presenti su tutte le copie 2) Verifica della congruenza dei pesi dei rifiuti all'origine con il peso effettivamente indicato nel FIR alla partenza e alla destinazione 3) Verifica del corretto inserimento dei dati dei FIR nei registri di carico e scarico 4) Corrispondenza tra i dati dei registri di carico e scarico e i MUD annuali 5) Verifica della predisposizione ed invio dei MUD annuali nei tempi previsti 6) Corretta modalità e tempistica di archiviazione di tutta la documentazione 7) Verifica di congruenza tra i dati archiviati e quelli riportati in fattura | 90% | 30/06/2025 | rilevazione non conformità nella compilazione e tenuta dei documenti | 0 | DM, DS, DG, SC Gestione acquisti |
| | | | Confezionamento dei bancali, caricamento sui container e trasporto dei rifiuti dai depositi intermedi alla destinazione finale | PG23: Addetti incaricati della gestione del deposito temporaneo afferenti al Concessionario Addetti incaricati al trasporto con automezzi specificatamente autorizzati della ditta erogatrice del servizio. SGB: Addetti incaricati al trasporto con automezzi specificatamente autorizzati della ditta erogatrice del servizio | 1) Trasporto dei rifiuti senza FIR oppure indicazione nel FIR di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. 2) Abbandono e deposito incontrollato dei rifiuti. 3) Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti. 4) Utilizzo di mezzo e personale addetto al trasporto non conforme alla normativa ADR | affidamento dell'attività a terzi | alto | alto | alto | basso | basso | medio | basso | medio | medio | La fase è caratterizzata da alta discrezionalità della ditta esterna e dei propri operatori | 1) Procedura aziendale aggiornata 2) Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento | 1) Verifica della corretta modalità e tempistica di allontanamento dei rifiuti sanitari nonché della relativa documentazione di trasporto. 2) Verifica dell'iscrizione all'albo gestori ambientali delle targhe degli automezzi destinati al trasporto dei rifiuti pericolosi | 90% | 30/06/2025 | Verifica dei FIR - % non conformi | 0% | DM |

SC Tecnico patrimoniale gestione rifiuti

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILITA' | DESCRIZIONE FASE | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni all'ASST | Interessi economici | discriminabilità | eventi correlativi/potenziali | segnalatori | specificità del processo decisionale | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Probabilità | Giudizio sintetico | DATI, EVIDENZE E MOTIVAZIONE | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2024 | TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILE |
|----------------------|----------------------|--|---|--|--|--|----------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------|-------------|--------------------------------------|---|-------------|--------------------|---|--|---|---|---|---|---------------|-----------------------------------|
| Gestione dei rifiuti | Rifiuti non sanitari | SC Gestione tecnico Patrimoniale/ SC Gestione acquisti | Raccolta dei rifiuti non sanitari nei contenitori appropriati, ponendo attenzione a differenziare da subito le diverse tipologie di rifiuti, ed evitando, in particolare, commistioni e/o miscele tra diverse tipologie di rifiuti pericolosi fra di loro, nonché ad evitare di raccogliere e depositare rifiuti pericolosi assieme a tipologie di rifiuti non pericolosi. | Utenti - Personale sanitario, amministrativo e tecnico Aziendale, Operatori incaricati ed afferenti al CSA Pulizia e Sanificazione Addetti incaricati della gestione dei rifiuti afferenti al Concessionario | 1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità; 2) abbandono e deposito incontrollato di rifiuti. | Scarsa responsabilizzazione interna/esterna; Inadeguata diffusione della cultura della raccolta differenziata; discipline normative sono diverse da comune a comune. | alto | alto | alto | basso | medio | basso | medio | alto | medio | Trattasi di attività che necessitano della collaborazione di tutti: utenza interna ed esterna, ossia, complessivamente, parecchie migliaia di persone. A ciò occorre aggiungere che le discipline normative sono diverse da comune a comune. | Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6. Fattiva collaborazione nelle raccolte differenziate di tutta l'utenza interna e dell'utenza esterna. | Verifica della effettiva applicazione delle indicazioni contenute nella Procedura Generale. Verifica della regolare attività di ritiro attraverso il controllo delle schede predisposte per il ritiro dei rifiuti dai depositi delle UU.OO. Per le sedi esterne, ove non è presente la scheda per il ritiro dei rifiuti, il controllo è presidiato dal coordinatore delle sedi, che trasmette trimestralmente alla Direzione Medica le schede di verifica. | La revisione della Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6 - in condivisione con la Direzione Medica di Presidio è in itinere. I sopralluoghi in sede centrale sono già operativi. | 31/12/2024 aggiornamento della procedura generale | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n schede pervenute/n produttori | 99% | Direttore SC Tecnico patrimoniale |
| | | | Operazione di carico dei rifiuti raccolti differenziatamente nei punti di deposito provvisori ubicati all'interno delle unità produttive sui carrelli dedicati ai rifiuti del servizio di trasporto pesante e loro convogliamento fino ai depositi temporanei (cd. Aree o isole ecologiche aziendali) con il tramite del servizio dei trasporti pesanti infrazionale fornito dal Concessionario dei servizi no core. Monitoraggio che dette operazioni di carico e di convogliamento interno vengano effettuate nel rispetto delle normative di legge, verificando, in particolare, che non vi siano commistioni e/o miscele tra rifiuti pericolosi e non, oppure fra le diverse tipologie di rifiuti pericolosi. Il medesimo controllo viene effettuato anche all'arrivo dei carrelli all'isola ecologica della sede centrale. | Concessione – Addetti incaricati del ritiro e trasporto interno dei rifiuti afferenti al Concessionario, attraverso il sistema trasporto pesante. Operatori sanitari di reparto. | Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un' ingiusta utilità. | 1) Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 2) scarsa responsabilizzazione interna 3) inadeguata diffusione della cultura della legalità; | alto | alto | alto | basso | basso | alto | medio | basso | medio | Turn over del personale addetto. | Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6. Verifica da parte del Concessionario e della ASST dell'attività svolta presso il deposito temporaneo | Verifica della regolare attività di ritiro attraverso il controllo delle schede predisposte per il ritiro dei rifiuti dai depositi delle UU.OO. Per le sedi esterne, ove non è presente la scheda per il ritiro dei rifiuti, il controllo è presidiato dal coordinatore delle sedi, che trasmette trimestralmente alla Direzione Medica le schede di verifica. Risulta utile mantenere costante l'attività di formazione sulle procedure di carico e movimentazione dei rifiuti, agli addetti che eseguono e presidiano questa fase del processo | La revisione della Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6 - in condivisione con la Direzione Medica di Presidio, è in itinere. I sopralluoghi in sede centrale sono già operativi. | 31/12/2024 aggiornamento della procedura generale | 1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n schede pervenute/n produttori | 99% | Direttore SC Tecnico patrimoniale |
| | | | Conferimento delle diverse tipologie di rifiuti non sanitari nei contenitori specificatamente dedicati posizionati presso i depositi temporanei (cd. aree ecologiche o isole ecologiche) ubicate all'interno dell'A.S.S.T. Verificare la corretta tenuta delle isole ecologiche aziendali, assicurando che in ogni contenitore vi sia posizionato sia conferita solo ed esclusivamente la specifica tipologia di rifiuto a cui detto contenitore è dedicato. | Concessione – SC Gestione Tecnico Patrimoniale | Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. | Inadeguato/carente controllo delle attività di conferimento. | alto | medio | basso | basso | basso | medio | medio | basso | medio | L'attività dei sopralluoghi effettuata dalla SC Gestione Tecnico Patrimoniale è concentrata soprattutto sulla sede centrale. Per gli altri presidi, difficoltà ad identificare referenti locali e ad effettuare i controlli necessari in loco. | Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6. I sopralluoghi presso il deposito temporaneo di Piazza O.M.S., 1 vengono effettuati con regolarità. Al contrario, i sopralluoghi presso gli altri presidi non vengono effettuati a causa dell'incremento degli stessi (Presidi ex ASL ed ex Treviglio-Caravaggio, Case di Comunità) e della contrazione del personale addetto della SC Gestione Tecnico Patrimoniale (da due unità a un solo dipendente) | La revisione della PG6MQ6 è in itinere. | La revisione della Procedura Generale Aziendale relativa alla gestione dei rifiuti – PG6MQ6 - in condivisione con la Direzione Medica di Presidio, è in itinere. I sopralluoghi in sede centrale sono già operativi. Da incrementare l'attività di sopralluogo sui presidi esterni. | 31/12/2024 aggiornamento della procedura generale | Effettuare sopralluoghi a campione sulle sedi esterne | 10% | Direttore SC Tecnico patrimoniale |
| | | | Predisposizione dei formulari di identificazione di tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Tenuta del Registro di Carico e di Scarico per tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Rendicontazione annuale MUD. Gestione delle tasse rifiuti (TARI) con i vari Comuni territorialmente competenti. Aggiornamento dell'iscrizione all'Albo Nazionale Gestori Ambientali, con riferimento alla categoria 2/bis relativa all'autorizzazione al trasporto in proprio di alcune specifiche tipologie di rifiuti. Analisi di laboratorio ex combinato disposto di cui all'art. 184, comma 4, D.L.vo n° 152/2006 e di cui alla Direttiva del Ministero dell'Ambiente 09.04.2002, comma 6 e s.s.i.m. | SC Gestione Tecnico Patrimoniale – Concessione – Altri fornitori | Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla quantità, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità; Fornire errato dato di pesatura su FIR da parte dello stabilimento di smaltimento dei rifiuti. Fornire dati errati di pesata in uscita dei rifiuti dal personale della Concessione. Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità Aggravamento della normativa | alto | alto | alto | basso | basso | basso | medio | medio | medio | La parte amministrativa è discretamente presidiata dalla SC Gestione Tecnico Patrimoniale, ma il grado di criticità di questa fase rimane comunque medio in considerazione della complessità della disciplina normativa ambientale. | Verificare la fattibilità di una razionalizzazione e semplificazione della procedura di eliminazione dei toner esausti. Ciò è necessario in quanto ad oggi i contratti in essere con ARIA consentono a qualunque utente interno di gestire la documentazione amministrativa relativa all'eliminazione dei toner esausti, di fatto determinando omissioni e irregolarità. | La SC Gestione Tecnico Patrimoniale effettua le attività di seguito elencate per i rifiuti di competenza: 1) Verifica e sottoscrizione dei Formulari di Identificazione del Rifiuto; 2) verifica mensile della corrispondenza fra i FIR in possesso della SC e i dati in possesso della Concessione per le registrazioni di carico e di scarico; 3)Verifica trimestrale della correttezza dei chilogrammi fatturati dalla Concessione per ogni singolo codice EER di rifiuto; amministrativa relativa all'eliminazione dei toner esausti, di fatto determinando omissioni e irregolarità. 4) Verifica annuale dei dati in possesso della Concessione per il MUD. | Verificare la fattibilità di una razionalizzazione e semplificazione della procedura di eliminazione dei toner esausti; problematica esplicita e condivisa con le altre funzioni aziendali competenti. | 30/06/2025 | Verifica dei Formulari il giorno del ritiro: attuale implementazione 100%; 2) verifica mensile della corrispondenza fra i FIR in possesso della SC e i dati in possesso della Concessione per le registrazioni di carico e di scarico: attuale implementazione 100%; 3)Verifica trimestrale della correttezza dei chilogrammi fatturati dalla Concessione per ogni singolo codice EER di rifiuto: attuale implementazione 100%; 4) Verifica annuale dei dati in possesso della Concessione per il MUD: attuale implementazione 100% | 50% | Direttore SC Tecnico patrimoniale |
| | | | Effettuazione del trasporto su strada fino agli impianti di recupero e/o di smaltimento per tutti i rifiuti non sanitari prodotti dall'ASST. | Concessione – Altri fornitori | 1) Trasporto dei rifiuti senza formulario oppure indicazione nel formulario di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità; 2) Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti; 3) L'abbandono e depositare in modo incontrollato i rifiuti; 4) Smaltimento di rifiuti pericolosi in modo non idoneo al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità. | mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguata diffusione della cultura della legalità Aggravamento della normativa | alto | alto | alto | basso | basso | medio | medio | medio | medio | Operativamente la fase finale del trasporto su strada e, a seconda dei casi, del recupero oppure smaltimento dei rifiuti risulta non monitorabile, fatta salva l'acquisizione della cd quarta copia del FIR entro il termine normativo di giorni 90 dal ritiro. | Per questa fase, non è prevista nessuna nuova misura generale. | acquisizione della cd. quarta copia del FIR che attesta l'avvenuta ricezione del carico di rifiuti presso l'impianto di destinazione intermedia o finale. | Acquisizione della cd. quarta copia del FIR che attesta l'avvenuta ricezione del carico di rifiuti presso l'impianto di destinazione intermedia o finale: implementazione attuale 100%. | 31/12/2024 | n. quarta copia FIR/n. totale FIR | 100% | Direttore SC Tecnico patrimoniale |

SC Dipendenze

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO (descrizione) | RESPONSABILITA' | DESCRIZIONE ATTIVITA' | ESECUTORE | RISCHIO SPECIFICO | FATTORE ABILITANTE | Interessi esterni FASAS | Interessi ASST | Assenza discrezionalità | eventi conativi | segnalazione | Probabilità | Giudizio sintetico | DATI, EVIDENZE E MOTIVAZIONE | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | MISURA SPECIFICA (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuali in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | STATO DI ATTUALIZZAZIONE | TEMPI DI ATTUALIZZAZIONE | INDICATORI DI ATTUALIZZAZIONE | VALORE TARGET | RESPONSABILITÀ |
|---|---|---|--|---|---|---|----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|--------------|-------------|-----------------------|---|---|--|-----------------------------|-----------------------------|--|----------------------|--|
| Rendicontazione e invio dei debiti informativi/flussi istituzionali | Ambulatoriale di performance della SC Dipendenze | direttore SC Dipendenze | Il controllo di appropriatezza dei debiti informativi delle dipendenze serve a verificare che i dati forniti dalle strutture socio-sanitarie siano coerenti e completi rispetto ai servizi erogati, con lo scopo di garantire la qualità delle informazioni e dei servizi, ottimizzare l'uso delle risorse e assicurare che gli interventi siano adeguati ai bisogni degli assistiti. La validazione dei dati è effettuata dal direttore SC Dipendenze e DSS/DG che invia il debito informativo a RL. | assistente sociale / amministrativo (referenti interni del sistema informativo dipendenze) | Errato calcolo del finanziamento ministeriale basato sul flusso SIND Errata remunerazione da parte di Regione Lombardia (flusso AMB) | mancato controllo sulla registrazione delle attività (prestazioni erogate, numero di pazienti in carico) | B | B | B | B | B | B | B | puntuale assolvimento secondo le tempistiche previste | regolare controllo sulle prese in carico attive e sulle prestazioni erogate | Autovalutazioni interne secondo la procedura specifica su: congruenza delle prestazioni ambulatoriali effettuate congruenza tra diagnosi e prescrizione farmaci congruenza tra diagnosi e prescrizione esami ematici su ricetta elettronica vigilanza ATS sui criteri di appropriatezza assistenziale | IN ATTO | IN CORSO | regolare cadenza delle fasi di controllo | 100% | direttore SC Dipendenze |
| Pagamento ticket per prestazioni non esenti | Processo ambulatoriale | amministrativo | Riscossione ticket per prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale (tabagismo e altre dipendenze) a carico dell'interessato così come definito dalla vigente normativa sanitaria in materia di compartecipazione alla spesa. Applicazione di esenzioni in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria | amministrativo | perdita delle entrate, danno erariale | Assenza di controlli sui pagamenti/fatture Mancata verifica dei criteri di esenzione | B | B | B | B | B | B | B | la documentazione inerente al pagamento deve essere acquisita prima della consegna del relazione/certificazione | monitoraggio giornaliero tramite agende operatori per verifica delle prestazioni a pagamento | Tenuta d-base interno ove giornalmente si registrano gli appuntamenti che necessitano di pagamento prima delle visite rotazione del personale dedicato | IN ATTO | IN CORSO | REPORT ANNUALE processi amministrativi affidenti alle segreterie della SC Dipendenze | 100% | Amministrativo |
| Accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in: @Lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza l'incolumità e la salute di terzi; @ Soggetti inviati dalla Commissione Medica per le Patenti di Guida per violazione degli art 186-187 del DPR 309/90; @ Personale militare specificatamente per accertamenti indicati nel bando di arruolamento; @Privati per usi consentiti dalla legge | Prelievo, conservazione, consegna dei campioni al Laboratorio analisi per ricerca dei metaboliti delle sostanze d'abuso su matrici biologiche. Certificazione | Medico Infermiere Amministrativo | visita medica specialistica prescrizione di esami tossicologici a valenza medico legale raccolta dei campioni biologici conferimento al laboratorio analisi relazione/certificazione | Il Medico è responsabile della prescrizione degli accertamenti e della relazione/certificazione secondo normativa/linee di indirizzo L'infermiere è responsabile della raccolta, confezionamento, conservazione e invio campioni al laboratorio L'amministrativo è responsabile della riscossione e della fatturazione degli importi dovuti e della trasmissione del referto al soggetto richiedente. | 1) Concussione da parte dell'incaricato di pubblico servizio verso l'utente che si sottopone ad indagine tossicologica ai fini del rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare onde ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. 2) Corruzione per l'esercizio della funzione dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente che si presenta ai servizi per una indagine tossicologica finalizzata al rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare per l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. 3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente da sottoporre ad indagine tossicologica per il rilascio della patente o del porto d'armi o per il distretto militare per ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare. 4) Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per il rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare 5) danno erariale per la perdita delle entrate dovute. | Mancata rilevazione/registrazione delle comunicazioni/attività cliniche e diagnostiche e valutazioni su FASAS utente; Mancato inserimento nel singolo FASAS della documentazione richieste a supporto dell'attività mancato inserimento nel singolo FASAS dei pagamenti/fatture prodotte Concedere riconoscimenti medico- legali di favore modificare esiti/accertamenti assenza di controllo sui pagamenti dovuti | M | M | M | M | M | M | M | richieste provenienti da Enti/Commissioni esterne sono inserite, a supporto delle prestazioni erogate, nel singolo FASAS la documentazione amministrativa dev'essere acquisita prima della consegna/trasmisione della relazione/certificazione | controllo delle attività a più livelli: autovalutazioni interne a campione su: congruenza dell'attività ambulatoriale effettuata congruenza tra diagnosi e certificazione verifica sulla corretta procedura di prelievo conservazione delle matrici biologiche deputate alle analisi tossicologiche Verifica dell'emissione fattura e del pagamento effettuato prima della trasmissione del referto al soggetto richiedente | Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto Condivisione delle procedure con il personale Verifica da parte del Responsabile SS SerD e del coordinatore infermieristico, della corretta applicazione della procedura Rotazione del personale impiegato Conoscenza del codice di comportamento aziendale Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione. Tenuta d-base interno di registrazione dei pagamenti dovuti/effettuati Rotazione del personale coinvolto | IN ATTO | IN CORSO | Valutazione annuale delle NC autovalutazione dei FASAS verifica amministrativa dei pagamenti effettuati | 100% | responsabile SS SerD coordinatore infermieristico segreteria amministrativa |
| Gestione delle segnalazioni per violazione art. 75 DPR 309/90. | acquisizione della richiesta da parte della Prefettura Valutazione diagnostica Progetto terapeutico condiviso Valutazione e comunicazione esiti | responsabile SerD, tutto il personale coinvolto. | Acquisizione e gestione della richiesta Valutazione diagnostica Prescrizione ed esecuzione indagini tossicologiche definizione del programma terapeutico produzione ed invio della relazione finale | Amministrativo Equipe clinica Case Manager Responsabile SS SerD | 1) Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio da parte un utente da sottoporre alla valutazione e presa in carico per ottenere la formulazione di una diagnosi falsa. 2) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte di un pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso un soggetto segnalato per modificare i criteri di valutazione ai sensi dell'art. 75 ai fini di ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie. 3) Concussione da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio nei confronti del paziente da sottoporre a valutazione per la formulazione di una diagnosi falsa o non formulazione di una diagnosi. | Mancata gestione della segnalazione Mancata registrazione delle attività cliniche e diagnostiche e la relativa sintesi nel FASAS mancata comunicazione alla prefettura degli esiti del percorso individualizzato Ritardare l'ommettere/falsificare la comunicazione degli esiti. | M | M | M | M | M | M | M | Normativa di riferimento (art 75 DPR 309/90) Istruzione operativa specifica IO01PSP01DipendenzePG9MQ7 Predisposta modello specifico di relazione di verifica | verifica della corretta applicazione della IO01PSP01DipendenzePG9MQ7 *ART. 75 DPR 309/90-percorso di presa in carico per la gestione clinica e amministrativa di soggetti segnalati dalla Prefettura per specifici programmi secondo normative vigenti* | Valutazione multidisciplinare Condivisione della comunicazione alla Prefettura di riferimento dell'esito degli stessi. Rotazione nell'assegnazione dei casi Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione. | IN ATTO | IN CORSO | REPORT ANNUALE DELLE PRESE IN CARICO | 100% | RESPONSABILE SERD |
| Definizione degli interventi in ambito dell'esecuzione penale | Attivare un percorso di trattamento in misura alternativa alla pena detentiva per detenuto avente diritto. Attivare un percorso di trattamento in misura alternativa alla pena detentiva per paziente libero ma con un rischio detentivo. | Equipe clinica di riferimento del caso | Valutazione multidimensionale Verifica dei requisiti clinici per l'accesso alle misure alternative Verifica dei requisiti giuridici Definizione del programma terapeutico ed attestazione di idoneità Redazione della certificazione di alcool- tossicodipendenza secondo normativa vigente definizione del programma terapeutico individualizzato e attestazione di idoneità previsto dall'art 94 DPR 309/90. | Equipe clinica di riferimento del caso | 1) Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a valutazione per assenza di utilizzo di sostanze od alcool 2) Corruzione per l'esercizio della funzione del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare. 3) Concussione da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole 4) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità 5) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di assenza di utilizzo di sostanze od alcool. | Mancata registrazione delle attività cliniche e diagnostiche e la relativa sintesi nel FASAS ritardo o mancata comunicazione al magistrato di sorveglianza degli esiti del percorso individualizzato falsificazione della documentazione | M | M | M | M | M | M | M | Adeguare l'attività a processi standardizzati; Verifica della sua corretta applicazione | Adeguare l'attività a processi standardizzati; Verifica della sua corretta applicazione | Seguire la normativa di riferimento Conoscenza della normativa specifica ai sensi del DPR 309/90 e s.m.i Adozione di una procedura specifica condivisa con tutto il personale Mantenere una strategia di lavoro in équipe multidisciplinare; Condivisione del processo di valutazione e delle comunicazioni all' interno dell'équipe multidisciplinare e con il diretto interessato; Gestione congiunta dei programmi terapeutici tra l'équipe multiprofessionale interna e gli Enti esterni coinvolti. Condividere l'attestazione di idoneità del programma con il SerD territorialmente competente, titolare del programma di monitoraggio alla scarcerazione; Raccordo con la Magistratura di Sorveglianza su tutte le fasi del percorso Riscroto documentale delle attività e decisioni nel FASAS singolo utente Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'équipe Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Rotazione del personale coinvolto | Procedura in definizione | 2026 | 1) Rapporto fra richieste di misure alternative e misure ottenute 2) Rapporto fra misure ottenute e misure revocate | 1) > 30% 2) > 70% | SS SerD, équipe clinica |
| Attivazione di percorso di trattamento in struttura Residenziale e Semiresidenziale accreditate nell'area dipendenze | Inserimento e trattamento di persone con diagnosi di dipendenza in strutture Residenziali e Semiresidenziali regionali ed extra regionali accreditate per l'area delle dipendenze | Equipe clinica responsabile SS SerD direttore SC Dipendenze | Valutazione multidimensionale del bisogno Individuazione della tipologia di struttura appropriata secondo analisi del bisogno Verifica delle condizioni per l'accesso ai servizi della persona interessata (residenza, stato di soggiorno, nulla osta con contestuale impegno di spesa dell'azienda sanitaria locale nel caso di cittadino residente in altra regione) Verifica dei costi delle prestazioni erogate a favore di cittadini privi di residenza anagrafica Redazione di certificazione di dipendenza patologica relazione della relazione di continuità terapeutica Redazione delle motivazioni per l'inserimento in strutture Extraregionale | Equipe clinica per la VMD Assistente sociale per l'individuazione della tipologia di struttura appropriata verifica delle condizioni per l'accesso Medico SerD per redazione della certificazione di dipendenza patologica Responsabile SS SerD per la convalida della relazione di inserimento e della certificazione di dipendenza patologica Responsabile SS SerD per la redazione e sottoscrizione delle motivazioni di inserimento in struttura a trattamento R in struttura Extraregionale Direttore SC per la convalida della richiesta di autorizzazione a trattamento residenziale in struttura extraregionale. | 1-Scelta discrezionale della struttura R e/o SR; 2- Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di assenza di utilizzo di sostanze od alcool. | mancata condivisione rilevazione/registrazione delle attività cliniche, diagnostiche e valutazioni multidisciplinari nel FASAS utente | M | M | M | M | M | M | M | Normativa di riferimento adozione della PSP03DipendenzePG9MQ7. Inserimento e trattamento TD-AD-DGA in R e SR Predisposta modulistica cortefata | verifica delle attività a più livelli autovalutazioni interne a campione su: congruenza tra diagnosi e certificazione di dipendenza patologica certificazione di esenzione per patologia monitoraggio almeno trimestrale da parte dell'équipe clinica monitoraggio della segreteria amministrativa relativamente alle comunicazioni formali delle SR Monitoraggio dei referenti del sistema informativo sull'apertura congrua dei FASAS. | Inserimento in strutture R e SR come da procedure; Implementazione del data base dei dirieghi da parte delle strutture R e SR; Verifica tempi di attesa delle singole strutture per l'ingresso; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Conoscenza della normativa specifica; Rotazione del personale; Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. | IN ATTO | IN CORSO | 1) Rapporto fra richiesta di inserimento in strutture R e SR Report annuale sugli inserimenti in SR | non definibile | Responsabile SS SerD segreteria amministrativa referenti sistema informativo |
| Approvvigionamento, Carico, Conservazione, Prescrizione, dispensazione e Scarico, delle terapie farmacologiche - | Gestione dell'ambulatorio per le terapie farmacologiche compresi i farmaci in Tabella IIA D.Lgs. 49/2006 - | Medico, Infermiere, responsabile SS SerD | Analisi del fabbisogno Richiesta approvvigionamento farmaci stupefacentiPresi in carico e conservazione dei farmaciRegistrazione delle operazioni di carico/scarico su registro informatizzatoPrescrizione della terapiaDispensazione dei farmaciVerifica corrispondenza giacenza reale/cortabile | Coordinatore Inf effettua l'analisi del fabbisogno compila la richiesta di fabbisogniIl Responsabile Medico SerD sottoscrive le richieste di farmaci stupefacenti e sostanze psicotrope, (buono di richiesta ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 309/90) L'infermiere prende in carico e registra le operazioni su registro informatizzatoIl Medico SerD prescrive la terapia L'infermiere dispensa i farmaci e registra le operazioni di scaricoIl Responsabile Medico SerD è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra le giacenze | 1) Peculato (sottrazione) delle sostanze, anche attraverso antifit2) Spaccio di cui all'art. 73 del DPR n 309/1990 o comunque sottrazione della sostanza, anche attraverso antifit, per trarne profitto. Anche per interposta persona (tramite cessione della sostanza). | mancanza di controlli tra giacenza reale e contabile; accesso non autorizzato nei locali dove sono conservati i farmaci, inadeguata gestione delle scorte | M | M | M | M | M | M | M | Normativa di riferimento (DPR 309/90 e SM)AUDIT FarmaciaAutovalutazione interna | adozione e applicazione di IO01PSP02DipendenzePG9MQ7 *Approvvigionamento farmaci stupefacenti in uso presso la SC Dipendenze* PSP02Dipendenze PG9MQ7 *Gestione trattamenti farmacologici nel SerD* | Gestione informatizzata di tutto il processo (prescrizione, dispensazione, registrazione di carico e scarico)Verifica dell'applicazione delle procedure di riferimentoRotazione del personale nell'attività specifica (planning)Controllo giornaliero delle giacenzeAccesso limitato al personale sanitario nell'ambulatorio delle terapie farmacologicheConoscenza del codice etico aziendale;Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. | IN ATTO | IN CORSO | CONTROLLO GIACENZE REALI/CONTABILI GIORNALIERA; PRODUZIONE REGISTRO MOVIMENTAZIONI MENSILE/ACCERTATA TENUTA PRELIEVI/SCARICO CARICO/SCARICO AUDIT FARMACIA-9 PERIODICA | 100% | RESPONSABILE SsCOORDINATORE INFERMIERISTICO SerD |

SC Distretto Bergamo e SC Distretto Val Brembana, Valle Imagna e Villa D'Alme

| | Processo (descrizione) | Responsabile del processo | Descrizione attività | Esecutore attività | Rischio specifico Descrizione del comportamento a rischio specifico (evento a rischio) | Fattore abilitante | Interessi esterni all'ASST (anche economici) | Discrezionalità | Eventi corru tivi passati | Segnal azioni | Opaci tà del proces so decisi onale | Probabilità | Giudizio sintetico | Dati, evidenze e motivazione | Misure generali (che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione) | Misura specifica (agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.) | Stato di attuazione al 1/1/2025 | Tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Valore target | Responsabile |
|---|--|--|--|--|---|--|--|-----------------|------------------------------------|------------------|--|-------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|--|---|---|----------------------|---|
| Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta | Scelta e revoca del medico di assistenza primaria (MAP) e del pediatra di libera scelta (PLS) | Direttore SC Cure primarie e direttore SC Distretto | Per la scelta del medico e dei pediatri, il principio ispiratore è la libertà. Questo principio è inteso quale possibilità di scegliere qualsiasi professionista presente – prioritariamente – nella propria area di residenza, cui corrisponde un ambito di incardinamento del MAP/PLS. Se il cittadino sceglie un MAP/PLS censibile (che non abbia, dunque, già raggiunto il proprio massimo) nel proprio ambito di residenza, l'operazione può essere effettuata: • personalmente dal cittadino, attraverso il FSEI; • presso le farmacie che aderiscono al sistema di Scelta/Revoca regionale; • presso gli Sportelli di Scelta/Revoca del Distretto. | Personale amministrativo Scelta/Revoca | Contatto diretto MAP con operatore Scelta/Revoca | Incentivare il cittadino che si reca agli sportelli a scegliere un determinato MAP (previa valutazione capienza del MAP). Mancanza cultura della legalità. | n.a. | B | n.a. | n.a. | B | B | B | n.a. | “Procedura Gestione assistita” in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Controllo e formazione del personale. | Supervisione reciproca degli operatori e del referente operatori. | In atto | Misure attuate continuamente nel corso dell'attività. | Segnalazione | Nessuna segnalazione | Direttore/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP |
| | | | Il cittadino sceglie il MAP/PLS per sé e per le persone di cui ha la tutela legale ma può anche delegare - ed essere delegato - a scegliere per altri. Il delegato deve essere munito della tessera sanitaria e della fotocopia del documento di riconoscimento del delegante oltre che di un documento di riconoscimento in corso di validità, per permettere all'operatore di accertarne l'identità. E' presente modulistica dedicata per la delega che deve essere firmata dal delegante. | Personale amministrativo Scelta/Revoca | Contatto diretto utente con operatore Scelta/Revoca | Effettuare l'operazione senza la necessaria documentazione di identificazione/delega. | n.a. | B | n.a. | n.a. | B | B | B | n.a. | “Procedura Gestione assistita” in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale. | chiamata casuale dell'utente e anonima mediante sistema Elimina-code. | In atto | Misure attuate continuamente nel corso dell'attività. | Whistleblowing ed evidenza del referente amministrativo che un cittadino si presenta sempre allo stesso sportello di uno specifico operatore. | Nessuna segnalazione | Direttore/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP |
| | | | Gestione mantenimenti assistenza pediatrica- 14-16 anni | Personale amministrativo Scelta/Revoca | Discrezionalità di assegnazione in caso il PLS non abbia capienza | Assegnazione pediatrica in assenza del rispetto della normativa vigente. | B | B | n.a. | n.a. | B | B | B | n.a. | “Procedura Gestione assistita” in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Introduzione secondo livello di valutazione. | Valutazione pratica da parte del direttore di Distretto o suo delegato in collaborazione con la SC Cure primarie. | In atto | Misure attuate continuamente nel corso dell'attività. | Segnalazione | Nessuna segnalazione | Direttore/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP |
| | | | Iscrizione a tempo determinato al SSR (possibile iscrizione solo per utenti in attesa di permesso di soggiorno in scadenza o in fase di rinnovo, motivi di studio, motivi di lavoro, patologie/salute ed età over 65 anni, inserimento in comunità protetta). | Personale amministrativo Scelta/Revoca | Contatto diretto utente con operatore Scelta/Revoca | Iscrizione al SSR in mancanza di requisiti essenziali | n.a. | B | n.a. | n.a. | n.a. | B | B | n.a. | “Procedura Gestione assistita” in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale. | Chiamata casuale dell'utente e anonima mediante sistema Elimina-code. | In atto | Misure attuate continuamente nel corso dell'attività | Segnalazione | Nessuna segnalazione | Direttore/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP |
| | | | Assistenza per gli iscritti all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero (AIRE) | Personale amministrativo Scelta/Revoca | Contatto diretto utente con operatore Scelta/Revoca | Iscrizione al SSR in mancanza di requisiti essenziali | n.a. | B | n.a. | n.a. | n.a. | B | B | n.a. | “Procedura Gestione assistita” in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale. | Chiamata casuale dell'utente e anonima mediante sistema Elimina-code. | In atto | Misure attuate continuamente nel corso dell'attività. | Segnalazione | Nessuna segnalazione | Direttore/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP |
| | | | In caso di recusazione da parte del MAP/PLS, la SC Distretto protocolla la richiesta, invia la raccomandata di avviso di recusazione all'assistito recusato e cerca di contattarlo nel minor tempo possibile, anche per via telefonica qualora il recapito sia noto. Nella raccomandata inviata all'assistito deve essere chiaramente specificato che dovrà provvedere alla nuova scelta del MAP/PLS entro quindici giorni; il sedicesimo giorno il MAP/PLS verrà revocato dalla SC Distretto. Nella lettera andrà esplicitata la data in cui il paziente verrà cancellato dagli elenchi del MAP che lo ha recusato. Dopo l'invio della raccomandata A/R possono verificarsi due situazioni: l'assistito riceve la raccomandata, restituisce l'avviso di ritorno al Distretto ed effettua la nuova scelta oppure l'assistito non ricepisce la raccomandata, che rimane in giacenza per dieci giorni, trascorsi i quali la stessa si considera come recapitata; l'operatore amministrativo procede con la cancellazione dell'assistito dagli elenchi del professionista che lo ha recusato. La SC Cure primarie interviene nel processo di recusazione solo in caso di situazioni complesse, delle quali può venire a conoscenza attraverso esposti/segnalazioni dell'utente, del MAP, del Difensore Civico o di altra figura. | Personale amministrativo assegnato alla SC Distretto | Non si rilevano comportamenti a rischio di corruzione. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. |

Non si rilevano comportamenti a rischio di corruzione
n.a.: non applicabile
n.i.: non identificabile
B: basso
M: medio
A: alto

Non si rilevano
comportamenti a
rischio di
corruzione

SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|--|--|---|---|--|-------------------------|--|
| Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Bilancio: gestione bilancio aziendale, rendicontazione periodica, scritture contabili ed adempimenti connessi. Verifica contabile e redazione del bilancio di esercizio Debito informativo e gestione dei flussi informativi da e verso Pubblica amministrazione | | | 1) Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità, ecc.) per il perseguimento di interessi diversi. | basso | Presenza di Procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali, come elencato nel dettaglio delle fasi, che disciplinano attività, responsabilità, controlli inerenti: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi; 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio; 3) redazione del bilancio. 4) la gestione dei flussi informativi contabili dovuti |
| | | | | 2) Mancato rispetto dei vincoli di bilancio | basso | |
| | | | | 3) Esposizione di fatti materiali non rispondenti al vero al fine di ricevere per sé o un terzo denaro o altra utilità non dovuta. | basso | |
| | | | | 4) Comunicazioni alle autorità di vigilanza previste dalla legge, di fatti materiali non rispondenti al vero, e omettendo in tutto o in parte, fatti che avrebbero dovuto essere comunicati, riguardanti la situazione economica, patrimoniale o finanziaria dell'Azienda. | basso | |
| | | | | 5) Redazione di un parere scritto da parte del responsabile della revisione contabile eseguita falsificando o nascondendo informazioni sulla situazione economica patrimoniale o finanziaria dell'Azienda. | basso | |
| Procedura Generale di Bilancio | | | | | | |
| | | 1. Invio decreto di assegnazione | Regione Lombardia | | | |
| | | 2. Gestione Del Bilancio Preventivo Economico Annuale | | | | |
| | | 2.1 Analisi decreto di assegnazione | SS Bilancio | | | |
| | | 2.2 Acquisizione informazioni dalle SC e SS coinvolte | SS Bilancio e SC Controlllo di gestione; SC e SS coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle risorse umane, SC Tecnicio e patrimoniale, SC Ingegneria clinica, SC Sistemi informativi - ICT, SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | | 2.3 Stesura documenti di supporto BPEA | SS Bilancio | | | |
| | | 2.4 Definizione assegnazione iniziale alle singole voci di Bilancio | SS Bilancio | | | |
| | | 2.5 Compilazione schemi di Bilancio | SS Bilancio | | | |
| | | 2.6 Verifiche/modifiche/integrazioni | Direzione aziendale | | | |
| | | 2.7 Predisposizione atto deliberativo di approvazione | SS Bilancio | | | |
| | | 2.8 Acquisizione parere obbligatorio Collegio Sindacale | Collegio Sindacale | | | |
| | | 2.9 Inoltro deliberazione alla Regione | SS Bilancio | | | |
| | | 2.10 Controllo atti | DGW Regione Lombardia | | | |
| | | 2.11 Approvazione BPEA | DGW Regione Lombardia | | | |
| | | 3. Gestione della Rendicontazione periodica del bilancio | | | | |
| | | 3.1 Analisi Decreto assegnazione | SS Bilancio | | | |
| | | 3.2 Compilazione e stampa Bilancio di verifica | SS Bilancio | | | |
| | | 3.3 Acquisizione informazioni dalle SC e SS coinvolte | SS Bilancio e SC Controlllo di gestione; SC e SS coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle risorse umane, SC Tecnicio e patrimoniale, SC Ingegneria clinica, SC Sistemi informativi - ICT, SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | | 3.4 Elaborazione provvisoria dati: giacenze di magazzino, dati di competenza, fatture da ricevere/emettere, ammti e sterilizzazioni | SS Bilancio; SC Farmacia, SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | | 3.5 Compilazione tabella di raccordo | SS Bilancio | | | |
| | | 3.6 Predisposizione CET | SS Bilancio | | | |
| | | 3.7 Redazione NI | SS Bilancio, SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | | 3.8 Compilazione modelli di rendicontazione | SS Bilancio, SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | | 3.9 Certificazione Direttore Generale | SS Bilancio | | | |
| | | 3.10 Verifica dati inseriti | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | | 3.11 Verifiche/modifiche/integrazioni | Direzione aziendale | | | |
| | | 3.12 Acquisizione parere obbligatorio Collegio Sindacale | Collegio Sindacale | | | |
| | | 3.13 Trasmissione documentazione alla Regione | SS Bilancio | | | |
| | | 3.14 acquisizione agli atti | DGW Regione Lombardia | | | |
| | | 4. Nuovo Decreto di assegnazione | DGW Regione Lombardia | | | |
| | | 5. Gestione Bilancio consuntivo | | | | |
| | | 5.1 Richiesta informazioni per atti di chiusura Bilancio | SS Bilancio; SC e SS coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle risorse umane, SC Tecnicio e patrimoniale, SC Ingegneria clinica, SC Sistemi informativi - ICT, SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | | 5.2 Elaborazione dati: giacenze di magazzino/reparto, dati di competenza/rateei/risconti, fatture da ricevere/emettere, ammti e sterilizzazioni | SS Bilancio; SC Farmacia, SSD Logistica e servizi economali | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|--|
| | 5.3 Analisi decreto Regione Lombardia | SS Bilancio | | | |
| | 5.4 Controlli contabili, correzioni, quadrature | SS Bilancio | | | |
| | 5.5 Compilazione e stampa bilancio di verifica definitivo | SS Bilancio | | | |
| | 5.6 Compilazione bilancio consuntivo | SS Bilancio | | | |
| | 5.7 Redazione N.I. | SS Bilancio, SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 5.8 Compilazione Mod. A | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 5.9 Compilazione foglio "Cons" prestazioni intercompany | SS Bilancio | | | |
| | 5.10 Compilazione Relazione del Direttore Generale | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità, Direzione aziendale | | | |
| | 5.11 Compilazione mod. LA | SC Controllo di gestione | | | |
| | 5.12 Verifica dati | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 5.13 Verifica/modifiche/integrazioni | Direzione aziendale | | | |
| | 5.14 Predisposizione atto deliberativo di approvazione del Bilancio d'esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 5.15 Acquisizione parere obbligatorio Collegio sindacale | collegio sindacale | | | |
| | 5.16 Trasmissione documentazione alla Regione | SS Bilancio | | | |
| | 5.17 Controllo atti | DGW Regione Lombardia | | | |
| | 5.18 Approvazione Bilancio d'esercizio | DGW Regione Lombardia | | | |
| Gestione piano dei flussi di Cassa Prospettici | | | | | |
| | 1 Decreto di assegnazione | DGW Regione Lombardia | | | |
| | 2. Predisposizione piano dei flussi di cassa prospettici in fase di Bilancio Preventivo | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 3. Aggiornamento e monitoraggio mensile | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 4. Compilazione rendicontazioni periodiche | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 5. Nuovo decreto di assegnazione | DGW Regione Lombardia | | | |
| | 6. Aggiornamento del Piano dei flussi di cassa prospettici in sede di Bilancio Consuntivo | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| Ciclo attivo: emissione fatture, gestione dei crediti, emissione ordianativi di riscossione (es. ticket, ecc.) | | | 1) Mancato accertamento dei ticket dovuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto guadagno o altra utilità. | <u>basso</u> | Presenza di Procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali, come elencato nel dettaglio delle fasi, che disciplinano attività, responsabilità, controlli e correlate istruzioni operative interne |
| | | | 2) Non garantire il corretto abbinamento tra incassi e rispettive quietanze di pagamento per garantire un ingiusto profitto per sé o altri. | <u>basso</u> | |
| | | | 3) Non emettere documenti contabili per garantire per sé o altri un ingiusto beneficio. | <u>basso</u> | |
| AREA CREDITI E RICA VI | | | | | |
| Ricavi per finanziamenti regionali indistinti o vincolati | 1. Assegnazione a preventivo | Regione Lombardia | | | |
| | 2. Emissione dei documenti di addebito relativi all'attività tariffata | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 3. Incasso periodico di quote dei finanziamenti | SS Bilancio | | | |
| | 4. Quantificazione delle attività e alimentazione dei relativi flussi informativi regionali | SC Sistemi informativi - ICT | | | |
| | 5. Comunicazione regionale del preventivo assestato | Regione Lombardia | | | |
| | 6. Rilevazione di eventuali decreti di assegnazione di finanziamenti non ricompresi nell'assegnazione a preventivo | SS Bilancio | | | |
| | 7. Comunicazione regionale dei dati consuntivi | Regione Lombardia | | | |
| | 8. Eventuale rendicontazione | Responsabile di Progetto (UUOO) | | | |
| | 9. Eventuale rinvio alla competenza di esercizi successivi | SS Bilancio | | | |
| | 10. Controlli periodici | SS Bilancio | | | |
| | 11. Conservazione della documentazione | SS Bilancio | | | |
| Compartecipazione alla spesa sanitaria | 1. Prenotazione della prestazione | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 2. Incasso ticket/emissione del documento contabile | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 3. Erogazione della prestazione | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 4. Versamento dell'incasso ticket presso il tesoriere | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 5. Rilevazione del ricavo | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 6. Rimborsi di ticket | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 7. Rilevazione di ricavi e crediti per mancata fruizione di prestazioni prenotate | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 8. Rilevazioni di fine esercizio | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 9.1 Controlli periodici interni (lato front-office) | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 9.2 Controlli periodici interni (lato UOS CFF) | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | 10.1 Conservazione della documentazione lato front office | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 10.2 Conservazione della documentazione lato ragioneria | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| Attività libero professionale e attività per solventi - Ambulatoriali | 1.1 Autorizzazione all'attività LP | Direzione medica | | | |
| | 1.2 Definizione dell'eventuale preventivo | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 1.3.1 Prenotazione della prestazione in ambulatori dell'ASST | CUPS | | | |
| | 1.3.2 Prenotazione della prestazione presso studi privati collegati in rete | MEDICO LP | | | |
| | 2.1 Incasso della prestazione ed emissione del documento contabile in ambulatori dell'ASST con sportello CUPS | CUPS | | | |
| | 2.2 Incasso della prestazione ed emissione del documento contabile in presidi esterni o studi privati collegati in rete | MEDICO LP | | | |
| | 2.3 Incasso della prestazione intestata a persona giuridica o con IVA ed emissione del documento contabile | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 3. Erogazione della prestazione | MEDICO LP | | | |
| | 4.1 Versamento degli incassi presso il tesoriere in ambulatori dell'ASST | CUPS | | | |
| | 4.2 Versamento degli incassi presso il tesoriere in studi esterni collegati in rete | MEDICO LP | | | |
| | 5. Rilevazione del ricavo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6.1 Storni/Rimborsi di documenti contabili emessi da CUPS | CUPS | | | |
| | 6.2.1 Storni di documenti contabili emessi in sedi esterne | MEDICO LP | | | |
| | 6.2.2 Rimborsi di documenti contabili emessi in sedi esterne | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 8.1 controllo, anche a campione, tra prestazioni prenotate/ erogate/ incassate, anche per l'intramoenia allargata; | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 8.2 verifica degli incassi ricevuti a fronte di prestazioni non ancora erogate e quindi registrati in acconto; | non applicabile | | | |
| | 8.3 riconciliazione dei crediti aperti a fronte di prestazioni erogate per cui non risulta l'incasso; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.4 verifica e riconciliazione dei dati presenti negli applicativi gestionali utilizzati per la rilevazione delle attività libero professionali e delle attività per solventi con quanto presente in contabilità generale; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.5 verifica del corretto utilizzo dei conti dedicati alla contabilità separata; | SS Bilancio | | | |
| | 8.6 verifica del rispetto degli obblighi di copertura dei costi; analisi comparate dell'ammontare dei crediti e dei ricavi del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione; | SS Bilancio | | | |
| | 8.7 controlli, anche a campione, sui rimborsi effettuati; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.8 controlli sul corretto inquadramento fiscale della fattispecie, anche in termini di impostazione del software; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.9 controlli sul rispetto della normativa fiscale. | SS Bilancio | | | |
| | 9. Conservazione della documentazione | SS Bilancio | | | |
| Attività libero professionale e attività per solventi - Ricoveri | 1.1 Autorizzazione all'attività LP | SC Direzione medica | | | |
| | 1.2 Definizione del preventivo | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 1.3. Prenotazione della prestazione | MEDICO LP | | | |
| | 1.4 Accettazione amministrativa | CUPS | | | |
| | 2.1 Erogazione della prestazione | MEDICO LP | | | |
| | 2. 2 Verifica coerenza formale | SC Direzione medica | | | |
| | 3. Emissione del documento contabile | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 4. Rilevazione del ricavo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6. Storni/Rimborsi di documenti contabili | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 8.1 controllo, anche a campione, tra prestazioni prenotate/ erogate/ incassate | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.2 verifica degli incassi ricevuti a fronte di prestazioni non ancora erogate e quindi registrati in acconto; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.3 riconciliazione dei crediti aperti a fronte di prestazioni erogate per cui non risulta l'incasso; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.4 verifica e riconciliazione dei dati presenti negli applicativi gestionali utilizzati per la rilevazione delle attività libero professionali e delle attività per solventi con quanto presente in contabilità generale; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.5 verifica del corretto utilizzo dei conti dedicati alla contabilità separata; | SS Bilancio | | | |
| | 8.6 verifica del rispetto degli obblighi di copertura dei costi; analisi comparate dell'ammontare dei crediti e dei ricavi del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione; | SS Bilancio | | | |
| | 8.7 controlli, anche a campione, sui rimborsi effettuati; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.8 controlli sul corretto inquadramento fiscale della fattispecie, anche in termini di impostazione del software; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.9 controlli sul rispetto della normativa fiscale. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.1 Conservazione della documentazione sanitaria | Direzione medica | | | |
| | 9.2 Conservazione della documentazione fiscale | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Contributi per progetti di ricerca specifici | 1.1 Elaborazione del progetto | Responsabile del Progetto | | | |
| | 1.2 Predisposizione del budget | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 1.3 Presentazione del progetto | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 2.1. Recepimento del contributo da parte dell'Ente Finanziatore | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 2.2 Creazione autorizzazione dedicata | SS Bilancio | | | |
| | 3. Rilevazione del ricavo | SS Bilancio | | | |
| | 4. Individuazione del Responsabile del Progetto | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 5. Proposta del preventivo di spesa | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 6. Approvazione della proposta di preventivo di spesa | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 7. Rendicontazione | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 8. Incasso del contributo | SS Bilancio | | | |
| | 8.1 Invio della documentazione | SS Bilancio | | | |
| | 8.2 Conservazione comunicazioni ufficiali | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 8.3 Regolarizzazione degli incassi | SS Bilancio | | | |
| Sperimentazioni cliniche | 9. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 10. Controlli periodici | SS Bilancio | | | |
| | 11. Conservazione della documentazione | Responsabile del Progetto | | | |
| | 1. Valorizzazione del costo totale della Sperimentazione Clinica | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 2. Pareri e autorizzazioni preventive | Comitato Etico | | | |
| | 2.1 Formalizzazione dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 3. Sottoscrizione di un accordo convenzionale | Direzione aziendale | | | |
| | 4. Conduzione della sperimentazione ed emissione della fattura nei confronti del Promotore | | | | |
| | 4.1 Avvio studio e atti conseguenti (si rimanda a Procedura specifica Cod.PG8MQ7 per identificazione Responsabile) | SC/SS di riferimento | | | |
| | 4.2 Creazione autorizzazione dedicata | SS Bilancio | | | |
| | 4.3 Rendicontazione attività di sperimentazione | SC/SS di riferimento | | | |
| | 4.4 Invio report attività da parte del Promotore | PROMOTORE | | | |
| | 4.5 Verifica conformità report inviato dal Promotore (aspetti clinici) | SC/SS di riferimento | | | |
| | 4.6 Verifica conformità report inviato dal Promotore (aspetti economici) | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 4.7 Predisposizione richiesta emissione fattura | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 4.8 Emissione della fattura | SS Bilancio | | | |
| | 4.9 Verifica contabile/fiscale | SS Bilancio | | | |
| | 4.10 Verifica formale/sostanziale | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 4.11 Invio al SDI | SS Bilancio | | | |
| | 5. Rilevazione del ricavo | SS Bilancio | | | |
| | 6. Incasso da parte dell'Azienda | SS Bilancio | | | |
| | 6.1 Attribuzione Autorizzazioni | SS Bilancio | | | |
| | 6.2 Verifica delle partite aperte | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 6.3 Sollecito di pagamento (si rimanda a Procedura specifica Cod. PSp36PG27MQ7 Recupero crediti) | | | | |
| | 7. Verifica di conformità alle previsioni di costo e attivazione delle procedure inerenti l'eventuale liquidazione dei compensi | | | | |
| | 7.1 Attribuzione delle risorse introitate e dei compensi | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 7.2 Controllo debito orario per attribuzione compensi ai dipendenti | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7.3 Predisposizione proposta di delibera | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 7.4 Attribuzione incassi alle autorizzazioni di spesa dei Fondi vincolati all'attività di Ricerca | SS Bilancio | | | |
| | 7.5 Aggiornamento dati stipendiali | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 7.6 Regolarizzazione stipendi (scarico autorizzazioni) | SS Bilancio | | | |
| | 7.7 Elaborazione busta paga e detrazione debito orario | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7.8 Autorizzazione all'utilizzo dei Fondi vincolati all'attività di Ricerca | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 8. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 9. Eventuale quadratura degli scambi interaziendali | - | | | |
| | 10. Controlli periodici (Si rimanda alle fasi 2,4, 6,7) | - | | | |
| | 11. Conservazione della documentazione | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| Ricavi da patrimonio immobiliare | 1. Indizione procedura per la scelta del contraente e aggiudicazione al loca | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 2. Stipula contratto di locazione (con registrazione) o sottoscrizione atto di | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 3. Gestione del contratto | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 4. Emissione del documento contabile | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 5. Rilevazione del ricavo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6. Incasso | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 8. Controlli periodici | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 9. Conservazione della documentazione | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 1.1 Rilevazione della morosità fatture | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 1.2 Rilevazione della morosità ticket | SC Area accoglienza - CUP | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|
| Recupero Crediti | 2.1 Recupero credito: primo sollecito fatture | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 2.2 Recupero credito: primo sollecito ticket | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 3. Recupero credito: secondo sollecito (diffida-messa in mora) | SC Avvocatura | | | |
| | 4. Recupero credito: fase esecutiva | SC Avvocatura | | | |
| | 5. Stralcio del credito | SC Avvocatura | | | |
| | 6.1 Controlli periodici per fatture | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 6.2 Controlli periodici per ticket | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 6.3 Controlli periodici per messe in mora | SC Avvocatura | | | |
| | 7.1 Conservazione della documentazione per fatture | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 7.2 Conservazione della documentazione per ticket | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 7.3 Conservazione della documentazione per messe in mora e formazione | SC Avvocatura | | | |
| Altri ricavi (Ragioneria) | 1. Tipologia di ricavo | | | | |
| | 2. Modalità di richiesta delle prestazioni | | | | |
| | 3. Unità organizzative responsabili dell'iter amministrativo | | | | |
| | 4. Modalità e responsabilità di raccolta dei dati di attività: | | | | |
| | Procreazione Medicalmente Assistita, raccolta sangue funicolare. | SC Ginecologia e ostericia | | | |
| | Fornitura divise al personale sanitario e amministrativo, buoni pasto, distrib | SSD Logistica e servizi economali / SC Gestione acquisti | | | |
| | Copia cartelle cliniche, corsi vari (es. pilates). | SC Direzione medica | | | |
| | Copia esami radiografici | Dipartimento diagnostica per immagini | | | |
| | Contributo parcheggio, tassa concorso, rimborsi assicurativi INAIL. | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | Medicina del Lavoro | SC Medicina del lavoro | | | |
| | Rete Territoriale: visite necroscopiche, commissione medica patenti specia | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | Rete Territoriale: tribunale di sorveglianza. | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | Prestazioni ambulatoriali | Strutture sanitarie | | | |
| | Centro elaborazione prelievi | Dipartimento medicina di laboratorio | | | |
| | Camere | Strutture sanitarie | | | |
| | Solvenza attiva | Strutture sanitarie | | | |
| | Odontoiatria e Stomatologia | SC Odontoiatria e stomatologia | | | |
| | Riaddebito vaccini in coopagamento | SC Farmacia | | | |
| | Riaddebito farmaci innovativi | SC Controllo di gestione | | | |
| | Riaddebito presidi di assorbenza | SC Gestione acquisti | | | |
| | 5. Modalità di riscossione | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 6. Incasso precedente all'erogazione della prestazione | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 7. Incasso successivo all'erogazione della prestazione | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 8. Rilevazione del ricavo | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 9. Rimborsi | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 10. Eventuale quadratura degli scambi interaziendali | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 11. Controlli periodici | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 12. Scritture di rettifica e integrazione | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| Altri ricavi - Consulenze LP | 1. Tipologia di ricavo | - | | | |
| | 2. Modalità di richiesta delle prestazioni: | - | | | |
| | 2.1 Stipula convenzione | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 2.2 Erogazione delle prestazioni | MEDICO LP | | | |
| | 3. Unità organizzative responsabili dell'iter amministrativo | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 4. Modalità e responsabilità di raccolta dei dati di attività | MEDICO LP | | | |
| | 5. Modalità di riscossione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6. Incasso precedente all'erogazione della prestazione | - | | | |
| | 7. Incasso successivo all'erogazione della prestazione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8. Rilevazione del ricavo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9. Storni/Rimborsi | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 10. Eventuale quadratura degli scambi interaziendali | SS Bilancio | | | |
| | 11. Controlli periodici: | - | | | |
| | 11.1 controllo incrociato tra documenti di addebito emessi o da emettere da un lato, e prestazioni erogate dall'altro; | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 11.2 controllo incrociato tra eventuali fatture da emettere iscritte nei bilanci degli esercizi precedenti e relative fatture / documenti di addebito emessi nel corso dell'esercizio; | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 11.3 identificazione dei crediti scaduti e attivazione delle procedure di recupero dei crediti; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.4 controllo dei saldi dei crediti, anche attraverso la circolarizzazione; | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.5 controlli di natura contabile volti alla quadratura o riconciliazione dei dati tra diversi applicativi, in particolare quando questi ultimi non siano integrati; | - | | | |
| | 11.6 analisi comparate periodiche dell'ammontare dei crediti e dei ricavi del periodo corrente, dell'anno precedente e del bilancio di previsione; | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| | 11.7 controlli sul corretto inquadramento fiscale della fattispecie, anche in t | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.8 controlli sulla corretta applicazione della normativa fiscale. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--------------|---|
| | 12. Scritture di rettifica e integrazione | SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione | | | |
| Altri Ricavi - Fatturazione Farmacia Esterna | | | | | |
| | 1. Tipologia di ricavo | SS Farmacia esterna | | | |
| | 2.Modalità di richiesta dei beni | SS Farmacia esterna | | | |
| | 3. Unità organizzative responsabili dell'iter amministrativo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 4. Modalità e responsabilità di raccolta dei dati di attività | SS Farmacia esterna | | | |
| | 5. Modalità di riscossione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6.Incasso successivo alla cessione dei beni | SS Farmacia esterna | | | |
| | 7. Rilevazione del ricavo | SS Farmacia esterna | | | |
| | 8. Controlli periodici: | | | | |
| | 8.1 CONTROLLO Farmacia Esterna | SS Farmacia esterna | | | |
| | 8.2 Controllo SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | |
| | 9. Scritture di rettifica e integrazione | SS Bilancio | | | |
| Ciclo finanziario: gestione casse riscossione e rapporti col tesoriere | | | 1) Accordo col tesoriere o sodalizio con personale dipendente del tesoriere per garantire a sé o altri indebiti introiti. | <u>basso</u> | Procedure redatte in accordo con il Percorso Attuativo della Certificabilità del Bilancio |
| AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE | | | | | |
| Gestione cassa economale | | | | | |
| | 1. Costituzione del fondo cassa | | | | |
| | 1.1.a Richiesta di costituzione cassa economale tramite atto | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 1.1.b Autorizzazione alla costituzione e registrazione della cassa nel Bilancio aziendale | SS Bilancio | | | |
| | 1.2 Custodia e detenzione della carta prepagata aziendale | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 2. Prelievo fondo cassa | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 3. Richiesta pagamento | | | | |
| | 3.1 Richiesta pagamento mediante cassa | Strutture | | | |
| | 3.2 Richiesta pagamento mediante carta prepagata | Strutture | | | |
| | 4. Pagamento e registrazione delle spese effettuate | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 4.1 Pagamento e registrazione delle spese effettuate con cassa economale | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 4.2 Pagamento e registrazione delle spese effettuate con carta prepagata aziendale | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 5. Chiusura giornaliera della cassa | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 6. Rendicontazione alla SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | | | | |
| | 6.1.a Rendicontazione spese effettuate con cassa a SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 6.1.b Rendicontazione spese effettuate con carta prepagata a SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 6.2 Verifiche correttezza spese in questione da parte SC Bilancio program | SS Bilancio | | | |
| | 7. Ricostituzione del fondo cassa | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 8. Richiesta di anticipazione di cassa | NA | | | |
| | 9. Emissione ordinativo di pagamento per anticipazione di cassa | NA | | | |
| | 10. Chiusura annuale della cassa economale | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 11. Controlli periodici | | | | |
| | 11.1 Controlli a campione | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 11.2 Controlli per quadratura contabile | SS Bilancio | | | |
| | 11.3 Presentazione documentazione al Collegio Sindacale | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 11.4 Redazione del conto giudiziale della cassa economale e della carta prepagata | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 11.5 Presentazione annuale alla Corte dei Conti del conto giudiziale | SS Bilancio | | | |
| | 12. Conservazione della documentazione | | | | |
| | 12.1 Conservazione della documentazione inerente richieste di pagamento, pagamenti e rendicontazioni | SSD Logistica e servizi economali | | | |
| | 12.2 Conservazione della documentazione inerente i mandati di pagamento | SS Bilancio | | | |
| Gestione casse di riscossione | | | | | |
| | 1.1 Richiesta pagamento in sede di accettazione o prenotazione | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 1.2 Registrazione degli incassi ricevuti | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 2.1 Contabilizzazione dell'incasso | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 2.2 Rilascio quietanza | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 3.1 Storni e rimborsi nella stessa giornata | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 3.2 Storni e rimborsi con bonifico | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 4.1 Chiusura giornaliera della cassa | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 4.2 Chiusura giornaliera gruppo cassa | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 4.3 Chiusura giornaliera cassa SGB | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 5. Registrazione dei versamenti al tesoriere | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 6. Trasmissione della documentazione/flusso al Servizio Economico Finanziario | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 7. Emissione reversale di incasso | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |

| | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|--------------|--|
| | 8.1 Controlli interni front-office | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 8.2 Controlli e attività per Conto Giudiziale | SS Bilancio | | | |
| | 8.3 Controlli esterni | COLLEGIO SINDACALE | | | |
| | 9.1 Conservazione della documentazione front-office | SC Area accoglienza - CUP | | | |
| | 9.2 Conservazione della documentazione ragioneria | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| Gestione cassa Farmacia Esterna | 1. Costituzione del Fondo Cassa | SS Bilancio | | | |
| | 2. Emissione Scontrino Fiscale mediante l'apparecchio misuratore fiscale (registratore di cassa), contestuale registrazione per la memorizzazione dei dati sul giornale di fondo elettronico e incasso del corrispettivo | SC Farmacia esterna | | | |
| | 3. Storni (annullamento scontrini fiscali) e rimborsi nella medesima giornata dell'incasso | SC Farmacia esterna | | | |
| | 4. Chiusura giornaliera della cassa con emissione di scontrino di chiusura giornaliera | SC Farmacia esterna | | | |
| | 5. Versamento giornaliero al Tesoriere | SC Farmacia esterna | | | |
| | 6. Registrazione dei corrispettivi sui registri Iva e in prima nota contabilità generale | SC Farmacia esterna | | | |
| | 7. Emissione reversale di incasso | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8. Controlli periodici: | | | | |
| | 8.1 Controlli SS Farmacia esterna | SC Farmacia esterna | | | |
| | 8.2 Controlli SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | SS Bilancio | | | |
| Gestione conti correnti postali | 9. Conservazione della documentazione | SC Farmacia esterna | | | |
| | 6.1. Gestione della documentazione trasmessa da Poste Italiane all'Azienda | SC Affari generali | | | |
| | 6.2.1. Controlli periodici da parte del UOS Contabilità e Flussi Finanziari | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6.2.2. Registrazioni contabili e incasso documenti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6.3 Report di quadratura e prelievo dai CCP con cadenza mensile | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6.4.1. Controlli periodici (trimestrale) da parte del Collegio Sindacale | COLLEGIO SINDACALE | | | |
| | 6.4.2. Controlli periodici (annuale) da parte dell' UOS Programmazione, Bilancio e Rendicontazione | SS Bilancio | | | |
| Gestione tesoreria | 6.5 Conservazione documentazione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | Parte I: riscossioni per conto dell'Azienda | | | | |
| | 1. Incasso | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 2. Emissione reversale | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 3. Controlli periodici: | | | | |
| | controllo provvisori di entrata non riscossi | Banca Tesoriere | | | |
| | controllo provvisori di entrata non riscossi | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 4. Conservazione documentazione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | Parte II: pagamenti per conto dell'Azienda | | | | |
| | 1. Pagamento attraverso emissione ordinativo | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 2. Controlli periodici: | | | | |
| | controllo mandati di pagamento in sospeso/non pagati | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | controllo mandati di pagamento in sospeso/non pagati | Banca Tesoriere | | | |
| | 3. Conservazione documentazione | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | Parte III: custodia di titoli e valori di proprietà o in deposito | | | | |
| | 1. Autorizzazione movimentazione titoli e valori | SS Bilancio | | | |
| | 2. Controlli periodici | SS Bilancio | | | |
| | 3. Conservazione documentazione: | | | | |
| | conservazione presso SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità | SS Bilancio | | | |
| | conservazione presso tesoreria | Banca Tesoriere | | | |
| Ciclo passivo: emissione ordinativi di pagamento, certificazione dei crediti, verifica estratti conto e saldi (fatturazione passiva) | | | 1) Inserimento nelle registrazioni passive di una scrittura fittizia per poi appropriarsi del relativo corrispettivo. | <u>basso</u> | Presenza di Procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali, come elencato nel dettaglio delle fasi, che disciplinano attività, responsabilità, controlli e correlate istruzioni operative interne |
| | | | 2) Liquidazione fatture senza adeguata verifica prestazione. | <u>basso</u> | |
| | | | 3) Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia della presentazione delle fatture. | <u>basso</u> | |
| | | | 4) Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti | <u>basso</u> | |
| AREA DEBITI E COSTI | | | | | |
| | 1. Programmazione fabbisogni | | | | |
| | 1.1. PROPOSTE | SC Gestione acquisti | | | |
| | 1.2 APPROVAZIONE DAZ | Direzione aziendale | | | |
| | 2. Espletamento procedure di gara | SC Gestione acquisti | | | |
| | 3. Inserimento del contratto e gestione anagrafiche fornitori e prodotti | SC Gestione acquisti | | | |
| | 4. Emissione degli ordini di acquisto | SC Gestione acquisti | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Acquisto beni di consumo | 5. Ricevimento e accettazione dei beni | MAGAZZINI | | | |
| | 6. Ricevimento della fattura | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7. Rilevazione del costo | | | | |
| | 7.1 CO.GE. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.2 CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 8. Controllo e autorizzazione al pagamento | | | | |
| | 8.1 liquidazione "automatica" | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.2 liquidazione previo parere | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.3 gestione contestazioni (con eventuale ulteriore declinazione secondo responsabilità) | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9. Pagamento | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 10. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 11. Controlli periodici | | | | |
| | 11.1 controllo periodico ordini non evasi e dei movimenti di carico non collegati a fatture | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.2 controllo periodico fatture caricate senza ordine | SS Bilancio | | | |
| | 11.3 controllo incrociato fatture/note di credito da ricevere iscritte in bil. Es prec. e ft/nc registrate nell'es. | SS Bilancio | | | |
| | 11.4 quadratura dati presenti nei vari applicativi | SS Bilancio | | | |
| | 11.5 controllo debiti scaduti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.6 controllo saldo debiti (circolarizzazione) | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.7 controllo periodico che la contabilizzazione entro i termini di legge | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.8 monit. costi sostenuti | SC Controllo di gestione | | | |
| | 11.9 analisi comparate | SS Bilancio | | | |
| | 11.10 controllo di natura fiscale | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.11 verifica avvenuta esecuzione procedure connesse agli acquisti in danno e penali contrattuali | | | | |
| | Acquisti in danno | SC Gestione acquisti | | | |
| | Penali contrattuali | Strutture che autorizzano la liquidazione | | | |
| | 11.12 verifica corretto utilizzo conti | SS Bilancio | | | |
| | 12. Conservazione della documentazione | | | | |
| | 12.1 Documentazione fase 1 | SC Gestione acquisti | | | |
| | 12.2 Documentazione fasi 2-3-4 | SC Gestione acquisti | | | |
| | 12.3 Documentazione fasi 6, 8.2, 8.3 | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.4 Documentazione fasi 8.3 | Strutture che autorizzano la liquidazione | | | |
| | 12.5 Conservazione sostitutiva | SC Sistemi informativi - ICT | | | |
| Acquisizione di immobilizzazioni materiali e immateriali | | | | | |
| | 1. Programmazione fabbisogni ...: 1 PROPOSTE DECLINATE PER COMPETENZA, .2 APPROVAZIONE DAZ | SC Gestione acquisti | | | |
| | 1.A SW | SC Sistemi informativi - ICT | | | |
| | 1.B ATTEZZATURE SANITARIE | SC Ingegneria clinica | | | |
| | 1.C IMPIANTISTICA | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 1.2 APPROVAZIONE DAZ | Direzione aziendale | | | |
| | 2. Espletamento procedure di gara: | | | | |
| | ordini RD | SC Gestione acquisti | | | |
| | ordini UT | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 3. Inserimento del contratto e gestione anagrafiche fornitori e prodotti,secondo afferenza: | | | | |
| | ordini RD | SC Gestione acquisti | | | |
| | ordini UT | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 4. Emissione degli ordini di acquisto: | | | | |
| | RD | SC Gestione acquisti | | | |
| | UT | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 5. Ricevimento e accettazione dei beni /INVENTARIAZIONE | SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 6. Ricevimento della fattura | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7. Rilevazione del costo | | | | |
| | 7.1 CO.GE. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.2 CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 8. Controllo e autorizzazione al pagamento | | | | |
| | 8.1 liquidazione "automatica" SE APPLICABILE | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.2 liquidazione previo COLLAUDO | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.3 gestione contestazioni (con eventuale ulteriore declinazione secondo responsabilità) | SC Gestione acquisti | | | |
| | | Strutture che autorizzano la liquidazione | | | |
| | 9. Pagamento | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 10. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 11. Controlli periodici | | | | |
| | 11.1 controllo periodico ordini non evasi e dei movimenti di carico non collegati a fatture | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.2 controllo periodico fatture caricate senza ordine | SS Bilancio | | | |
| | 11.3 controllo incrociato fatture/note di credito da ricevere iscritte in bil. Es prec. e ft/nc registrate nell'es. | SS Bilancio | | | |
| | 11.4 quadratura dati presenti nei vari applicativi | SS Bilancio | | | |
| | 11.5 controllo debiti scaduti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.6 controllo saldo debiti (circolarizzazione) | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | 11.7 controllo periodico che la contabilizzazione entro i termini di legge | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.8 monit. costi sostenuti | SC Controllo di gestione | | | |
| | 11.9 analisi comparate | SC Controllo di gestione | | | |
| | 11.10 controllo di natura fiscale | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11.11 verifica avvenuta esecuzione procedure connesse agli acquisti in danno e penali contrattuali | | | | |
| | 11.11.1Acquisti in danno | SC Gestione acquisti | | | |
| | 11.11.2 Penali contrattuali | Strutture che autorizzano la liquidazione | | | |
| | 11.12 verifica corretto utilizzo conti | SS Bilancio | | | |
| | 12. Conservazione della documentazione | | | | |
| | 12.1 Documentazione fase 1 | SC Gestione acquisti | | | |
| | 12.2 Documentazione fasi 2-3-4 | SC Gestione acquisti | | | |
| | 12.3 Documentazione fasi 6, 8.2, 8.3 | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.4 Conservazione sostit. | SC Sistemi informativi - ICT | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acquisto di servizi sanitari e non sanitari | 1. Programmazione fabbisogni | | | | |
| | 1.1 PROPOSTA PIANO | Strutture identificate quali Gestori di spesa: SC Gestione acquisti, SC Tecnico patrimoniale, SC Sistemi informativi - ICT, SC Affari generali e altre strutture coinvolte | | | |
| | 1.2 Approvazione/autorizzazione) | Direzione aziendale | | | |
| | 2. Espletamento procedure di gara: | | | | |
| | 2.1 GARA | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 2.1 CONVENZIONE | SC Affari generali | | | |
| | 3. Inserimento del contratto e gestione anagrafica fornitori | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 4. Richiesta di acquisto da parte delle UO destinatarie : | | | | |
| | 4.1 richiesta | Strutture coinvolte | | | |
| | 4.2 approvazione | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 5. Emissione degli ordini di acquisto al fornitore (declinare) | | | | |
| | 5.1 Casi con ordine a preventivo non percorribile (ES. UTENZE) | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 5.2 casi con ordine a prev.: verifica coerenza disp. Bdg. | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 6. Verifica di corretta esecuzione del servizio (declinare:) | | | | |
| | 6.1 Verifica esecuzione serv. | Strutture coinvolte | | | |
| | 6.2 Esecuzione del ricevimento dell'ordine <i>Declinare CASISTICA</i> : | | | | |
| | 6.2.1 RD | SC Gestione acquisti | | | |
| | 6.2.2 UT | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | Ecc. per Altri tipi | Strutture coinvolte | | | |
| | 7. Ricevimento della fattura | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8. Rilevazione del costo | | | | |
| | 8.1 CO.GE. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8.2 CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 9. Controllo e autorizzazione al pagamento: | | | | |
| | 9.1 liquidazione "automatica" SE APPLICABILE | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.2 verifica dei prezzi | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 9.3 autorizzazione al pagamento | Strutture coinvolte | | | |
| | 9.4 invio eventuali contestazioni ai fornitori | Strutture coinvolte, SS Contabilità e flussi finaziari | | | |
| | 9.5 monitoraggio e gestione fatture non liquidate | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 10. Pagamento | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 11. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 12. Controlli periodici: | | | | |
| | 12.1 controllo ordini non evasi | SS Bilancio | | | |
| | 12.2 controllo fatture da ricevere senza ordine | SS Bilancio | | | |
| | 12.3 controllo incorciato ft/n da ric. Es. prec. e ft/nc registrate in corso d'anno | SS Bilancio | | | |
| | 12.4 controllo di quadratura e riconciliazione dati nei diversi applicativi | SC Controllo di gestione | | | |
| | 12.5 controllo debiti scaduti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.6 controllo saldo debiti (circularizzazione) | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.7 contabilizzazione entro i termini di legge | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.8 monitoraggio costi sostenuti | SC Controllo di gestione | | | |
| | 12.9 analisi comparate tot. Debiti e costi | SS Bilancio | | | |
| | 12.10 controlli fiscali | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 12.11 verifica procedure connesse a acquisti in danno e penalità contrattuali: | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale e altre strutture coivolte | | | |
| | 12.12.1 verifica corretto utilizzo conti, verifica sezionali, | SS Bilancio | | | |
| | 12.12.2verifica corretta alimentazione co.an | SC Controllo di gestione | | | |
| | 13. Conservazione della documentazione : | | | | |
| | 13.1 fasi da 1 a 6 | SC Gestione acquisti, SC Gestione tecnico patrimoniale | | | |
| | 13.2 fasi 7-10 | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 13.3 fasi 11 | SS Bilancio | | | |
| | | | | | |
| | 1. Riconoscimento del diritto e assegnazione del beneficio economico | ATS BERGAMO,SC Area accoglienza - CUP,Direzione aziendale e altre strutture coinvolte | | | |
| | 2. Controllo e autorizzazione al pagamento | ATS BERGAMO,SC Area accoglienza - CUP,Direzione aziendale e e altre strutture coinvolte | | | |
| | 3. Rilevazione del costo | SS Bilancio | | | |
| | 4. Pagamento | SS Bilancio | | | |
| | 5. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio, ATS BERGAMO,SC Area accoglienza - CUP,Direzione aziendale e altre strutture coinvolte | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Assegni, sussidi e contributi | 6. Controlli periodici: | | | | |
| | 6.1 controlli correttezza pagamenti effettuati ai beneficiari aventi diritto | SS Bilancio | | | |
| | 6.2 controlli inerenti le scritture di integrazione e rettifica di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 6.3 controlli di quadratura tra applicativi | SS Bilancio | | | |
| | 6.4 monitoraggio costi e budget | SS Bilancio | | | |
| | 6.5 monitoraggio utilizzo finanziamenti dedicati (DETTAGLIARE) | ATS BERGAMO,SC Area accoglienza - CUP,Direzione aziendale e altre strutture coinvolte | | | |
| | 6.6 analisi comparate | SS Bilancio | | | |
| | 6.7 verifica corretto utilizzo conti e sezionali | SS Bilancio | | | |
| | 6.8 controlli normativa anticorruzione e trasparenza | ATS BERGAMO,SC Area accoglienza - CUP,Direzione aziendale e altre strutture coinvolte | | | |
| | 7. Conservazione della documentazione | SS Bilancio, ATS BERGAMO, SC Area accoglienza - CUP, Direzione aziendale e altre strutture coinvolte | | | |
| Gestione del trattamento economico del personale dipendente | | | | | |
| | 1. Rilevazione delle presenze e delle assenze | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane / SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali - DAPSS | | | |
| | 2. Determinazione delle competenze stipendiali e relativi oneri | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 3. Controlli del processo di elaborazione dei cedolini | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 4. Elaborazione definitiva dei cedolini e autorizzazione al pagamento | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 5. Rilevazione dei costi e delle ritenute | | | | |
| | 5.1 CO.GE. | SS Bilancio | | | |
| | 5. 2 CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 6. Pagamento degli stipendi, delle ritenute fiscali e degli oneri contributivi e riflessi: | | | | |
| | | | | | |
| | 6.1 Flussi Sigma | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 6.2 pagamento ritenute e oneri | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 6.3 Regolarizzazione pagamenti eseguiti | SS Bilancio | | | |
| | 7. Rilevazioni di fine esercizio | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8. Controlli periodici: | | | | |
| | 8.1 quadratura coge./cedolini | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.2 controlli di merito... | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.3 Quadratura/riconciliazione... e verifica saldo | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.4 quadratura e riconciliazione finanziaria | SS Bilancio | | | |
| | 8.5 controlli corretta applicazione istituti retrib. Di risultato e di posizione | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.6 verifica corretta classif. Passiv. Debiti/costi e fondi/ acc.ti | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.7 verifica utilizzo fondi per oneri e rischi pers. Dip. | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.8 analisi comparate | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.9 controllo del rispetto debiti informativi: | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.10 controllo corretto utilizzo conti dedicati cont. Separata LP e sez. bil. | SS Bilancio | | | |
| | 8.11 controllo corretta applicazione normativa anticorruzione e trasparenza | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 9. Conservazione della documentazione | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato al lavoro dipendente | | | | | |
| | 1. Conferimento dell'incarico e gestione dell'anagrafica | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 2. Determinazione dei compensi e relativi oneri | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 3. Controlli del processo di elaborazione dei cedolini | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 4. Elaborazione definitiva dei cedolini e autorizzazione al pagamento | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 5. Rilevazione dei costi e delle ritenute | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 6. Pagamento dei compensi, delle ritenute fiscali e degli oneri contributivi e riflessi | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7. Rilevazioni di fine esercizio | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8. Controlli periodici: | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.1 quadratura coge./cedolini | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.2 controlli di merito... | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.3 Quadratura/riconciliazione... e verifica saldo | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.4 quadratura e riconciliazione finanziaria | SS Bilancio | | | |
| | 8.5 controlli corretta applicazione istituti retrib. Di risultato e di posizione | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.6 verifica corretta classif. Passiv. Debiti/costi e fondi/ acc.ti | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.7 verifica utilizzo fondi per oneri e rischi pers. Dip. | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.8 analisi comparate | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.9 controllo del rispetto debiti informativi: | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.10 controllo corretto utilizzo conti dedicati cont. Separata LP e sez. bil. | SS Bilancio | | | |
| | 8.11 controllo corretta applicazione normativa anticorruzione e trasparenza | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 9. Conservazione della documentazione | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | | | | | |
| | 1.1 Conferimento dell'incarico e | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 1.2 gestione dell'anagrafica | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 2. Ricevimento delle fatture/documenti di addebito | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale | 3. Rilevazione dei costi e delle ritenute | | | | |
| | 3.1 COGE | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 3.2 CO.AN | SC Controllo di gestione | | | |
| | 4. Controllo e autorizzazione al pagamento | Strutture sanitarie e non sanitarie | | | |
| | 5. Pagamento | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 6. Rilevazioni di fine esercizio | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7. Controlli periodici: | | | | |
| | 7.1 controllo coerenza fatture e previsioni contrattuali | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7.2 controllo ft/nc da ricevere es. prec e ft/nc registrate nel periodo | SS Bilancio | | | |
| | 7.3 controllo debiti scaduti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.4 agg.to periodico dati profilo fiscale lavoratore autonomo e incompatibilità/confitto interessi | | | | |
| | 7.4.1 incompatibilità/confitto interessi | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7.4.2 profilo fiscale | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.5 controllo e riconciliazione dati contabili | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.6 quadratura movim. finanziaria | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.7 analisi comparate periodiche | SS Bilancio | | | |
| | 7.8 controlli fiscali (IVA, IRPEF, RIT. ACC.TO, BOLLO | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 7.9 verifica corretto utilizzo conti | SS Bilancio | | | |
| | 7.10 controlli normativa anticorruzione e trasparenza | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8. Conservazione della documentazione | | | | |
| | 8.1 Gestione e sviluppo delle risore umane | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.2 CFF | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| Gestione del contratto di somministrazione lavoro (ex lavoro interinale) | 1. Richiesta di attivazione della fornitura | | | | |
| | 1.1 richiesta | Strutture sanitarie e non sanitarie | | | |
| | 1.2 verifica e autorizzazione | Direzione aziendale | | | |
| | 2. Gestione del contratto di fornitura | SC Gestione acquisti | | | |
| | 3. Rilevazione delle presenze e delle assenze | | | | |
| | 3.1....Gestione e sviluppo delle risore umane | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 3.2.....DAPSS | SC Direzione medica | | | |
| | 4. Ricevimento delle fatture | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 5. Rilevazione del costo | | | | |
| | 5.1 CO.GE. | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 5.2 CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 6. Controllo e autorizzazione al pagamento | SC Gestione acquisti | | | |
| | 7. Pagamento | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 8. Rilevazioni di fine esercizio | SS Bilancio | | | |
| | 9. Controlli periodici: | | | | |
| | 9.1 controllo ordini non evasi | SS Bilancio | | | |
| | 9.2 controllo fatture da ricevere senza ordine | SS Bilancio | | | |
| | 9.3 controllo incrociato ft/n da ric. Es. prec. e ft/nc registrate in corso d'anno | SS Bilancio | | | |
| | 9.4 controllo di quadratura e riconciliazione dati nei diversi applicativi | SC Controllo di gestione | | | |
| | 9.5 controllo debiti scaduti | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.6 controllo saldo debiti (circularizzazione) | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.7 contabilizzazione entro i termini di legge | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.8 monitoraggio costi sostenuti | SC Controllo di gestione | | | |
| | 9.9 analisi comparate tot. debiti e costi | SS Bilancio | | | |
| | 9.10 controlli fiscali | SS Contabilità e flussi finanziari | | | |
| | 9.11 verifica procedure connesse a acquisti in danno e penalità contrattuali: | | | | |
| | 9.11.1 acquisti in danno | SC Gestione acquisti | | | |
| | 9.11.2 penalità contrattuali | Strutture coinvolte | | | |
| | 9.12.1 verifica corretto utilizzo conti, verifica sezionali, | SS Bilancio | | | |
| | 9.12.2verifica corretta alimentazione co.an | SC Controllo di gestione | | | |
| | 10. Conservazione della documentazione | Strutture coinvolte | | | |
| | 1. Conferimento dell'incarico e gestione dell'anagrafica | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 2. Gestione del percorso amministrativo-contabile relativo alla parte fissa del compenso | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 3. Gestione del percorso amministrativo-contabile relativo alla parte variabile del compenso | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 4. Determinazione delle competenze stipendiali e relativi oneri | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 5. Controlli sul processo di elaborazione delle competenze stipendiali | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 6. Elaborazione definitiva delle competenze stipendiali e autorizzazione al pagamento | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 7. Rilevazione dei costi e delle ritenute: | | | | |
| | CO.GE. | SS Bilancio | | | |
| | CO.AN. | SC Controllo di gestione | | | |
| | 8. Pagamento delle competenze stipendiali, delle ritenute fiscali e degli oneri contributivi e riflessi | | | | |
| | 8.1 pagamenti netti da Flussi sigma | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.2 versamento ritenute fiscali e oneri riflessi | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 8.3 regolarizzazione pagamenti | SS Bilancio | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Gestione del trattamento economico del personale convenzionato | 9. Rilevazioni di fine esercizio | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10. Controlli periodici: | | | | |
| | 10.1 quadratura singole competenze contabilizzate nel sistema di co.ge. | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.2 controlli consistenza debiti v pers. Conv., debiti v/enti assic., enti previd., erario | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.3 verifiche a campione coerenza determinanti compensi e compensi liquidati | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.4 quadratura/riconciliazione deb. Pers. Conv. Es prec e pagato es. in corso | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.5 quadratura movim. finanz.e variazione dei debiti | SS Bilancio | | | |
| | 10.6 verifica corretta classificazione passività debiti/costi, fondi/acc.ti | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.7 verifica dell'utilizzo fondi per oneri e rischi relativi a personale convenzionato | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.8 analisi comparate costi periodo corrente, anno prec, bil. Di previsione | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.9 Controllo del rispetto debito informativo | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 10.10 Verifica: | | | | |
| | 1.corretto utilizzo conti dei sezionali di bilancio | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 2.verifica corretta alimentazione co.an. | SC Controllo di gestione | | | |
| | p | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 11. Conservazione della documentazione | | | | |
| | 11.1 Documentazione Gestione e sviluppo delle risorse umane | SC Gestione e sviluppo delle risorse umane | | | |
| | 11.2 Documentazione Contabilità e Bilancio | SS Bilancio | | | |

SC Dipendenze

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|--|---|--|--|-------------------------|---|
| | Valutazione multidisciplinare Approfondimento diagnostico sui requisiti clinici e legali per l'accesso alle misure alternative Definizione del programma terapeutico ed attestazione di idoneità | Presa in carico e valutazione multidisciplinare. | Medico, psicologo assistente sociale, infermiere | Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio da parte un utente da sottoporre alla valutazione e presa in carico per ottenere la formulazione di una diagnosi falsa. | basso | Condivisione del processo di presa in carico all'interno dell'equipé multidisciplinare Valutazione multidisciplinare assegnata ai componenti/team terapeutico; Condivisione percorso di cura con il paziente; Registrazione di tutte le attività e decisioni nel FASAS; Rotazione del personale; Verifica delle procedure di riferimento; Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipé; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione. |
| | | | | Concussione da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio nei confronti del paziente da sottoporre a valutazione per la formulazione di una diagnosi falsa o non formulazione di una diagnosi. | | |
| | | Segnalazioni per violazione art. 75 DPR 309/90. Valutazione diagnostica multidimensionale. Progetto terapeutico condiviso Valutazione e comunicazione esiti | Responsabile SS SERD e operatori di riferimento: medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, amministrativi | Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte di un pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso un soggetto segnalato per modificare i criteri di valutazione ai sensi dell'art. 75 ai fini di ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie. | medio | Valutazione multidisciplinare e valutazione ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90 assegnato ai componenti di tutta l'équipe in modo da implementare la condivisione del caso e dei correlati controlli. Condivisione della comunicazione alla Prefettura di riferimento dell'esito degli stessi. Rotazione ed assegnazione sulle agende . Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipé; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione. Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. |
| | | | | 2) Abuso d'ufficio da parte dei un pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso un soggetto segnalato onde modificare i criteri di valutazione ai sensi dell'art. 75 per ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie | medio | |
| | Definizione degli interventi in ambito dell'esecuzione penale | Valutazione multidisciplinare Approfondimento diagnostico sui requisiti clinici e legali per l'accesso alle misure alternative Definizione del programma terapeutico ed attestazione di idoneità | Responsabile SS SERD medico, psicologo, assistente sociale, infermiere | 1) Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a valutazione per assenza di utilizzo di sostanze od alcol | medio | Condivisione del processo di valutazione e delle comunicazioni all' interno dell'equipé multidisciplinare e con il diretto interessato; Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipé; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Conoscenza della normativa specifica ai sensi del DPR 309/90 e s.m.i.; Rotazione del personale. |
| | | | | 2) Corruzione per l'esercizio della funzione del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | medio | |
| | | | | 3) Concussione da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | medio | |
| | | | | 4) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità | medio | |
| | | | | 5) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di assenza di utilizzo di sostanze od alcol. | medio | |

| | | | | | | |
|------------------------|---|---|--|--|-------|--|
| Dipendenze da sostanze | Inserimento e trattamento di persone tossicodipendenti e alcol dipendenti in strutture Residenziali e SemiResidenziali regionali ed extra regionali accreditate per l'area delle dipendenze | Ricerca della struttura R o SR in base alla tipologia di servizi nel panorama della normativa regionale. Certificazioni per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali | Medico, psicologo, assistente sociale per la responsabilità della valutazione multidimensionale del bisogno Medico SS SERD redige il certificato di alcol dipendenza o tossicodipendenza Responsabile SS SERD convalida la relazione di inserimento e firma la certificazione. | 1- Scelta discrezionale della struttura R e /o SR; 2- Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di assenza di utilizzo di sostanze od alcol. | medio | Inserimento in strutture R e SR come da procedure; Implementazione del data base dei dinieghi da parte delle strutture R e SR; Verifica tempi di attesa delle singole strutture per l'ingresso; Conoscenza del codice di comportamnto aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Conoscenza della normativa specifica; Rotazione del personale; Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. |
| | Gestione dell'ambulatorio per le terapie farmacologiche compresi i farmaci in Tabella IIA D.Lgs. 49/2006 . | Approvvigionamento Carico Scarico Conservazione Prescrizione terapie farmacologiche . | Il Responsabile Medico UOOSS Ser.D firma le richieste di farmaci stupefacenti e sostanze psicotrope, compilando il buono di richiesta ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 309/90 e convalida a carico del Dirigente di Presidio Il Responsabile Medico di UU.OO.SS.SERD è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra le giacenze | 1) Peculato (sottrazione) delle sostanze, anche attraverso artifici. | medio | Rotazione del personale; Verifica delle procedure di riferimento; Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipé; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. |
| | | | | 2) Spaccio di cui all'art. 73 del DPR n 309/1990 o comunque sottrazione della sostanza, anche attraverso artifici, per trarne profitto. Anche per interposta persona (tramite cessione della sostanza). | medio | |
| | Prelievo, conservazione, trasporto e consegna dei campioni per la ricerca di metaboliti delle sostanze di abuso su matrici biologiche per esame tossicologici a valenza medico legale | Accertamenti di non tossico o alcol dipendenza per privati Accertamenti di Il livello su lavoratori con mansioni a rischio Accertamenti richiesti dalla Commissione Medica per le Patenti di Guida; Accertamenti richiesti per personale militare specificatamente indicati nel bando di arruolamento; Accertamenti a valenza medico- legale ai fini del rilascio del porto d'armi. | Il medico SC/SS. È responsabile della prescrizione degli accertamenti. L'infermiere è responsabile della raccolta, confezionamento, conservazione e invio campioni | 1) Concussione da parte dell'incaricato di pubblico servizio verso l'utente che si sottopone ad indagine tossicologica ai fini del rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare onde ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | basso | Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto; Attività come da procedure; Monitoraggio, da parte del Responsabile SS SERD e del coordinatore infermieristico, della modalità di esecuzione della raccolta dei campioni, del pagamento degli stessi (ove previsto) e della consegna dei referti laboratoristici; Rotazione del personale impiegato; Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipé; Conoscenza del codice etico aziendale; Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione. |
| | | | | 2) Corruzione per l'esercizio della funzione dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente che si presenta ai servizi per una indagine tossicologica finalizzata al rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare per l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | basso | |
| | | | | 3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente da sottoporre ad indagine tossicologica per il rilascio della patente o del porto d'armi o per il distretto militare per ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare. | basso | |
| | | | | 4) Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per il rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare. | basso | |
| | | Accertamenti tossicologici per valutazione diagnostica Accertamenti tossicologici di monitoraggio per procedimenti legali | | 1) Concussione da parte dell'incaricato di pubblico servizio verso l'utente che si sottopone ad indagine tossicologica ai fini della definizione del programma terapeutico ed attestazione di idoneità nell'area penale onde ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. 2) Corruzione per l'esercizio della funzione dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente che si presenta per una indagine tossicologica finalizzata al rilascio del programma terapeutico ed attestazione di idoneità nell'area penale onde ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare. 3) Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per il rilasciodel programma terapeutico ed attestazione di idoneità nell'area penale | basso | |

SC Direzione medica

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | Responsabile fase | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|------------------------|---|---|--|--|-------------------------|--|
| Attività ambulatoriale | Richiesta di prestazione ambulatoriale | La prestazione è prescritta su ricettario regionale dal medico curante o dallo specialista. La prenotazione avviene tramite agende elettroniche configurate nell'applicativo aziendale dedicato. Ogni agenda è attivata su proposta della SC interessata e approvata dalla Direzione Medica. L'apertura delle agende avviene tramite il CUPS. E' disponibile uno specifico modulo per l'apertura dove sono raccolte le caratteristiche e i privilegi di accesso e prenotabilità dell'agenda stessa (prenotabilità da Call Center Regionale, via web, Farmacie oppure prenotabilità da CUPS o direttamente dall'ambulatorio). | Multipla: Medico prescrittore Direzione Medica CUPS SC | Richiesta o offerta di pagamento per la prescrizione e/o per l'indicazione di priorità non giustificata al fine di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità o al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa | basso | 1) Verifica a campione delle prestazioni erogate per valutare la presenza di criteri di priorità. 2) Verifica sulle prestazioni generate in corso di libera professione non registrate come solvenza (incrocio pap test prescritti da specialista rispetto alle visite SSN) 3) Prestazioni richieste con priorità prenotabili esclusivamente tramite il CUPS |
| | Visita/prestazione diagnostica terapeutica | Il Professionista: • Valuta l'appropriatezza della richiesta • Sottopone il consenso informato e conserva documentazione • Effettua valutazione clinica iniziale comprensiva di un'anamnesi e di un esame obiettivo coerentemente con i criteri previsti dalla politica aziendale • Esegue la prestazione sanitaria • Esegue / richiede eventuali approfondimenti diagnostici • Prescrive prestazioni relative agli accessi successivi ed eventualmente prenota • Prescrive, se necessario, terapia farmacologica in caso di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (oncologici ad alto costo) o nel caso di farmaci con ritiro presso la farmacia delle dimissioni | Specialista Professionista Sanitario (fisioterapista, infermiere, ostetrica, ortottista, dietista, ecc.) | Acconsentire a richiesta inappropriata, registrare prestazioni non eseguite, fare eseguire esami impropri al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danno | basso | Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dall'ATS. |
| | | | | 2) Nell'ambito dell'attività ambulatoriale l'operatore attua pressioni, anche psicologiche, (es. prospettando, in caso d'urgenza, liste d'attesa molto lunghe) sull'utenza col fine di indirizzarla verso attività libero professionale o presso altra struttura. | basso | Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali. |
| | | | | L'operatore indirizza l'utenza verso determinate terapie col fine precipuo di favorire una casa farmaceutica o fornitore, garantendosi un tornaconto diretto o indiretto. | basso | Controlli a campione sulla congruenza delle prescrizioni di farmaci |
| | | | | L'operatore effettua prestazioni non registrate al fine di percepire indebitamente compensi o altre utilità non dovute. | basso | Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali. |
| | Chiusura prestazione | Il personale sanitario, per le proprie competenze: • Redige referto conclusivo, con le indicazioni necessarie, contestualmente o in modo differito, a seconda delle tipologie di prestazioni. • In ogni caso rilascia documento di eseguita prestazione, al termine della prestazione stessa. • Prescrive e prenota eventuale follow up. • Rilascia eventuale piano terapeutico e certificazione per l'esenzione e certificato di presenza alla visita. • Può procedere ad eventuale ricovero in urgenza, nel qual caso verrà annullata la pratica amministrativa della prestazione ambulatoriale erogata. Se il ricovero avviene in Azienda diversa la prestazione ambulatoriale non deve essere annullata. • Se eseguita prestazione aggiuntiva/sostitutiva, il medico redige una nuova impegnativa su ricettario SSN ed invita il paziente a recarsi allo sportello CUPS attivo per la accettazione amministrativa e pagamento aggiunto, se dovuto. • Se non eseguita prestazione o eseguita parzialmente, il medico ne dà spiegazione nel referto e invita il paziente a recarsi allo sportello di accettazione attivo, per la modifica della pratica amministrativa e per l'eventuale rimborso, se dovuto. • Chiude la cartella ambulatoriale e la consegna per l'archiviazione. • Riconsegna eventuale documentazione dell'utente. | Specialista Professionista Sanitario (fisioterapista, infermiere, ostetrica, ortottista, dietista, ecc.) | 1) Avvio del paziente al ricovero o ad altra prestazione impropria presso l'Azienda o presso Struttura di altro Ente al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danno | basso | Si fa riferimento al percorso del ricovero e ai controlli attivati per la Lista d'Attesa informatizzata dei Ricoveri (LAR). |
| | Rendicontazione, validazione e invio flussi | La rendicontazione e la validazione dei dati sono effettuate dai Sistemi Informativi, che inviano il flusso 28SAN in Regione, per il riconoscimento economico, secondo le procedure interne. | ITC | 1) Alterazione da parte di persona non avente diritto, dei dati delle prestazioni erogate in fase di rendicontazione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante per procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danno | basso | 1) Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dall'ATS 2) Ricetta elettronica |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | 2) Alterazione da parte di persona non avente diritto dei dati inseriti nei flussi informativi di attività prima del loro invio in Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante per procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno. | basso | |
| Gestione liste d'attesa | La prestazione è prescritta su ricettario regionale dal medico curante o dallo specialista che inserisce al priorità della prestazione (U - Urgente Differibile entro 72 ore; B - entro 10 giorni; D - Differibile entro 30 giorni (visite) entro 60 giorni (strumentali). La prenotazione avviene tramite agende elettroniche configurate nell'applicativo aziendale dedicato. Le agende sono suddivise per priorità. La prenotazione sulle agende di priorità è consentita solo al CUPS e al personale amministrativo del Call Center Regionale. I volumi di attività sono discussi in contrattazione di budget e modulati | Operatore CUPS SC Direzione Medica | Favorire liste d'attesa medio/lunghe del SSN al fine di instradare l'utenza verso attività libero professionale o altra struttura. | basso | 1) Controlli sui volumi SSN e LP 2) Differenziazione agende di priorità 3) Monitoraggio nell'utilizzo delle agende di priorità 4) Prestazioni richieste con priorità prenotabili esclusivamente tramite il CUPS | |
| | | | Manipolare le liste d'attesa per favorire un terzo, senza giustificazione, e garantendosi un ingiusto profitto o altra utilità. | basso | | |

SC Direzione medica

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | RESPONSABILE DEL PROCESSO | FASE | DESCRIZIONE FASE | RISCHIO SPECIFICO DEL PROCESSO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|---|-----------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------------|---|
| Pre e ricovero | Richiesta di ricovero | medico | Richiesta di ricovero | Ricovero programmato (con richiesta di ricovero del Medico di Assistenza Primaria o da un Medico specialista dell'Azienda, Paziente proviene in trasferimento da altre Unità Strutturale (US) intra ospedaliera, Paziente proviene in trasferimento da altre strutture extra ospedaliere). Il ricovero ordinario programmato, anche in LP, richiede una fase di prenotazione con inserimento in lista d'attesa del paziente, secondo le priorità definite. | 1) Favorire in modo improprio il ricovero del richiedente e non rispettare la lista di attesa al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa. | basso | Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. I ricoveri programmati sono inseriti in una lista informatizzata (LAR). Ogni pratica non urgente presenta la data di prenotazione e la classe di priorità del ricovero. I ricoveri urgenti provengono dal PS o trasferiti da altre strutture. Mensilmente viene effettuata una rilevazione ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero su prestazioni selezionate secondo le indicazioni di RL. |
| | | medico | | Ricovero Urgente (dal Pronto Soccorso, con richiesta urgente di ricovero del Medico di Assistenza Primaria, Paziente ambulatoriale noto con aggravamento/complicanze, Presentazione diretta di paziente noto con aggravamento/complicanze, Paziente proviene in trasferimento da altre strutture extra ospedaliere) | 2) L'operatore attua pressioni, anche psicologiche, (es. prospettando, in caso d'urgenza, liste d'attesa molto lunghe) sull'utenza col fine di indirizzarla verso attività libero professionale o presso altra struttura. | basso | Regolamento L.P. Monitoraggio TdA ricoveri LP. |
| | Visita medica e valutazione ricovero | medico/infermiere ostetrico | Visita medica e valutazione ricovero | Il Sanitario, dopo aver verificato che la persona assistita (e/o il suo rappresentante legale / il fiduciario) abbia compreso i benefici, i rischi, le possibili alternative e le conseguenze della non effettuazione dell'atto sanitario proposto, chiede all'assistito o chi ne faccia le veci (legale rappresentante / fiduciario) di esprimere il consenso / rifiuto agli atti sanitari, documentando il tutto per iscritto o con videoregistrazioni e/o con specifici ausili. Il consenso / non consenso è da raccogliere in forma scritta, utilizzando gli appositi moduli aziendali | 1) Mancato rispetto della procedura di somministrazione del consenso informato. | basso | Definita procedura PSp1PG3MQ7. Monitoraggio nell'ambito dei controlli a campione della cartella clinica sulla completezza. |
| | | medico/infermiere ostetrico | | All'accoglienza l'infermiere-ostetrico fornisce al paziente informazioni sulla struttura e sulle norme comportamentali da seguire durante il ricovero e consegna la lettera di presentazione del personale di reparto per le funzioni e i ruoli, e viene comunicato il nominativo del Medico a cui dovrà fare riferimento durante tutta la durata del ricovero; l'infermiere-ostetrico che accoglie il paziente deve identificarlo in modo attivo e somministrare il modulo per l'acquisizione del consenso privacy. La fase di accoglienza prevede l'assegnazione della camera di degenza: il posto letto è assegnato tenendo conto. Contestualmente all'accesso gli infermieri-ostetrici registrano i dati di tutti i degenti tramite software di Accettazione Dimissione e Trasferimento (ADT). | 2) Sistemazione alberghiera riservata senza regolare formalizzazione al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa. | basso | Procedure informatizzate di gestione del posto letto. |
| | Valutazione quotidiana pazienti. Gestione piano diagnostico terapeutico assistenziale | medico/infermiere ostetrico | | L'assistenza e le cure di ogni paziente sono pianificate dal referente medico, infermieristico, ostetrico e da altri professionisti sanitari entro 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero (rif. AOP). La valutazione iniziale comprende la visita del paziente e la prima valutazione dei bisogni clinico/assistenziali. Ogni UO programma e organizza l'attività di valutazione programmata ai pazienti ricoverati e ne dà comunicazione ai pazienti stessi. Obiettivo è la valutazione congiunta tra i diversi operatori sanitari del paziente con la definizione di un piano di cura a breve e medio termine. Giornalmente deve essere pianificato almeno una valutazione congiunta del paziente condotta dal medico e dall'infermiere-ostetrico Tutte le rilevazioni e le prescrizioni diagnostiche effettuate dal medico durante le visite vengono registrate nella cartella clinica apponendo data, ora e nome del medico (o su programma informatizzato dove presente) | 1) Favorire l'esecuzione di indagini presso Struttura esterna. | basso | Gestione informatizzata richieste per Laboratori Diagnostica. |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|---|--|---|--|-------|--|
| | | medico/infermiere ostetrico | | Il medico provvede alla prescrizione della terapia su foglio unico di terapia di norma informatizzata. Il personale infermieristico-ostetrico provvede alla somministrazione della terapia indicata dal medico e registra inoltre l'avvenuta somministrazione. Le prescrizioni terapeutiche sono prescritte sul programma informatizzato FARMASAFE. Il problema dell'equivalenza tra farmaci è gestito all'interno dell'Azienda tramite il concetto di "farmaco virtuale" (sistema di codifica del farmaco) | 2) Utilizzo improprio di prodotti farmaceutici al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa. | basso | Procedura di prescrizione e somministrazione informatizzata dei farmaci - controlli UOC Farmacia. |
| | | medico/infermiere ostetrico | | I documenti e le informazioni riportate in CC devono rispondere ai criteri di Rintracciabilità, Chiarezza, Accuratezza, Veridicità, Pertinenza, Completezza | 3) Alterazione artificiosa dei contenuti della documentazione clinica ai fini assicurativi al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui. | basso | Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. Controlli a campione mirati sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dall'ATS. |
| Dimissione | | medico/centrale dimissioni protette | | La dimissibilità del paziente è determinata in base all'utilizzo di criteri specifici di ogni US o indicazioni a garanzia della sicurezza del paziente. Laddove opportuno il processo di dimissione deve avvenire all'inizio del percorso di cura. Si fa riferimento alle procedure operative della Centrale Dimissioni Protette. | 1) Indirizzare il trasferimento presso un'altra struttura al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui | basso | Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. Registrazione informatica dimissioni e invio lettera dimissione al SISS. Informazione e formazione ai dirigenti medici referenti SDO. Controlli a campione sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero : controlli interni e controlli esterni eseguiti di norma dalla ATS. |
| | | medico | | Al momento della dimissione il medico predispone la lettera di dimissione che viene consegnata al paziente spiegando la diagnosi, l'eventuale percorso terapeutico suggerito a domicilio ed il successivo follow-up. Una copia della lettera di dimissione è archiviata nella cartella clinica e deve contenere le informazioni previste In concomitanza con la dimissione o in un momento successivo; laddove necessario il medico compila la SDO | 2) Codifica SDO con indicazione diagnosi o procedure complicanti il ricovero, omissione codifica procedura al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui. | basso | |
| Validazione e invio flussi | | ufficio flussi/DM(ufficio doc clinica) | | Vengono effettuati, con cadenza semestrale, da parte dell'ufficio documentazione clinica autocontrolli interni relativi alla congruenza della documentazione di ricovero e controlli da parte dell'ente istituzionale deputato (NOCE – ATS di Bergamo) | 1) Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività (codifiche ICD9-CM inseriti nella codifica SDO) prima del loro invio in Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante e procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danni. | basso | Controlli formali dei flussi informativi da parte del SIO e controlli a campione sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dalla ATS. Informazione e formazione ai dirigenti medici referenti SDO. |
| Gestione liste d'attesa | | medico/DM/ufficio flussi | | Tutti i ricoveri programmati presentano in fase di rendicontazione il campo compilato: data di prenotazione e classe di priorità, mensilmente la DM monitora le prestazioni definite dalla RL con il supporto dei dati forniti dal SIO e invia a direttori/responsabili UO la richiesta di motivazioni, ove necessario, che giustificano l'eventuale superamento dei tempi massimi di attesa secondo la normativa vigente. Al fine di garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste | 1) Favorire liste d'attesa medio/lunghe del SSN al fine di instradare l'utenza verso attività libero professionale o altra struttura. | basso | Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. I ricoveri programmati sono inseriti in una lista informatizzata (LAR). Ogni pratica non urgente presenta la data di prenotazione e la classe di priorità del ricovero. I ricoveri urgenti provengono dal PS o trasferiti da altre strutture. Mensilmente viene effettuata una rilevazione ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero su prestazioni selezionate secondo le indicazioni di R.L. |
| | | medico/DM | | Il Piano Aziendale Operativo rappresenta lo strumento di programmazione e governo da parte della Azienda di eventuali conflitti di interesse nell'esercizio della LPI da parte dei professionisti. | 2) Manipolare le liste d'attesa per favorire un terzo, senza giustificazione, e garantendosi un ingiusto profitto o altra utilità. | basso | Regolamento L.P. Monitoraggio TdA ricoveri LP. |

SC Farmacia

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|----------|--------------------|--|-------------------------------|---|-------------------------|---|
| | | Approvvigionamento | Controllo sotto-scorta prodotti a giacenza magazzino e proposta d'ordine | SC FARMACIA | 1) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit, autovalutazioni e inventari presso le Unità. |
| | | | Predisposizione Proposta d'ordine (farmaci non a giacenza) | PRESCRITTORE | | | |
| | | | Verifica e autorizzazione Proposta d'ordine (farmaci non a giacenza) | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione dei farmaci attraverso Prontuario Terapeutico Ospedaliero e per principio attivo. Avanzamento delle richieste fuori prontuario previa verifica della impossibilità di sostituzione con un prodotto analogo in prontuario e valutazione dell'appropriatezza e dell'impatto economico. Puntuale applicazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi (vedi Del. 1334 del 25/07/2019) |
| | | | | | 2) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit, autovalutazioni e inventari presso le Unità. |
| | | | Predisposizione Proposta d'ordine (reattivi, diagnostici e materiale di consumo per uso laboratorio) | PRESCRITTORE | | | |
| | | | Autorizzazione Proposta d'ordine (reattivi, diagnostici e materiale di consumo per uso laboratorio) | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Analisi periodiche dei consumi con rilevazione di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit, autovalutazioni e inventari presso le Unità. |
| | | | | | 2) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Analisi periodiche dei consumi con rilevazione di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit, autovalutazioni e inventari presso le Unità. |
| | | | Ordine | SS GESTIONE ACQUISTI SANITARI | | | |
| | | Stoccaggio | Ricezione | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abiitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Registrazione e gestione delle non conformità in caso di incongruenze quali-quantitative. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Carico a magazzino | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abiitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Registrazione e gestione delle non conformità in caso di incongruenze quali-quantitative. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | | | 2) Caricare nell'applicativo una quantità inferiore al ricevuto | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abiitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello | SC FARMACIA | 1) Sottrarre beni aziendali o indurne volontariamente il deterioramento per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Ad ogni prodotto è associata la coordinata di magazzino (ubicazione) che tiene conto delle modalità di conservazione del bene; l'accesso alle aree di stoccaggio è limitato al personale autorizzato che garantisce la sorveglianza; nel rispetto della normativa cogente, alcuni farmaci sono stoccati in locali/armadi chiusi a chiave; tutte le operazioni di stoccaggio sono tracciate. Sono installate apparecchiature di videosorveglianza collegate con la centrale allarmi aziendale ed è attiva la sorveglianza delle Guardie Giurate. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|-------|---|
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO (ambito ospedaliero) | | Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (Unità) | Strutture/CdC | | | |
| | | Distribuzione (movimentazione dei beni) | Richiesta di prelievo | Strutture/CdC | | | |
| | | | Preparazione | SC FARMACIA | 1) Non rispettare la priorità di arrivo di una richiesta per favorire un determinato centro di costo. | basso | Nella Specifica del Servizio Fornito della Farmacia sono dichiarati gli standard e i tempi massimi di evasione delle richieste. La gestione informatizzata tramite software aziendale consente di rilevare eventuali incongruenze temporali. |
| | | | | | 2) Decremento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza. | basso | Il materiale farmaceutico sanitario è sempre accompagnato da documenti di consegna, siglati dall'allestitore, che consentono al ricevente di verificare la congruità quali-quantitativa tra richiesto/ricevuto. In caso di incongruenze viene segnalata la non conformità. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Consegna | DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | Gestione scadenze e prestiti | Verifica delle scadenze | Strutture/CdC | | | |
| | | | | SC FARMACIA | 1) Falsa dichiarazione di scadenza per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Al momento del ricevimento, il lotto e la scadenza di tutti i prodotti a giacenza e delle materie prime e dei prodotti che richiedono assunzione di responsabilità utilizzate per l'allestimento dei preparati galenici vengono registrati in apposito software. Lo stoccaggio dei prodotti avviene in conformità al principio First Expired First Out (il prodotto che scade prima è il primo ad essere utilizzato). Mensilmente viene effettuato il controllo delle scadenze dei prodotti a magazzino e viene favorito l'utilizzo dei prodotti con scadenza ravvicinata, o nel caso si tratti di prodotti consegnati con validità > ai 2/3, viene chiesto il rimborso alla ditta fornitrice. Vengono effettuati inventari semestrali presso le Unità il cui esito è pubblicato nella rete intranet. |
| | | | Prestiti in entrata | SC FARMACIA | 1) Attivare un prestito immotivato per favorire l'Azienda che cede il bene e/o il fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista. |
| | | | Prestiti in uscita | SC FARMACIA | 1) Riduzione delle scorte per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista richiedente e autorizzata dal Farmacista UOS Farmacoeconomia e Logistica del Farmaco. |
| | | | | | 2) Favorire l'Azienda richiedente agevolandone l'approvvigionamento e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista richiedente e autorizzata dal Farmacista UOS Farmacoeconomia e Logistica del Farmaco. |
| | | | | | 3) Mancato recupero del prestito o dello specifico prodotto (restituzione pari valore) e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista richiedente e autorizzata dal Farmacista UOS Farmacoeconomia e Logistica del Farmaco. |
| | | | Smaltimento | SC FARMACIA | 1) Eliminazione di prodotti non scaduti/deteriorati per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Mensilmente viene effettuato il controllo delle scadenze dei prodotti a magazzino, i farmaci scaduti/deteriorati presso il magazzino di I livello sono scaricati nel gestionale informatico con apposita causale. I farmaci scaduti/deteriorati presso le Unità vengono restituiti alla Farmacia accompagnati da apposito modulo debitamente compilato e firmato dal Coordinatore. Presso la Farmacia tutti i farmaci resi scaduti dalle Unità sono registrati informaticamente in apposito file. Lo smaltimento avviene secondo la procedura aziendale PG6MQ6 "Trattamento rifiuti". |
| | | Attività di informazione scientifica presso l'A.S.S.T. | Informazione | PRESCRITTORE | | | |
| | | Attività di informazione scientifica presso SC Farmacia | Informazione | SC FARMACIA | 1) Favorire la prescrizione dei farmaci al fine di ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | L'accesso degli informatori è regolamentato. Per favorire la trasparenza, ogni settimana è organizzato un incontro presso la Farmacia i cui le Aziende possono presentare i propri prodotti ("spazio aperto"). |

SC Farmacia_ dispositivi medici

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|----------|--------------------|--|--|--|-------------------------|---|
| | | Approvvigionamento | Controllo sotto-scorta dispositivi medici a giacenza magazzino e predisposizione proposta d'ordine | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Verifica e autorizzazione proposta d'ordine <i>(dispositivi medici a giacenza)</i> | SC Farmacia | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Eventuali deroghe e/o sostituzioni devono essere motivate. |
| | | | | | 2) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Eventuali modifiche alla proposta sono motivate dal Farmacista che deve comunicare al proponente e alla SS Gestione Acquisti Sanitari. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni struttura sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit e inventari presso il magazzino externalizzato e presso le Unità. |
| | | | Predisposizione Proposta d'ordine <i>(dispositivi medici non a giacenza)</i> | Prescrittore | | | |
| | | | Verifica e autorizzazione Proposta d'ordine (dispositivi medici non a giacenza) | SC Farmacia | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione dei dispositivi medici attraverso Repertorio Ospedaliero. Avanzamento delle richieste fuori repertorio previa verifica della impossibilità di sostituzione con un prodotto analogo in repertorio o precedentemente acquisito, valutazione dell'appropriatezza e dell'impatto economico. Per prodotti nuovi esclusivi si attiva la Commissione Dispositivi Medici ad alto costo. Puntuale applicazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi (vedi Del. 1334 del 25/07/2019) |
| | | | | | 2) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Eventuali modifiche alla proposta devono essere autorizzate dal proponente che verifica in fase di ricezione. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit e inventari presso le Unità. |
| | | | Ordine | SS Gestione acquisiti sanitari | | | |
| | | Stoccaggio | Ricezione | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Carico a magazzino | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|-------|--|
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Selezione e monitoraggio dei dispositivi medici e allestimento kit monointervento per sale operatorie | | Conservazione dei beni presso il magazzino di II livello (Farmacia Sale Operatorie) | SC Farmacia | 1) Sottrarre beni aziendali o indurne volontariamente il deterioramento per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Ad ogni prodotto è associata la coordinata di magazzino (ubicazione) che tiene conto delle modalità di conservazione del bene; l'accesso alle aree di stoccaggio è limitato al personale autorizzato che garantisce la sorveglianza; tutte le operazioni di stoccaggio sono tracciate. Sono installate apparecchiature di videosorveglianza collegate con la centrale allarmi aziendale ed è attiva la sorveglianza delle Guardie Giurate. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (Unità) | | | | |
| | | Distribuzione (movimentazione dei beni) | Richiesta di prelievo | Struttura/CdC | | basso | |
| | | | Preparazione dispositivi medici | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Preparazione kit sale operatorie | SC Farmacia | 1) Decremento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza. | basso | La distribuzione del materiale farmaceutico sanitario è sempre accompagnata da documenti di consegna che consentono al ricevente di verificare la congruità quali quantitativa tra richiesto/ricevuto. In caso di incongruenze viene segnalata la non conformità. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Consegna dispositivi medici e kit sale operatorie | | | | |
| | | Gestione scadenze e prestiti | Verifica delle scadenze (dispositivi medici) | Struttura/CdC | | | |
| | | | | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Verifica delle scadenze (Farmacia Sale Operatorie) | Struttura/CdC | | | |
| | | | | SC Farmacia | 1) Falsa dichiarazione di scadenza per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Lo stoccaggio dei prodotti avviene in conformità al principio First Expired First Out (il prodotto che scade prima è il primo ad essere utilizzato). Mensilmente viene effettuato il controllo delle scadenze dei prodotti a magazzino e viene favorito l'utilizzo dei prodotti con scadenza ravvicinata. Vengono effettuati inventari semestrali presso le Unità il cui esito è pubblicato nella rete intranet. |
| | | | Prestiti in entrata | | 1) Attivare un prestito immotivato per favorire l'Azienda che cede il bene e/o il fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista. |
| | | | Prestiti in uscita | SC FARMACIA | 1) Riduzione delle scorte per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali- quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista UOS Dispositivi Medici. |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------|--|---|-------|--|
| | | | | | 2) Favorire l'Azienda richiedente agevolandone l'approvvigionamento e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista SS Dispositivi medici. |
| | | | | | 3) Mancato recupero del prestito o dello specifico prodotto (restituzione pari valore) e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | Per i prodotti a giacenza magazzino, la formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista SS Dispositivi medici. |
| | | | Smaltimento | Ditta appaltatrice (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | Sorveglianza Magazzino esternalizzato dispositivi medici | Sorveglianza | SC Farmacia | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Audit mensili vengono effettuati presso il magazzino. |
| | | Attività di informazione scientifica presso l'ASST | Informazione | | | | |
| | | Attività di informazione scientifica presso SC Farmacia | Informazione | SC Farmacia | 1) Favorire la prescrizione dei farmaci al fine di ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | L'accesso degli informatori è regolamentato. Per favorire la trasparenza, ogni settimana è organizzato un incontro presso la Farmacia i cui le Aziende possono presentare i propri prodotti ("spazio aperto"). |

SC Farmacia_Polo territoriale

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|----------|--------------------|--|--|--|-------------------------|--|
| | | Approvvigionamento | Controllo sotto-scorta prodotti a giacenza magazzino e proposta d'ordine | SC FARMACIA | 1) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati inventari presso le SC Distretto. |
| | | | Predisposizione Proposta d'ordine <i>(materiale farmaceutico sanitario non a giacenza)</i> | Predisposizione PRESCRITTORE | | | |
| | | | Verifica e autorizzazione Proposta d'ordine <i>(materiale farmaceutico sanitario non a giacenza)</i> | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione dei farmaci attraverso Prontuario Terapeutico Ospedaliero e per principio attivo. Avanzamento delle richieste fuori prontuario previa verifica della impossibilità di sostituzione con un prodotto analogo in prontuario e valutazione dell'appropriatezza e dell'impatto economico. Puntuale applicazione del Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi infungibili e/o esclusivi (vedi Del. 1334 del 25/07/2019) |
| | | | | | 2) Aumento artificioso delle quantità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Analisi periodiche dei consumi con interventi mirati in caso di scostamento dal budget. I report dettagliati dei consumi di ogni Unità Operativa sono disponibili nella rete intranet aziendale. Vengono effettuati audit, autovalutazioni e inventari presso le Unità. |
| | | | Ordine | SS GESTIONE ACQUISTI SANITARI | | | |
| | | Stoccaggio | Ricezione | DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | Carico a magazzino (fase operativa) | DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici) | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|-------|---|
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie : ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Gestione e monitoraggio del materiale farmaceutico sanitario (ambito territoriale) | | Carico a magazzino (sorveglianza) | SC FARMACIA | 1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con vari livelli di abiitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Registrazione e gestione delle non conformità in caso di incongruenze quali-quantitative. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello | SC FARMACIA | 1) Sottrarre beni aziendali o indurne volontariamente il deterioramento per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Ad ogni prodotto è associata la coordinata di magazzino (ubicazione) che tiene conto delle modalità di conservazione del bene; tutte le operazioni di stoccaggio sono tracciate. E' attiva la sorveglianza delle Guardie Giurate. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (SC Distretto) | SC Distretto | | | |
| | | Distribuzione (movimentazione dei beni) | Richiesta di prelievo | ASSISTITO SC Distretto | | | |
| | | | Preparazione | SC FARMACIA | 1) Non rispettare la priorità di arrivo di una richiesta per favorire un determinato centro di costo. | basso | Nella Specifica del Servizio Fornito della Farmacia sono dichiarati gli standard e i tempi massimi di evasione delle richieste. La gestione informatizzata tramite software aziendale consente di rilevare eventuali incongruenze temporali. |
| | | | | | 2) Decremento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza. | basso | Il materiale farmaceutico sanitario è sempre accompagnato da documenti di consegna, siglati dall'allestitore, che consentono al ricevente di verificare la congruità quali-quantitativa tra richiesto/ricevuto. In caso di incongruenze viene segnalata la non conformità. Autovalutazioni mensili e inventari semestrali vengono effettuati presso i magazzini. |
| | | | Consegna (diretta all'assistito e vaccini PRESST Bergamo) | SC FARMACIA | 1) Non rispettare volontariamente la priorità di consegna per favorire un determinato centro di costo e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Gestione informatizzata tramite software aziendale con tracciabilità del prodotto e dei suoi movimenti e con vari livelli di abiitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Riconciliazione informatica fra prodotto erogato e prescrizioni |
| | | | | | 2) Mancata consegna per appropriarsi della parte in eccedenza. | medio | Processo dematerializzato con registrazione elettronica dell'operatore che ha eseguito lo scarico. Il controllo è a cura del Farmacista al momento della dispensazione. Registrazione di NON CONFORMITA' di servizio e conseguente azione correttiva. |
| | | | Consegna ai PRESST | DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici) | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------|--------------|---|-------|---|
| | | Gestione scadenze e prestiti | Verifica delle scadenze | SC Distretto | | | |
| | | | | SC FARMACIA | 1) Falsa dichiarazione di scadenza per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Al momento del ricevimento, il lotto e la scadenza di tutti i prodotti a giacenza vengono registrati in apposito software. Lo stoccaggio dei prodotti avviene in conformità al principio First Expired First Out (il prodotto che scade prima è il primo ad essere utilizzato). Mensilmente viene effettuato il controllo delle scadenze dei prodotti a magazzino e viene favorito l'utilizzo dei prodotti con scadenza ravvicinata, o nel caso si tratti di prodotti consegnati con validità > ai 2/3, viene chiesto il rimborso alla ditta fornitrice. Vengono effettuati inventari presso le SC Distretto. |
| | | | Prestiti in entrata | SC FARMACIA | 1) Attivare un prestito immotivato per favorire l'Azienda che cede il bene e/o il fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal Farmacista. |
| | | | Prestiti in uscita | SC FARMACIA | 1) Riduzione delle scorte per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista SS Servizio Farmaceutica Territoriale. |
| | | | | | 2) Favorire l'Azienda richiedente agevolandone l'approvvigionamento e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista SS Servizio Farmaceutica Territoriale. |
| | | | | | 3) Mancato recupero del prestito o dello specifico prodotto (restituzione pari valore) e ottenere compensi, regali e altre utilità. | medio | La formalizzazione quali-quantitativa del prestito è sottoscritta dal richiedente e autorizzata dal Farmacista SS Servizio Farmaceutica Territoriale. |
| | | | Smaltimento | SC FARMACIA | 1) Eliminazione di prodotti non scaduti/deteriorati per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | Mensilmente viene effettuato il controllo delle scadenze dei prodotti a magazzino, i farmaci scaduti/deteriorati presso il magazzino di I livello sono scaricati nel gestionale informatico con apposita causale. I farmaci scaduti/deteriorati presso le Unità vengono restituiti alla Farmacia accompagnati da apposito modulo debitamente compilato e firmato dal Coordinatore. Presso la Farmacia tutti i farmaci resi scaduti dalle Unità sono registrati informaticamente in apposito file. Lo smaltimento avviene secondo la procedura aziendale PG6MQ6 "Trattamento rifiuti". |
| | | Attività di informazione scientifica presso l'ASST | Informazione | PRESCRITTORE | | | |
| | | Attività di informazione scientifica presso SC Farmacia | Informazione | SC FARMACIA | 1) Favorire la prescrizione dei farmaci al fine di ottenere compensi, regali e altre utilità. | basso | L'accesso degli informatori è regolamentato. Per favorire la trasparenza, ogni settimana è organizzato un incontro presso la Farmacia i cui le Aziende possono presentare i propri prodotti ("spazio aperto"). |

SC Fisica sanitaria

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | Misure di contrasto* |
|----------------------------------|--|---|--|---|-------------------------|---|
| Gestione dei rifiuti radioattivi | Gestione dei rifiuti contenenti sostanze radioattive | Sorveglianza in fase di esercizio dell'attività | Esperto Qualificato | Falsificazione dell'esito del monitoraggio all'uscita dal deposito temporaneo per modificarne le modalità di allontanamento | basso | Si confermano le misure di contrasto in essere. |
| | | Decisione sulla strategia di allontanemto del rifiuto | Direttore SC Fisica Sanitaria /Esperto Qualificato | Decisione in merito alle modalità di allontanamento del rifiuto | basso | Si confermano le misure di contrasto in essere. |

SC Ingegneria clinica

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|----------------------|---------------------------------|--|--|---|-------------------------|---|
| Controlli, verifiche | Manutenzione e riparazione | Controllo attività manutentive effettuate dal global service | Direttore SC Ingegneria clinica per la parte di apparecchiature afferenti all'IC | 1) Non effettuazione delle attività svolte con conseguente possibili malfunzionamenti delle apparecchiature o ritardi nell'erogazione delle prestazioni | basso | L'operato della ditta a cui è affidato il Global service è costantemente controllato dai tecnici interni alla SC IC, seguendo l'IO apposita (IOIC06). |
| | | | | | | |
| | Gestione attrezzature sanitarie | Partecipazione alle fasi di acquisizione delle apparecchiature | Personale afferente alla SC Ingegneria clinica in funzione delle competenze | 1) Predisposizione di capitolati che possano non rispettare la libera concorrenza | basso | La predisposizione dei capitolati viene effettuata dal personale IC che non viene poi inserito nelle commissioni di valutazione delle offerte pervenute, in ottemperanza a quanto richiesto dal D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i.. |
| | | | | 2) Valutazione delle offerte non oggettiva | basso | La predisposizione dei capitolati viene effettuata dal personale IC che non viene poi inserito nelle commissioni di valutazione delle offerte pervenute, in ottemperanza a quanto richiesto dal D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i.. |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|---|-------|--|
| | | Verifica di conformità dei beni | Personale affidente alla SC Ingegneria clinica in funzione delle competenze | 1) Introduzione ed uso di apparecchi non controllati | basso | Le attività volte al contenimento del rischio indicato sono descritte nella PG7MQ6 e nella PG1MQ7. |
|--|--|---------------------------------|--|---|-------|--|

SC Medicina del lavoro

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|--|---|------------------|---|-------------------------|--|
| | Attività ambulatoriale Medicina del lavoro accertamenti sanitari per lavoratori in assunzione presso aziende esterne; espressione del giudizio di idoneità lavorativa finalizzato al reinserimento lavorativo del lavoratore portatore di patologie; diagnosi di malattia professionale ;gestione della diagnostica ambulatoriale strumentale (in sede e presso ditte esterne); valutazione e certificazione di assenza uso di sostanze per lavoratori di categorie a rischio; gestione dei rapporti di collaborazione per la sorveglianza sanitaria con le aziende esterne (attività consulenziale a supporto o in qualità di medici competenti; esecuzione di test di screening di sostanze stupefacenti su urine di lavoratori di particolari categorie a rischio (presso aziende esterne o in sede). | Prenotazione della visita | Infermiere | Formulare giudizi favorevoli senza requisiti | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Visita medica | Dirigente medico | Diffondere informazioni riservate al datore di lavoro | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Accertamenti diagnostici | Infermiere | Alterare i dati per favorire i richiedenti o terzi | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Stesura della relazione sanitaria (espressione del giudizio di idoneità, diagnosi di malattia professionale) | Dirigente medico | Esprimere giudizi compiacenti | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Invio della relazione sanitaria | Amministrativo | Utilizzare informazioni riservate. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Ticket, fatturazione (rendicontazione economica della prestazione) archiviazione | Amministrativo | Falsificare verbali e documenti. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |

| | | | | |
|--|--|--|-------|--|
| | | Agevolazione dell'azienda di cui il dirigente medico è medico competente | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connesione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Abuso nell'adozione di alcuni provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti/aziende (es: inserimento in cima ad una lista d'attesa) | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate ertifcazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Concussione di un incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo dei lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | Corruzione per l'esercizio della funzione di un incaricato di pubblico servizio di un paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo dei lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |

| | | | | | |
|---------------------|---------------------------|---------------------------------|--|-------|--|
| Medicina del lavoro | | | Corruzione di un incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni da analizzare. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Induzione indebita di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Abuso d'ufficio da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. In particolare le visite d'assunzione e gli accertamenti di secondo livello richiesti dalle ditte esterne non vengono mai affidati a medici competenti dell'azienda richiedente. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Accreditare a componenti somme non dovute. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Effettuare doppio controllo in sede di liquidazione.Rigoroso rispetto di quanto indicato nelle convenzioni (gestite dall'UO Marketing di ASST PG 23) tra ASST PG 23 e azienda esterna. |
| | | | Omettere l'emissione della nota spese | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Effettuare doppio controllo in sede di liquidazione.Rigoroso rispetto di quanto indicato nelle convenzioni (gestite dalla SC Affari generali dell'ASST Papa Giovanni XXIII e azienda esterna. |
| | | | | | |
| | Prenotazione della visita | Assistente sanitario/infermiere | Alterare/falsificare i risultati degli accertamenti per favorire il lavoratore | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------|---|-------|---|
| Sorveglianza sanitaria ai sensi del Dlgs 81/08 e ss.mm.ii per i lavoratori dell'ASST PG23 (gestione delle visite mediche preventive, periodiche e straordinarie) | Visita medica | Medico competente | Alterare/falsificare i risultati degli accertamenti per favorire il datore di lavoro | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | Espressione del giudizio di idoneità | Medico competente | Alterare/falsificare i risultati degli esami per favorire il medico competente | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Diffondere informazioni riservate al datore di lavoro | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Omettere una segnalazione di malattia professionale | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Utilizzare informazioni riservate. | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connesione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Abuso nell'adozione di alcuni provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti/aziende (es: inserimento in cima ad una lista d'attesa) | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-------|--|
| Radioprotezione dei lavoratori dell'ASST La sorveglianza medica della radioprotezione | Prenotazione della visita | Assistente sanitario/infermiere | Alterare/falsificare i risultati degli accertamenti e delle dosimetrie per favorire il lavoratore | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | Visita medica | Medico autorizzato | Alterare/falsificare i risultati degli accertamenti e delle dosimetrie per favorire il datore di lavoro | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | Espressione del giudizio di idoneità | Medico autorizzato | Alterare/falsificare i risultati degli accertamenti e delle dosimetrie per favorire il medico competente | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | Archiviazione | Assistente sanitario/Amministrativo | Diffondere informazioni riservate al datore di lavoro | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Omettere una segnalazione di malattia profesionale | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Utilizzare informazioni riservate | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Abuso nell'adozione di alcuni provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti/aziende (es: inserimento in cima ad una lista d'attesa) | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |
| | | | Accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connesione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati | basso | Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto e del connesso dovere di comportamento. Monitoraggio da parte del responsabile SC, dell'assistente sanitario e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione degli accertamenti sanitari oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Adozione e rispetto rigoroso delle procedure di qualità (norma UNI EN ISO) e della norma in tema di sicurezza ed igiene del lavoro attualmente vigenti. |

SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|---|-----------------|---|---|---|-------------------------|--|
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Sperimentazioni | Pareri e autorizzazioni preventive all'avvio della sperimentazione clinica | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Conduzione di studi clinici non autorizzati dagli organi regolatori (CE Locale, CE coordinatore, AIFA/Ministero) | basso | Acquisizione pareri degli organi regolatori per i singoli studi di cui è proposta l'attivazione. |
| | | Pareri e autorizzazioni preventive all'avvio della sperimentazione clinica | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Conduzione di studi clinici non autorizzati dalla Direzione Aziendale | basso | Regolamento Aziendale che richiede esplicita autorizzazione mediante provvedimento all'esecuzione dei singoli studi. |
| | | Valutazione adeguatezza studi clinici | Comitato Etico | Disegno inadeguato di studi clinici | basso | Valutazione di esperti nell'ambito del CE per la valutazione di tutti gli aspetti clinici e metodologici. |
| | | Conduzione della sperimentazione | Principal Investigator | Conduzione inadeguata di studi clinici | basso | Adozione di linee guida aziendali aderenti alle GCP internazionali; pubblicazione sul sito WEB aziendale dei docuemnti e delle istruzioni operative; attivazione di percorsi formativi riservati agli sperimentatori per la diffusione delle linee guida delle GCP; predisposizione di audit interni nelle strutture per gli studi a maggiore complessità per i quali non siano già previsti audit da società esterne specializzate. |
| | | Negoziazione convenzione | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Attivazione sperimentazioni al fine di garantirsi un ingiusto compenso o altra utilità | basso | Acquisizione della dichiarazione di interessi da parte dei ricercatori. |
| | | Verifica di conformità alle previsioni di costo ed attivazione delle procedure inerenti alla liquidazione di eventuailli compensi | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca | basso | Applicazione regolamenti aziendali riguardo l'utilizzo del fondo della sperimentazione, dei fondi di struttura e la selezione di eventuale personale esterno (borse di studio). Adozione di formali provvedimenti pubblici riferiti all'utilizzo dei contributi utilizzati per i singoli studi. |
| | | Conduzione della sperimentazione | Principal Investigator | Cessione a terzi da parte degli sperimentatori dietro compenso di dati o risultati di studi promossi dall'azienda | basso | Codice deontologico, normativa sulla privacy, codice etico aziendale. Corsi di formazione sulle GCP |
| | | Liquidazione dei compensi | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Incentivi a professionisti sanitari erogati dagli sponsor attravesro canali esterni all'azienda o diversi dal contratto principale | basso | Acquisizione della dichiarazione di interessi da parte dei ricercatori, clausole contrattuali con gli sponsor che escludono rapporti diretti con i ricercatori. |
| | | Pubblicazione dei risultati della sperimentazione | Principal Investigator | Pubblicazione e disseminazione distorta dei risultati di studi clinici | basso | I dati pubblicati sulle riviste scientifiche sono valutati dai comitati redazionali delle riviste stesse e dalle comunità scientifiche di riferimento. Attivazione di prtocedure codificate (GCP) ed audit interni ed esterni applicati agli studi condotti in azienda |
| | | Negoziazione convenzione | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Avvio di studi clinici i cui costi aggiuntivi rispetto alla normale pratica clinica non sono coperti da specifico contributo a carico del promotore | basso | Analisi della documentazione studio specifica e valutazione di fattibilità economica relativa alla valorizzazione del costo totale della sperimentazione stessa, a garanzia che nessun costo gravi sul SSN, tenendo conto del parere del Direttore della SC e del Responsabile scientifico locale coinvolti nella conduzione della sperimentazione. Regolamento aziendale per la gestione delle sperimentazioni e collaborazioni scientifiche. |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|-------|--|
| | | Fatturazione allo sponsor ed incasso dei compensi della sperimentazione | Responsabile clinical trial center/collaboratore amministrativo | Errori nella fatturazione, mancato errato pagamento delle attività svolte per la sperimentazione per il promotore | basso | Verifica congiunta da parte di CTC e dell'SC presso la quale si svolge la sperimentazione degli aspetti clinici ed economici dei report di pagamento inoltrati dal Promotore. Verifica congiunta da parte di CTC e SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità della presenza di fatture già emesse per medesimo studio, importo, ordine. Verifica congiunta da parte di CTC e SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità prima dell'invio della fattura ed dell'incasso dei compnesi fatturati. Regolamento Aziendale per il recupero dei crediti insoluti |
| | Sponsorizzazioni progetti aziendali | Valutazione proposte e accettazione contributi | Personale amministrativo | Elargizione di liberalità o contratti di sponsorizzazioni da parte di privati col fine di assecondare finalità diverse da quelle ufficiali (es. garantire una remunerazione in modo celato o di ottenere un indebito beneficio) | basso | 1) Adozione e pubblicazione sul sito aziendale del bando n. 17 per la ricerca di contributi da soggetti privati o pubblici per il supporto economico di progetti aziendali mediante sponsorizzazione o liberalità, definizione dei criteri generali di collaborazione e partnership (disponibile http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9); 2) Adozione e pubblicazione delle linee guida che descrivono le modalità organizzative e di gestione relative ad accettazione di contributi, erogazioni liberali e contratti di sponsorizzazione volti a finanziare progetti aziendali, e modulistica da compilare per erogazione di contributi e dichiarazione pubblica di interessi (disponibile http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9); 3) Adozione di formali provvedimenti pubblici e conseguente pubblicazione sul sul sito aziendale (disponibile http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9) della sinossi dei singoli progetti per i quali si ricerca un contributo ; 4) Utilizzo della modulistica aziendale individuata come idonea alla dichiarazione pubblica d'interesse (sia per il direttore della SC che per il soggetto che intende effettuare una donazione/sponsorizzazione) 5) La destinazione di uso delle risorse introitate viene rendicontata mediante provvedimenti aziendali formalmente adottati. |

SC Sistemi informativi - ICT

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|---------------------------------|--|---|---|--|-------------------------|---|
| Informatica e telecomunicazioni | Verifica e controllo dei servizi manutentivi HW e SW | In caso di malfunzionamenti o blocchi le cui risoluzioni non rispecchiano le tempistiche di risoluzione definito dagli SLA di ciascun contratto, il tecnico invia tramite mail una comunicazione al direttore ICT di richiesta di applicazioni penali. | Assistente tecnico - C4 | 1) Omettere la rilevazione di inadempienze, incogruenze ovvero attestare il rispetto delle SLA del contratto a fronte di sostanziale inadempimento. | basso | E' stato definito un documento che declina per ogni evento le tempistiche di risposta e le penali associate. Nel 2018 è stato parzialmente rivisto. |
| | | La SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità invia su supporto elettronico le fatture di competenza da verificare per autorizzare la liquidazione delle medesime al pagamento. L'Operatore Amministrativo avvia l'istruttoria di verifica della fattura e trasmette tramite il programma OLIAMM le fatture da autorizzare al pagamento al direttore ICT. | Coadiutore amministrativo esperto - BS | 2) Autorizzare il pagamento di fatture anche in caso di mancato rispetto delle SLA del contratto | basso | |
| | | processo non più esistente (non esistono più consulenze) | | 3) Orientare la valutazione a favore di un preciso consulente esterno al fine di indurre il fornitore a promettere denaro o altra utilità. | basso | |
| | Processo di acquisizione HW | Il Tecnico competente per settore individua le necessità di dotazione HW e ne definisce le specifiche tecniche. L'operatore amministrativo, dopo aver ricevuto parere favorevole del Responsabile IT, avvia l'istruttoria specifica. | 1) Coll. tecnico prof. esperto - Ds5 con Posizione Organizzativa 2) Collaboratore tecnico professionale 3) Collaboratore tecnico professionale D1 4) Coadiutore amministrativo esperto | 1) Orientare l'acquisto del materiale a favore di un preciso fornitore al fine di indurlo a dare/promettere denaro o altra utilità ovvero al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa. | basso | Fornire dettagliata motivazione delle scelte dei beni/servizi sia con riferimento alle caratteristiche tecniche prescelte che alle quantità richieste. Giustificare la richiesta di acquisto in termini di rispondenza della medesima alle necessità oggettive dell'azienda (piani evolutivi, obblighi normativi, progetti in essere, obsolescenza, messa a norma di sistemi, etc). Esiste una procedura qualità che descrive il percorso di perfezionamento della RDA. Nelle RDA di beni e servizi informatici viene data motivazione in merito alle caratteristiche delle forniture. |
| | | | 1) Collab. Tecn. prof. esperto - Ds5 con Posizione Organizzativa 2) Collaboratore tecnico professionale 3) Collaboratore tecnico professionale - D1 4)Coadiutore amministrativo esperto | 2) Aumento artificioso delle necessità al fine dell'appropriazione indebita della parte in eccedenza. | basso | |
| | Processo di acquisizione SW | Il Tecnico competente per settore individua le necessità di dotazione SW e ne definisce le specifiche tecniche. L'operatore amministrativo, dopo aver ricevuto parere favorevole del Responsabile IT, avvia l'istruttoria specifica. | 1) Collaboratore amm.vo prof.- D4 con Posizione Organizzativa 2) Collaboratore tecnico professionale - D3 3) Collaboratore amm.vo prof.- D2 4) Collab. tecn. prof. esperto- Ds5 5) Collaboratore tecnico professionale 6) Assistente amministrativo | 1) Orientare l'acquisto del software a favore di un preciso fornitore al fine di indurlo a dare/promettere denaro o altra utilità ovvero al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa. | basso | Fornire dettagliata motivazione delle scelte dei beni/servizi sia con riferimento alle caratteristiche tecniche prescelte che alle quantità richieste. Giustificare la richiesta di acquisto in termini di rispondenza della medesima alle necessità oggettive dell'azienda (piani evolutivi, obblighi normativi, progetti in essere, obsolescenza, messa a norma di sistemi, etc). Esiste una procedura qualità che descrive il percorso di perfezionamento della RDA. Nelle RDA di beni e servizi informatici viene data motivazione in merito alle caratteristiche delle forniture. |
| | Gestione della sicurezza e riservatezza dei dati informatici | Le linee guida italiane sulla gestione dei rischi e la prevenzione, mitigazione e notifica degli incidenti cyber si pongono come elemento a presidio della continuità dell'erogazione di servizi essenziali tutelati dalla direttiva europea NIS. Lo scopo è di fornire indicazioni agli OSE (qualifica attribuita alla Ns. Azienda)di carattere tecnico, organizzativo e procedurale per l'innalzamento dei livelli di sicurezza cibernetica di reti e sistemi, garantendo altresì la resilienza del Sistema-Paese | 1) Dirigente ingegnere 2) Collaboratore tecnico professionale - D1 | 1) Accesso abusivo ad un sistema informatico protetto da misure di sicurezza | basso | La gestione degli accessi all'interno dell'azienda è effettuata tramite SSO con strong authentication (carta personale con pin) o comunque con utente e password personali. All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, le operazioni ritenute più importanti. L'accesso a server e DB viene tracciato dal sistema SMARTLOG. In generale il sistema aziendale è protetto da firewall contro eventuali attacchi esterni L'azienda, per incrementare i livelli di sicurezza di accesso alle info e utilizzo degli strumenti informatici, ha aderito al piano biennale della sicurezza richiesto da Lipisa, RL e AGID. A regime nel 2019. Non tutte le postazioni possono essere vincolate all'accesso esclusivamente con carta, però per queste è inibito il collegamento ad internet. |
| | | Le linee guida italiane sulla gestione dei rischi e la prevenzione, mitigazione e notifica degli incidenti cyber si pongono come elemento a presidio della continuità dell'erogazione di servizi essenziali tutelati dalla direttiva europea NIS. Lo scopo è di fornire indicazioni agli OSE (qualifica attribuita alla Ns. Azienda)di carattere tecnico, organizzativo e procedurale per l'innalzamento dei livelli di sicurezza cibernetica di reti e sistemi, garantendo altresì la resilienza del Sistema-Paese | 1) Dirigente ingegnere 2) Collaboratore tecnico professionale - D1 | 2) Diffusione abusiva dei codici di accesso a sistemi informativi | medio | E' attivo un processo che prevedea l'abolizione/arginamento delle utenze comuni che danno solo accesso ai PC, mentre per i singoli sw è necessario avere utenza e pswd. Inibizione dell'accesso a internet a PC senza accesso con carta. |
| | | Le linee guida italiane sulla gestione dei rischi e la prevenzione, mitigazione e notifica degli incidenti cyber si pongono come elemento a presidio della continuità dell'erogazione di servizi essenziali tutelati dalla direttiva europea NIS. Lo scopo è di fornire indicazioni agli OSE (qualifica attribuita alla Ns. Azienda)di carattere tecnico, organizzativo e procedurale per l'innalzamento dei livelli di sicurezza cibernetica di reti e sistemi, garantendo altresì la resilienza del Sistema-Paese | 1) Dirigente ingegnere 2) Collaboratore tecnico professionale - D1 3)Collaboratore amm.vo prof. - D4 4) Collaboratore tecnico professionale - D3 5) Collab. tecn. prof. esperto - Ds5 6) Collaboratore tecnico professionale 7) Assistente amministrativo | 3) Deterioramento, alterazione o soppressione di dati, informazioni o programmi. | basso | La gestione degli accessi all'interno dell'azienda è effettuata tramite SSO con strong authentication (carta personale con pin) o comunque con utente e password personali. All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, le operazioni ritenute più importanti. L'accesso a server e DB viene tracciato dal sistema SMARTLOG. In generale il sistema aziendale è protetto da firewall contro eventuali attacchi esterni.L'azienda, per incrementare i livelli di sicurezza di accesso alle info e utilizzo degli strumenti informatici, ha aderito al piano biennale della sicurezza richiesto da Lipisa, RL e AGID. A regime nel 2019. Non tutte le postazioni possono essere vincolate all'accesso esclusivamente con carta, però per queste è inibito il collegamento ad internet. |
| | | Le linee guida italiane sulla gestione dei rischi e la prevenzione, mitigazione e notifica degli incidenti cyber si pongono come elemento a presidio della continuità dell'erogazione di servizi essenziali tutelati dalla direttiva europea NIS. Lo scopo è di fornire indicazioni agli OSE (qualifica attribuita alla Ns. Azienda)di carattere tecnico, organizzativo e procedurale per l'innalzamento dei livelli di sicurezza cibernetica di reti e sistemi, garantendo altresì la resilienza del Sistema-Paese | 1) Dirigente ingegnere 2) Collaboratore tecnico professionale - D1 3)Collaboratore amm.vo prof. - D4 4) Collaboratore tecnico professionale- D3 5) Collab. tecn. prof. esperto - Ds5 6) Collaboratre tecnico professionale 7) Assistente amministrativo | 4) Accesso e modifica non autorizzata dei dati archiviati elettronicamente | basso | I documenti vengono firmati digitalmente dall'utente responsabile con carta operatore (pin firma). Eventuale modifica o annullamento di un documento firmato digitalmente può essere effettuata solo dal firmatario sempre con carta operatore. Tutte le operazioni di firma, annullamento, modifica etc vengono tracciate nei DB del software di riferimento. Tutti i documenti vengono a loro volta salvati in volumi e firmati da operatore delegato dalla DAZ (con carta operatore certificata) ai fini della conservazione sostitutiva. |
| | | | | | | |
| | Processo gestione di flussi informativi | 1) Gestione, controllo e trasmissione in Regione Lombardia e all'ATS di Bergamo del flusso informativo autenticato, come indicato dal Progetto CRS SISS (Carta Regionale dei Servizi Sistema Informativo Socio Sanitario); 2) raccolta, controllo, inserimento nel portale di Regione Lombardia dei dati riguardanti i flussi informativi ministeriali al Servizio Sistema Informativo e Controllo Qualità della Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia, al fine di ottemperare al debito informativo previsto dalle vigenti disposizioni ministeriali. | Collaboratore amm.vo prof. - D2 con Posizione Organizzativa | 1) La persona non avente diritto altera i dati inseriti nei flussi informativi di attività prima del loro invio Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante o altro vantaggio. | basso | Mensilmente RL restituisce un file con le incongruenze rilevate nei dati di attività. Periodicamente la DMP, ufficio NOCE, controlla a campione e confronta la ricetta cartacea con il dato inserito nel SW e quindi inviato. Periodicamente l'ufficio NOCE della ATS effettua il medesimo controllo di cui sopra. Il CDG interno alla ASST invia il dato mensile di attività ai reparti per controlli. |

SS Comunicazione aziendale e relazioni esterne

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|--------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------|--|
| Comunicazione | Media relations (PUSH) | 1) Diffusione di notizie/foto/video alla generalità dei mass media locali/nazionali/specializzati (strumento: comunicati stampa/conferenze stampa) | Responsabile di struttura | 1) Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati o sottostimati al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno. | basso | 1) Formazione sulle norme deontologiche che impegnano i giornalisti su questa materia; 2) accesso alle notizie cliniche sempre mediato da personale sanitario; 3) richiesta di informazioni sempre essenziali e prive di dati sensibili (nomi, particolari sullo stato di salute) in circostanze in cui prevalga il diritto di cronaca; 4) conservazione dei documenti in ufficio chiuso a chiave o su supporti tecnologici protetti da password; 5) rispetto dei Regolamenti, procedure e documenti della qualità |
| | | 2) Diffusione di notizie/foto/video in esclusiva a un media selezionato di livello locale/nazionale o della stampa specialistica (escludendo l'invito a tutti) | Responsabile di struttura | 1) Carente tutela della riservatezza; 2) Diffusione di notizie/foto riservate dietro ingiusta promessa di compensi o altre regalie 3) Favorire la scelta di un interlocutore esterno al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | 1) Formazione sulle norme deontologiche che impegnano i giornalisti su questa materia; 2) accesso alle notizie cliniche sempre mediato da personale sanitario; 3) richiesta di informazioni sempre essenziali e prive di dati sensibili (nomi, particolari sullo stato di salute) in circostanze in cui prevalga il diritto di cronaca; 4) conservazione dei documenti in ufficio chiuso a chiave o su supporti tecnologici protetti da password 5) rispetto dei Regolamenti, procedure e documenti della qualità |
| | Media relations (PULL) | 3) Fornire risposte a richieste giornalistiche varie (verifica di informazioni o di segnalazioni in negativo da parte di pazienti o provenienti da altre fonti; approfondimento temi clinici; commenti a fatti di cronaca sanitaria da parte di specialisti) | Responsabile di struttura | 1) Carente tutela della riservatezza; 2) Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati o sottostimati al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno. | basso | 1) Formazione sulle norme deontologiche che impegnano i giornalisti su questa materia; 2) accesso alle notizie cliniche sempre mediato da personale sanitario; 3) richiesta di informazioni sempre essenziali e prive di dati sensibili (nomi, particolari sullo stato di salute) in circostanze in cui prevalga il diritto di cronaca; 4) conservazione dei documenti in ufficio chiuso a chiave o su supporti tecnologici protetti da password 5) rispetto dei Regolamenti, procedure e documenti della qualità |
| | Comunicazione esterna (web e social) | 1) Comunicazione web | Responsabile di struttura | 1) Carente tutela della riservatezza; 2) Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati o sottostimati al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno. | basso | 1) Formazione sulle norme deontologiche che impegnano i giornalisti su questa materia; 2) accesso alle notizie cliniche sempre mediato da personale sanitario; 3) richiesta di informazioni sempre essenziali e prive di dati sensibili (nomi, particolari sullo stato di salute) in circostanze in cui prevalga il diritto di cronaca; 4) conservazione dei documenti in ufficio chiuso a chiave o su supporti tecnologici protetti da password. 5) rispetto dei Regolamenti, procedure e documenti della qualità |
| | | 2) Comunicazione social | Responsabile di struttura | 1) Carente tutela della riservatezza; 2) Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati o sottostimati al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno. | basso | 1) Formazione sulle norme deontologiche che impegnano i giornalisti su questa materia; 2) accesso alle notizie cliniche sempre mediato da personale sanitario; 3) richiesta di informazioni sempre essenziali e prive di dati sensibili (nomi, particolari sullo stato di salute) in circostanze in cui prevalga il diritto di cronaca; 4) conservazione dei documenti in ufficio chiuso a chiave o su supporti tecnologici protetti da password; 5) rispetto dei Regolamenti, procedure e documenti della qualità |
| | | | | | | |

SC Farmacia esterna

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|---|--|--|---|---|-------------------------|---|
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Vendita di farmaci/parafarmaci/dispositivi medici etc. (vendita di farmaci con ricetta) | I Collaboratori farmacisti e gli operatori tecnici dipendenti sono addetti al rapporto con l'utenza, il Dirigente responsabile sorveglia il buon andamento del processo di vendita e interviene ove necessita. Nell'attività di erogazione dei prodotti medicinali Il Direttore, con i suoi collaboratori farmacisti, verifica se sono soddisfatte le condizioni di legge per la concedibilità di alcuni farmaci e adempie agli obblighi stabiliti dal D.P.R. 309/1990 ai fini della dispensazione di stupefacenti e delle sostanze psicotrope. Per questi ultimi esiste un registro dove si tiene traccia degli stessi in entrata e uscita. | Dirigente responsabile SS Farmacia esterna, collaboratori farmacisti e operatori tecnici. | Tipo di reato: Corruzione. Abuso d'ufficio. Induzione indebita a dare o promettere utilità. <i>Esempi di comportamenti illeciti:</i> -Erogazione di un farmaco senza ricetta. -Discriminazioni nell'esercizio dell'attività svolta. -Concessione di sconti e distribuzione di prodotti non autorizzati o con la finalità di creare provviste di fondi. -Consegna di alcuni specifici farmaci a minorenni. | basso | -Rispetto della normativa vigente in materia. -Tracciabilità delle varie fasi del processo. -Separazione dei ruoli e delle funzioni tramite il coinvolgimento nel processo di almeno due soggetti. -Presenza di registro di entrata e uscita per farmaci stupefacenti. -Controllo in tempo reale, tramite applicativo Wingsfar, delle ricette elettroniche (c.d. bianche) e controllo preventivo al momento dell'evasione e quotidiano, da parte del Dirigente responsabile UOS FE, di quelle cartacee (c.d. rosse); tariffazione mensile e calcolo del rimborso regionale. -Programmazione e attuazione di attività formativa per funzioni e processi a rischio di corruzione e illegalità. |
| | Acquisto merce (sia da grossisti che da produttori) dalla scelta del fornitore fino alla liquidazione delle fatture ed al relativo pagamento | I FASE: PROCESSO DI ACQUISTO MERCE L'acquisto di farmaci avviene come indicato al paragrafo 6.2 della procedura " Cod. PSp14PG27MQ7 "Gestione magazzini di primo livello – Farmacia Esterna". II FASE: LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO FATTURE Le fatture di acquisto sono registrate in contabilità dalla SC Bilanci programmazione finanziaria e contabilità ed inviate alla SS FE per l'iter di liquidazione. La liquidazione delle fatture è effettuata dal collaboratore amministrativo presente nella SS FE che verifica la corrispondenza dei prezzi dei prodotti indicati in fatture con quelli riportati sulle copie commissioni o sugli ordini. Concluso l'iter di liquidazione la SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità provvede al pagamento attraverso l'emissione dell'ordinativo (c.d. mandato di pagamento). | Dirigente responsabile SS Famacia esterna, collaboratore amministrativo, SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità | Tipo di reato: Corruzione. Abuso d'Ufficio. Induzione indebita a dare o promettere utilità. <i>Esempi di comportamenti illeciti:</i> -Scelte discrezionali del grossista/prezzo del farmaco non vantaggioso. -Scegliere una ditta produttrice o un grossista non sulla base dei requisiti di qualità e utilità ma al fine di trarre un vantaggio personale. -Aumento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza. -Ricevere/accettare indebitamente denaro o altra utilità offerta dalla controparte per la stipula del contratto/affidamento. -Valutazioni non corrette e/o inique delle offerte. -Attuazione di pratiche/strategie commerciali contro Legge. -Commercio di farmaci o altri beni, contro Legge, per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità. -Inosservanza di regole procedurali al fine di favorire soggetti particolari. -Mancato rispetto delle scadenze di pagamento creando corsie privilegiate di fornitori | basso | -Utilizzo di grossisti da cui acquistare la merce riconosciuti a livello nazionale (CEF e COMIFAR) con cui vengono stabiliti dei contratti annuali regolarmente protocollati e gli ordini merce vengono fatti mediante software (Wingsfar) che evidenzia il miglior prezzo per ciascun prodotto inserito e richiesto. -Predisposizione di un elenco delle aziende fornitrici consolidate in base a requisiti di qualità e affidabilità a cui ci si rivolge per ordini diretti mediante evidenze scritte. -Alcuni prodotti sono di esclusività, altre volte sulla base di analisi di mercato ci sono aziende più affidabili di altre. -Misura della programmazione degli acquisti -Il quantitativo da ordinare è definito consultando il gestionale per il controllo delle scorte minime presenti e dal periodo di riferimento. -La vendita di farmaci, presidi medici chirurgici e prodotti viene fatta mediante uso di software collegati alla cassa. -Segregazione dei ruoli e delle funzioni, intervengono due soggetti: un soggetto liquida le fatture autorizzandone il pagamento (SS Farmacia esterna) e un soggetto predispone il pagamenti stesso (SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità), nei limiti delle deleghe conferite. -Implementare e migliorare le procedure di acquisto. |
| | Gestione della cassa corrispettivi | La gestione della cassa corrispettivi avviene come indicato nella procedura "Cod. PSp26PG27MQ7 "Gestione casse di riscossione-Farmacia Esterna". | Dirigente responsabile SS Farmacia esterna come responsabilità di gestione della cassa, collaboratori farmacisti e operatori tecnici per l'operatività sulla cassa corrispettivi. | Tipo di reato: Peculato. Furto. <i>Esempio ci comportamenti illeciti:</i> -Uso ai fini personali del denaro aziendale. -Appropriazione indebita del denaro dell'azienda avendo accesso alla cassa contanti. | basso | -Utilizzo di software che registrano tutto il venduto ed il relativo importo incassato. -Il denaro contante incassato è trasferito, più volte al volte, in cassaforte (chiusa con combinazione) ove rimane custodito fino al momento del versamento in tesoreria. -Il conteggio del denaro contante presente in cassa viene sempre eseguito in presenza di almeno due farmacisti. -Audit dei conti di cassa e banca. -Controllo fiscale. |
| | Gestione beni aziendali | La gestione dei beni aziendali avviene come indicato nelle procedure "Cod. PSp14PG27MQ7 - Gestione magazzini di primo livello – Farmacia Esterna" e "Cod. PSp15PG27MQ7 "Gestione Rilevazione Inventariale presso il Magazzino di Primo Livello – Farmacia Esterna". | Dirigente responsabile SS Farmacia esterna | Tipo di reato: Peculato. Furto. <i>Esempi di comportamenti illeciti:</i> -Appropriazione indebita di cosa mobile di cui se ne ha il possesso o la disponibilità. -Impossessamento di bene aziendale, sottraendolo dalla farmacia esterna – in particolare taccheggio- col fine di trarne profitto per sé o per altri. | basso | -Utilizo di software che permette la tracciabilità dei prodotti venduti. -Uso del software (WinGesfar) per la verifica della scorta minima giornaliera. -Tenuta del registro degli stupefacenti in base a quanto indicato dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 - "Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti". -Rilevazioni inventariali di magazzino semestrali. -Utilizzo del circuito di videosorveglianza presente nei locali della farmacia. -Ubicazione dei prodotti ad alto costo sugli scaffali più alti (difficilmente raggiungibili) posti nel locale vendita. -Limitatazione di espositori e cartelloni pubblicitari nel locale vendita, al fine di avere un maggior controllo. |

SS Formazione universitaria

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|-----------------|---|--|--|--|-------------------------|--|
| | Attività formativa - Informazione e Orientamento | Le attività di orientamento vengono organizzate e realizzate dalla Commissione orientamento di UNIMIB e si suddividono in: Open day di Ateneo e incontri di orientamento organizzati dai singoli Dipartimenti. Di norma l'attività si svolge a Maggio. Presso le sedi della FU, si svolge un'attività di informazione da parte del personale di segreteria, dei Responsabili Didattici e dei Tutor. | UNIMIB Responsabile didattico di sezione | Esporre / occultare le informative per favorire/indirizzare la scelta di una sede formativa | basso | Il personale della SS invita le Scuole superiori ed eventualmente i singoli aspiranti a rivolgersi alla Commissione Universitaria deputata all'orientamento. Il personale della SS Formazione Universitaria utilizza il materiale predisposto dall'Università e si limita a fornire informazioni presenti nella Specifica di Servizio qualora gli aspiranti studenti o le parti interessate richiedono informazioni sulla sezione dell'ASST Papa Giovanni XXIII. |
| | Attività formativa teorica - Docenti per attività Integrative (seminari, esercitazioni, laboratori professionalizzanti ...) | La SS Formazione Universitaria si attiene a quanto regolamentato dalla Deliberazione VII/20950 del 16.02.2005, art.7 di Regione Lombardia e dalla Deliberazione ASST Papa Giovanni XXIII "Programmazione didattica, nomina dei docenti e dei componenti delle commissioni d'esame del corso di Laurea in ..." per ogni A.A. Le tipologie di attività didattica connesse con specifici insegnamenti possono essere svolte anche da personale scelto dai competenti organismi didattici fra coloro che, per ruolo ricoperto o attività professionale svolta, siano di riconosciuta esperienza e competenza nelle materie che formano oggetto dell'insegnamento [...]. Per la realizzazione di seminari o ulteriori attività integrative può essere chiamato in qualità di esperto, personale anche non docente, purchè detta attività sia approvata dalla sede accademica. Tali attività possono essere svolte in orario o fuori orario di servizio. La remunerazione delle stesse avviene annualmente in base alla Delibera Giunta Regionale "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle Aziende ed Enti Sanitari pubblici e privati ..." Per SMS: La nomina dei docenti avviene in base a quanto definito nella Delibera n. 1775 del 27.9.2018: "Costituzione del Comitato Esecutivo del CdL in Medicina e Chirurgia . Medicine and surgery in lingua Inglese | UNIMIB Comitato interno costituito da Dirigente FU e Responsabili Didattici CdL Per SMS Comitato Esecutivo (Executive Council) | Consentire o favorire l'attività didattica integrativa e i suoi docenti al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | Le varie attività integrative sono condivise con la sede accademica su proposta del singolo Corso di Laurea ; i docenti sono individuati per competenza specifica, per tematica e per ruolo, anche tra i professionisti delle sedi convenzionate dei Corsi di Laurea. A tal proposito è in fase di costituzione un Comitato interno per valutare collegialmente la proposta fatta dal singolo Corso di Laurea. Le attività integrative/seminari vengono poi approvate e autorizzate con Deliberazione aziendale per ogni A.A. Il Comitato esecutivo propone al Direttore Generale i criteri per identificare i Professionisti dell'ASST PG23. Le nomine dei docenti sono a carico di UNIMIB |
| | Attività formativa teorica - Espletamento lezioni teoriche: Monitoraggio Presenze da Regolamento vigente. | La presenza dello studente alle lezioni è documentata attraverso la firma dello stesso sul modulo specifico presente in aula. Lo studente può accedere agli appelli d'esame con una presenza di almeno il 70% delle ore previste per i singoli insegnamenti. | Docente, Coordinatore dell'insegnamento/corso integrato Responsabile didattico di sezione | Consentire o favorire la possibilità di firmare il foglio di presenza successivamente alle lezioni a studenti che non erano presenti in aula allo scopo di raggiungere la percentuale di presenza. | basso | Ogni richiesta da parte dello studente di firmare il foglio dopo il ritiro dello stesso viene rimandata al docente o al tutor di riferimento; il personale amministrativo effettua il monitoraggio della presenza degli studenti mediante l'elaborazione di un report secondo l'istruzione operativa in vigore. Per SMS la presenza degli studenti viene monitorata attraverso l'apposito modulo, direttamente dal docente che svolge le lezioni. |
| | Attività formativa teorica - Esame del Corso Integrato /Insegnamento | Le prove d'esame vengono elaborate dai docenti dell'insegnamento/corso integrato. - Per il Corso di Laurea in Fisioterapia lo studente viene valutato mediante una prova effettuata al computer presso le aule informatiche della sede di Monza. - Per il Corso di Laurea in Infermieristica la prova d'esame perviene dal Coordinatore dell'insegnamento ed è identica in tutte le sedi del CdL in Infermieristica di UNIMIB . - Per il Corso di Laurea in Ostetricia, gli studenti vengono esaminati con la medesima prova. - Per il Corso di Laurea in TRM gli studenti vengono esaminati con la medesima prova - Per il Corso SMS: le prove d'esame vengono gestite dal docente dell'insegnamento | Coordinatore dell'insegnamento/Corso Integrato Docente Responsabile didattico di sezione | Consentire o favorire azioni dolose di accesso alle prove di esame al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa. | basso | - Per il Corso di Laurea in TRM, l'accesso al file è mediante password e la stampa è a cura del Responsabile Didattico; - Per il Corso di Laurea in Ostetricia, l'accesso e la stampa sono a cura del Responsabile Didattico e dei Tutor componenti della commissione d'esame. - Per il Corso di Laurea in Fisioterapia non è necessaria fotocopiatura perchè la prova viene effettuata al computer in un'unica sede (Monza). L'accesso ai locali di segreteria è riservato al personale autorizzato; l'accesso alle tecnologie informatiche è disciplinato dal regolamento aziendale . - Per il Corso di Laurea in Infermieristica, l'accesso ai file delle prove d'esame è riservato al personale amministrativo ed avviene mediante password comunicata direttamente dal Coordinatore di Corso Integrato; il file delle prove viene eliminato subito dopo la fotocopiatura delle stesse. Le fotocopie vengono conservate in segreteria in un armadio chiuso a chiave. Per SMS la responsabilità è del docente e di UNIMIB |
| | Attività amministrativa di supporto - Fotocopiatura delle prove d'esame o materiale con dati sensibili | L'accesso alle prove d'esame oggetto della stampa, è consentito agli operatori abilitati (personale amministrativo, Tutor) | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione, Tutor, Personale amministrativo e di supporto | Lettura, fotocopiatura , trasferimento su supporti informatici in modo improprio dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità. | basso | Durante la stampa e la successiva fotocopiatura del materiale vengono prese precauzioni al fine di non permettere la presenza di studenti o estranei nei locali della segreteria e/o del centro stampa. Le fotocopie delle prove d'esame vengono custodite in armadi chiusi a chiave. |
| | Attività formativa tirocinio: Programmazione sedi di tirocinio | Le sedi di tirocinio vengono programmate in base ai criteri definiti nei Regolamenti dei singoli CdL, in particolare nel rispetto della gradualità degli obiettivi di tirocinio e dell'acquisizione delle relative skills | Docente, Coordinatore dell'insegnamento, Responsabile didattico di sezione | Consentire o favorire sedi di tirocinio al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | La programmazione delle sedi di tirocinio viene effettuata dai tutor ed approvata dal Responsabile didattico di sezione nel rispetto di quanto definito dai Regolamenti dei CdL |
| | Proposta Convenzioni di Tirocinio tra ASST PG23 e strutture pubbliche private accreditate | La SS Formazione Universitaria propone alla SC Affari Generali dell'ASST PG23 di attivare convenzioni del singolo Corso di Laurea con strutture sanitarie-sociosanitarie pubbliche private accreditate, al fine di garantire il raggiungimento degli standard formativi degli studenti iscritti al proprio Corso di Laurea. Le strutture proposte soddisfano i requisiti tecnologici, professionali e strutturali come previsto dalla normativa vigente (DM 1997). | Dirigente FU, Responsabile didattico di sezione , SC Affari Generali | Favorire l'attivazione di convenzioni con strutture sanitarie al fine di ricevere per sé o un terzo un'utilità non dovuta ovvero anche solo promessa. | basso | I Responsabili didattici di sezione propongono le nuove Strutture da inserire nelle Convenzioni per il tirocinio rispettando i criteri didattici previsti dai rispettivi Regolamenti Attività svolta con la SC Affari Generali per gli aspetti di competenza. |
| | Attività formativa tirocinio: Programmazione turni ed orari degli studenti | La programmazione dei turni/orari di tirocinio viene effettuata in base agli orari dei professionisti (Assistenti di tirocinio) a cui sono affiancati gli studenti. Di norma lo studente segue il turno del professionista a cui è affiancato. | Responsabile didattico di sezione, Tutor anno di Corso | Consentire o favorire orari di tirocinio al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | La programmazione dei turni/orari è in linea con gli orari dei professionisti della sede identificata per il tirocinio dello studente. Eventuali casi particolari vengono valutati dal tutor della sede formativa, sentito il parere del Responsabile didattico di sezione |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|--|-------|--|
| Formazione professionale | Attività formativa tirocinio: Esame di tirocinio | Gli studenti dei Corsi di Laurea vengono valutati per ogni anno accademico secondo criteri definiti dai Regolamenti dei rispettivi CdL - Infermieristica: sintesi delle valutazioni ottenute nel corso dell'anno nelle: esercitazioni valutative,elaborati scritti e valutazioni sommative dei singoli tirocini; - TRM: colloquio; - Fisioterapia: elaborati e prova ad estrazione; Ostetricia: schede di valutazione tirocinio, MSCLM, colloquio orale | Commissione Esame di Tirocinio | Consentire o favorire azioni dolose di accesso alle prove di esame al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa. | basso | La commissione di tirocinio nominata annualmente dall'Università di riferimentoed è composta dal Responsabile didattico e dai Tutor del rispettivo CdL |
| | Preparazione/Svolgimento Esame finale di Laurea (prova abilitante) | L'esame Finale di Laurea si compone di due parti: prova pratica e discussione elaborato finale/tesi. La prova pratica (abilitante) consiste nel sottoporre allo studente un caso clinico da affrontare con uno scritto oppure con la dimostrazione di abilità pratiche attraverso la metodologia didattica della simulazione. Il superamento della prova pratica, permette il passaggio alla fase di discussione della tesi. la commissione prova finale viene nominata attraverso un delibera UNIMIB | Commissione prova finale esame di laurea (composta anche da Personale ASST PG 23) | Esporre/non esporre/occultare le informative per favorire qualcuno al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra attività non dovuta ovvero anche solo promessa; di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | il caso clinico per la prova finale viene preparato da un Commissione definita dalla sede accademica. I casi clinici scelti non sono noti al personale docente/tutor delle sedi formative.L'accesso alle prove avviene solo il giorno della prova finale in forma elettronica attraverso password, oppure attraverso la modalità dell'estrazione di una busta tra un numero di casi superiore al numero degli studenti.Secondo modalità definite da ogni CdL. |
| | Individuazione Responsabile Didattico di Sezione | La SS Formazione Universitaria si attiene a quanto regolamentato dalla Deliberazione VII/20950 del 16.2.2005 di Regione Lombardia. | Direttore Generale, Rettore, Consiglio Coordinamento Didattico, | Favorire la scelta del Responsabile Didattico di Sezione al fine di ricevere per sé o per un terzo un'utilità non dovuta ovvero anche solo promessa. | basso | La nomina del Responsabile Didattico di Sezione avviene attraverso la procedura selettiva interna all'ASST PG23 per gli incarichi di posizione organizzativa. La durata dell'incarico è conforme alla Deliberazione di selezione. Presso l'Università di riferimento, la nomina del Direttore delle attività didattiche viene rinnovata annualmente dal Consiglio di Coordinamento didattico, verso il candidato in possesso dei criteri curriculari - scientifici specifici, appartenente al medesimo profilo professionale del CdL in oggetto. |
| | Individuazione Tutor per CdL | La Deliberazione VII/20950 del 16.02.2005 di Regione Lombardia, specifica che "[...] le funzioni di tutorato per la formazione professionalizzante sono affidate a personale del profilo professionale attinente lo specifico Corso di Laurea La scelta del tutor avviene su proposta del Coordinatore didattico di sezione nell'entità riferita al rapporto ottimale tutor / studenti definito nello specifico allegato dei requisiti [.....]. nell'ASST PG 23 è attiva l'istruzioen operativa: l'IODPSSSGRU02 Trasferimenti interni e relativi allegati. Per SMS alcune indicazioni fanno riferimento alla Convenzione UNIMIB - ASSTPG23 del 2016 | Dirigente FU Responsabile Didattico di sezione Direttore DPSS Direttori SC | Favorire la scelta del Tutor del Corso di Laurea specifico al fine di ricevere per sé o per un terzo un'utilità non dovuta ovvero anche solo promessa. | basso | LA SS Formazione Universitaria d'intesa con la SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali - DAPSS individua il tutor dello specifico corso di laurea tra coloro che hanno formulato richiesta di trasferimento presso la SS Formazione Universitaria tenuto conto del curriculum; tra i requisiti preferenziali si individuano il possesso della laurea magistrale, l'esperienza clinica di almeno 3 anni e l'attività didattica svolta. Per SMS i Direttori SC individuano i Tutor sulla base del curriculum |
| | Individuazione Assistenti di Tirocinio | Gli assistenti di tirocinio devono essere in possesso dei requisiti descritti nell'IO dopo aver compilato una specifica domanda con allegato curriculum | Responsabile Didattico di sezione Coordinatore | Consentire o favorire un professionista ad esercitare la funzione di Assistente di Tirocinio al fine di ricevere altra utilità. | basso | Il Responsabile Didattico e i Tutor professionali si attengono all'Istruzione Operativa che elenca i criteri/requisiti di coloro che offrono la disponibilità a svolgere tale funzione. Gli Assistenti di Tirocinio vengono nominati annualmente dal il Consiglio di Coordinamento Didattico. |
| | Attività amministrativa di supporto - Gestione movimentazione posta interna, posta elettronica e telefonia | Per la sede del Matteo Rota e PG 23, il commesso inserisce la posta nella casella del Servizio chiuso a chiave all'interno di cassaforte dedicata. Il personale di supporto e Amministrativo ritira la corrispondenza con la chiave a disposizione della SS. Per la sede di via Maglio del Rame la posta è consegnata in apposita vaschetta interna alla segreteria in luogo sorvegliato fino alla consegna al destinatario. La posta elettronica viene gestita dal personale amministrativo. La FU ha un indirizzo comune, inoltre ogni CdL ha un proprio undirizzo di posta elettronica. La gestione della telefonia viene effettuata dal personale amministrativo e di supporto. | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione,Personale amministrativo e di supporto | Apertura/occultamento/manomissione della corrispondenza col fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | Il personale di supporto inserisce la posta nella casella del Servizio chiuso a chiave all'interno di Cassaforte dedicata e ove non presente la custodisce in apposita vaschetta interna alla segreteria. Il personale dedicato, per evitare l'uso illecito della posta elettronica e del sistema telefonico, si attiene scrupolosamente alla fonti informative della ASST PG23. |
| | Attività amministrativa di supporto - Sorveglianza ingressi non autorizzati nelle sedi: Antintrusione | L'apertura/chiusura della sede di Via Maglio del Rame avviene attraverso la procedura di gestione dell'impianto di allarme di un allarme antintrusione Nella sede del Matteo Rota è previsto il controllo da parte della Portineria e dei sorveglianti. Presso PG23, la sorveglianza rientra nelle regole stabilite dalla procedura aziendale. | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione, Personale amministrativo e di supporto, Tutor | Consentire o favorire ingressi impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | Continuare a gestire secondo le procedure: Il servizio di attivazione viene svolto sempre da guardia giurata al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione. L'apertura viene effettuata dal personale secondo procedura consegnata personalmente in busta chiusa. |
| | Attività amministrativa di supporto - Magazzino Materiali e Centro Stampa | Il personale di supporto provvede all'ordine del materiale necessario: presidi sanitari per esercitazioni di laboratorio, cancelleria e carta, attraverso il programma aziendale OLIAMM WEB . Controlla le giacenze e segnala eventuali carenze. | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione, Personale amministrativo e di supporto | Consentire o favorire l'appropriazione indebita o il furto di materiale in giacenza presso il magazzino dell'SS | basso | Effettuare controlli periodici sull'effettiva giacenza del materiale presente in magazzino, e segnalare eventuali anomalie al Responsabile didattico di sezione Gli stessi all'atto della consegna del materiale di consumo verificano che il quantitativo pervenuto corrisponda all'ordinato, vistano la bolla di consegna se presente. |
| | Attività amministrativa di supporto - Magazzino Materiali: Ricezione merci: controllo corrispondenza tra il materiale consegnato e l'ordine | Il personale di supporto nei giorni concordati per la consegna del materiale effettua immediatamente il controllo sul materiale consegnato attraverso la verifica della corrispondenza tra l'ordine e il materiale consegnato | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione, Personale amministrativo e di supporto | Consentire consegne di materiale, da parte dei corrieri, inferiori all'ordine effettuato al fine di ricevere per se o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Effettuare controllo sul materiale consegnato attraverso la verifica della corrispondenza con la bolla di consegna e segnalare al Responsabile didattico di sezione l'eventuale anomalia. |
| | Attività amministrativa di supporto - Gestione dati anagrafici | La gestione dei dati viene effettuata nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy e trattamento dati. | Dirigente FU, Responsabili didattici di sezione, Tutor, Personale amministrativo e di supporto | Divulgazione a terze parti dei dati anagrafici col fine di ricevere per sé o per terzi denaro o altra utilità non dovuta. | basso | L'accesso ai locali di segreteria, archivio, centro stampa sono riservati al personale autorizzato. |

SS Qualità e risk management

| ARE A DI RISC HIO | PROCESSO | DESCRIZIONE FASE | RESPONSA BILE | RISCHIO SPECIFICO DEL PROCESSO | MISURAZIONE DEL RISCHIO |
|-------------------------------|---|--|---|--|----------------------------|
| | Gestione degli Audit Interni di competenza | Predisposizione programma audit annuale | Responsabile Qualità Aziendale | 1) Richiedere benefit per indirizzare i report | basso |
| | | Piano Audit di dettaglio con definizione obiettivi e campo di applicazione dell'audit | Responsabile team audit | 2) Promettere benefit in cambio di trattamenti di favore | basso |
| | | Esecuzione audit | Team Audit | 3) Ricevere pressioni per omettere dati nel report | basso |
| | | Predisposizione risultanze audit e trasmissione ai Responsabili delle Unità oggetto dell'audit | Responsabile team audit | 4) Ricevere pressioni per omettere attività di audit | basso |
| | Gestione Audit /Ispezioni di parte terza | Gestione relazione con Ente Terzo che esegue audit/ispezione | Responsabile Qualità Aziendale | | basso |
| | | Affiancamento nelle attività di audit /ispezione di parte terza | Staff SS Qualità e risk management | | basso |
| | | Distribuzione condivisione delle risultanze dell'audit (report ed eventuali rilievi) | Responsabile Qualità Aziendale | | basso |
| | Gestione documentale | Identificazione della necessità di redazione di documento prescrittivo/regolatorio | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 1) Necessità di documento prescrittivo o regolatorio non evidenziata | basso |
| | | Formazione del gruppo di redazione | Responsabile Qualità Aziendale (Direzione Aziendale) | 2) Non coinvolgimento di tutti gli stakeholder nella definizione dei contenuti del documento | basso |
| | | Predisposizione del documento | Staff Qualità Aziendale e gruppo di lavoro | 2) Omissione di responsabilità e/o punti cio controllo nel documento | basso |
| | | | Staff Qualità Aziendale e gruppo di lavoro | 3) Ritardo nell'emissione dei documenti che regolamentano attività | basso |
| | | Indentificazione della NC e segnalazione | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 1) Mancata rilevazione della non conformità | basso |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|-------|
| Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | Gestione Non conformità e azioni correttive | Analisi delle cause delle NC | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 2) Mancata gestione della non conformità | basso |
| | | Pianificazione dell'azione correttiva | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 3) Condizionamento della verifica efficacia dell'azione correttiva | basso |
| | | Verifica efficacia dell'azione correttiva | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | | basso |
| | esame della Direzione | Programmazione Riesame della Direzione Aziendale | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 1) Riesame non svolto o con dati omessi | basso |
| | | Predisposizione report in ingresso al Riesame della Direzione | Responsabile Qualità Aziendale | 2) Condizionamento prioritizzazione delle azioni di miglioramento | basso |
| | | Predisposizione verbale e piano di miglioramento a seguito del riesame | Responsabile Qualità Aziendale | 3) Condizionamento nell'implementazione delle azioni di miglioramento | basso |
| | | Implementazione piano di miglioramento | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | | basso |
| | Analisi dei rischi | Identificazione dei processi da analizzare | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 1) Analisi dei rischi non svolta o con dati omessi | basso |
| | | Definizione ed applicazione oggettiva dei criteri di valutazione: livello di rischio, probabilità e rilevabilità | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | 2) Applicazione dei criteri di valutazione non oggettivi | basso |
| | | Effettuazione del percorso di valutazione e ponderatura del rischio | Responsabile Qualità Aziendale (Altre | 3) Condizionamento nello sviluppo delle azioni di mitigazione del | basso |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|--|-------|
| | Pianificazione e sviluppo delle azioni di mitigazione | Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali) | | basso |
| Formazione | Formulazione di proposta di programma formazione aziendale annuale in tema di qualità | Responsabile Qualità Aziendale | 1) Favorire una docenza in modo illecito | basso |
| | Selezione dei formatori | Responsabile Qualità Aziendale | 2) Favorire l'accesso al corso di formazione di un operatore a discapito di un altro | basso |
| | Selezione dei discenti | Responsabile Qualità Aziendale | | basso |
| Consulenza alle Unità | Programmazione attività di consulenza | Staff Qualità Aziendale | 1) Favorire una Unità rispetto alle altre | basso |
| | Erogazione e della consulenza | Staff Qualità Aziendale | | basso |

SS Servizio prevenzione e protezione -SSP

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|--------------------------|---------------------------------------|---|--|--|-------------------------|---|
| Prevenzione e protezione | SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE-SPP | Gestione adempimenti di cui all'art. 26 del D.Lgs. 81/08 - Valutazione dei rischi interferenziali in caso di affidamento lavori a ditte esterne | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Elaborazione di oneri per la sicurezza non appropriati | basso | Definizione dei criteri in procedura PSPSPP04 secondo quanto stabilita dalla letteratura. Criteri omogenei per tutto il Servizio |
| | | | | 2) Mancata verifica delle prescrizioni | basso | Effettuazione di sopralluoghi e riunioni di coordinamento (documentate da apposito verbale previsto per legge) |
| | | Scelta e fornitura dei D.P.I. e degli ausili per la sicurezza del lavoratore | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Indicazioni dei requisiti nel capitolato troppo ampi o ristretti | basso | I requisiti sono stabiliti da norme specifiche sulla certificazione di conformità dei DPI. |
| | | | | 2) Mancata verifica dei requisiti dei prodotti definiti per legge | basso | Procedura condivisa con SC Gestione acquisti, con invio delle offerte prima dell'aggiudicazione e rilascio di parere scritto da parte del SPP. Verifica in sede di riunione ex art. 35 d.lgs. 81/08 da parte dei rappresentanti dei lavoratori. |
| | | | | 3) Mancata definizione del fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza efficacia economicità | basso | Applicazione della procedura aziendale e compilazione del MOD20 “RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI DI NUOVA INTRODUZIONE” con verifica da parte della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane |
| | | Affidamento in outsourcing di attività di consulenza | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Pluralità di incarichi diversi al medesimo professionista | basso | La proposta di incarico di consulenze a favore del SPP, viene esaminata obbligatoriamente dalla direzione strategica ed in particolare dalla Direzione Generale (in quanto datore di lavoro) e dalla Direzione Sanitaria (alla quale il Spp risulta in staff). |
| | | | | 2) Mancata verifica del servizio richiesto | basso | Le consulenze di cui necessita il SPP hanno quale output finale la redazione di documenti obbligatori per legge, redatti secondo criteri stabiliti dalla norma stessa ovvero da linee guida e letteratura riconosciuta in materia. Questi documenti devono essere messi a disposizione degli organi di vigilanza. Il SPP pertanto verifica che i documenti prodotti siano sempre conformi a quanto stabilito dalla norma specifica prima di renderli ufficiali. |
| | | Redazione del Documento di valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs.81/08 | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Mancata individuazione dei rischi e delle successive misure di prevenzione e protezione | basso | Il Documento di valutazione dei rischi redatto, viene sottoposto, secondo quanto previsto dal d.lgs. 81/08, alla consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza che ne validano il contenuto. Il documento deve poi essere firmato, oltre che dal datore di lavoro (tramite delibera), dal medico competente e dagli stessi RLS. |
| | | Identificazione del rischio clinico | Risk Manager | 1) Mancata presa in carico di eventi avversi e/o di eventi sentinella a causa di pressioni ricevute dalle persone coinvolte nell'evento/dalla dirigenza della SC coinvolta nell'evento | basso | Formazione sulla necessità di segnalare gli eventi avversi e/o gli eventi sentinella mediante regole condivise descritte in procedura aziendale pari argomento e illustrazione dello strumento aziendale disponibile per la segnalazione degli eventi avversi e/o degli eventi sentinella (Incident Reporting). |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------|--|-------|--|
| RISK MANAGEMENT processo di gestione del rischio clinico | Gestione del rischio clinico | Risk Manager | 1) Mancata gestione di eventi avversi e/o eventi sentinella a causa di pressioni ricevute dalle persone coinvolte nell'evento/dalla dirigenza della SC coinvolta nell'evento | basso | La segnalazione di un evento avverso e/o evento sentinella deve avvenire mediante il sistema di Incident Reporting. La segnalazione giunge al gruppo direzione /DS,DM,DPSS, medicina legale, farmacia, affari legali): ciò consente una verifica della necessità di gestione degli eventi sentinella o degli eventi avversi con grave danno. |
| | Trattamento del rischio clinico | Risk Manager | 1) Inadeguatezze nelle proposte di acquisizione di apparecchiature medicali/dispositivi medici tesi a tutelare la sicurezza nel paziente | basso | La proposta di acquisizione di apparecchiature medicali/dispositivi medici tesi a tutelare la sicurezza del paziente o a prevenire danni, risente di un ampio processo di condivisione con diverse funzioni aziendali (DS, DM, DPSS, farmacia, ingegneria clinica). |
| | | | 2) Discrezionalità nella scelta dell'incaricato e dei criteri di assegnazione degli incarichi di docenza/formazione per il fabbisogno formativo dell'Agenzia | basso | Sottoporre la proposta di formatore/docenti esterni transita dalla SSD Formazione, che verifica il CV della persona identificata. |
| | | | 3) Predisposizione di regole aziendali per prevenire i danni sui pazienti (derivate dalle Linee Operative di Risk Management Direzione Generale Sanità) | basso | Gli obiettivi descritti all'interno delle linee operative di Risk management e poi trasferiti nel Piano annuale di Risk Management, rappresentano obiettivi in capo al Direttore generale. |
| | Monitoraggio del rischio clinico | Risk Manager | 1) Analisi della compliance alle regole aziendali emesse in materia di sicurezza del paziente | basso | Le richieste provenienti dalla Regione Lombardia giungono all'attenzione della Direzione generale, che avvalga i risultati prodotti. |
| | | | 2) Partecipazione a survey commissionate dalla Regione Lombardia | basso | Le richieste provenienti dalla Regione Lombardia giungono all'attenzione della Direzione generale, che avvalga i risultati prodotti. |

SS Servizio prevenzione e protezione-SSP

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|--------------------------|---------------------------------------|---|--|--|-------------------------|---|
| Prevenzione e protezione | SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE-SPP | Gestione adempimenti di cui all'art. 26 del D.Lgs. 81/08 - Valutazione dei rischi interferenziali in caso di affidamento lavori a ditte esterne | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Elaborazione di oneri per la sicurezza non appropriati | basso | Definizione dei criteri in procedura PSPSPP04 secondo quanto stabilita dalla letteratura. Criteri omogenei per tutto il Servizio |
| | | | | 2) Mancata verifica delle prescrizioni | basso | Effettuazione di sopralluoghi e riunioni di coordinamento (documentate da apposito verbale previsto per legge) |
| | | Scelta e fornitura dei D.P.I. e degli ausili per la sicurezza del lavoratore | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Indicazioni dei requisiti nel capitolato troppo ampi o ristretti | basso | I requisiti sono stabiliti da norme specifiche sulla certificazione di conformità dei DPI. |
| | | | | 2) Mancata verifica dei requisiti dei prodotti definiti per legge | basso | Procedura condivisa con SC Gestione acquisti, con invio delle offerte prima dell'aggiudicazione e rilascio di parere scritto da parte del SPP. Verifica in sede di riunione ex art. 35 d.lgs. 81/08 da parte dei rappresentanti dei lavoratori. |
| | | | | 3) Mancata definizione del fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza efficacia economicità | basso | Applicazione della procedura aziendale e compilazione del MOD20 “RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI DI NUOVA INTRODUZIONE” con verifica da parte della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane |
| | | Affidamento in outsourcing di attività di consulenza | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Pluralità di incarichi diversi al medesimo professionista | basso | La proposta di incarico di consulenze a favore del SPP, viene esaminata obbligatoriamente dalla direzione strategica ed in particolare dalla Direzione Generale (in quanto datore di lavoro) e dalla Direzione Sanitaria (alla quale il Spp risulta in staff). |
| | | | | 2) Mancata verifica del servizio richiesto | basso | Le consulenze di cui necessita il SPP hanno quale output finale la redazione di documenti obbligatori per legge, redatti secondo criteri stabiliti dalla norma stessa ovvero da linee guida e letteratura riconosciuta in materia. Questi documenti devono essere messi a disposizione degli organi di vigilanza. Il SPP pertanto verifica che i documenti prodotti siano sempre conformi a quanto stabilito dalla norma specifica prima di renderli ufficiali. |
| | | Redazione del Documento di valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs.81/08 | Responsabile servizio prevenzione e protezione | 1) Mancata individuazione dei rischi e delle successive misure di prevenzione e protezione | basso | Il Documento di valutazione dei rischi redatto, viene sottoposto, secondo quanto previsto dal d.lgs. 81/08, alla consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza che ne validano il contenuto. Il documento deve poi essere firmato, oltre che dal datore di lavoro (tramite delibera), dal medico competente e dagli stessi RLS. |
| | | Identificazione del rischio clinico | Risk Manager | 1) Mancata presa in carico di eventi avversi e/o di eventi sentinella a causa di pressioni ricevute dalle persone coinvolte nell'evento/dalla dirigenza della SC coinvolta nell'evento | basso | Formazione sulla necessità di segnalare gli eventi avversi e/o gli eventi sentinella mediante regole condivise descritte in procedura aziendale pari argomento e illustrazione dello strumento aziendale disponibile per la segnalazione degli eventi avversi e/o degli eventi sentinella (Incident Reporting). |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------|--|-------|--|
| RISK MANAGEMENT processo di gestione del rischio clinico | Gestione del rischio clinico | Risk Manager | 1) Mancata gestione di eventi avversi e/o eventi sentinella a causa di pressioni ricevute dalle persone coinvolte nell'evento/dalla dirigenza della SC coinvolta nell'evento | basso | La segnalazione di un evento avverso e/o evento sentinella deve avvenire mediante il sistema di Incident Reporting. La segnalazione giunge al gruppo direzione /DS,DM,DPSS, medicina legale, farmacia, affari legali): ciò consente una verifica della necessità di gestione degli eventi sentinella o degli eventi avversi con grave danno. |
| | Trattamento del rischio clinico | Risk Manager | 1) Inadeguatezze nelle proposte di acquisizione di apparecchiature medicali/dispositivi medici tesi a tutelare la sicurezza nel paziente | basso | La proposta di acquisizione di apparecchiature medicali/dispositivi medici tesi a tutelare la sicurezza del paziente o a prevenire danni, risente di un ampio processo di condivisione con diverse funzioni aziendali (DS, DM, DPSS, farmacia, ingegneria clinica). |
| | | | 2) Discrezionalità nella scelta dell'incaricato e dei criteri di assegnazione degli incarichi di docenza/formazione per il fabbisogno formativo dell'Agenzia | basso | Sottoporre la proposta di formatore/docenti esterni transita dalla SSD Formazione, che verifica il CV della persona identificata. |
| | | | 3) Predisposizione di regole aziendali per prevenire i danni sui pazienti (derivate dalle Linee Operative di Risk Management Direzione Generale Sanità) | basso | Gli obiettivi descritti all'interno delle linee operative di Risk management e poi trasferiti nel Piano annuale di Risk Management, rappresentano obiettivi in capo al Direttore generale. |
| | Monitoraggio del rischio clinico | Risk Manager | 1) Analisi della compliance alle regole aziendali emesse in materia di sicurezza del paziente | basso | Le richieste provenienti dalla Regione Lombardia giungono all'attenzione della Direzione generale, che avvalga i risultati prodotti. |
| | | | 2) Partecipazione a survey commissionate dalla Regione Lombardia | basso | Le richieste provenienti dalla Regione Lombardia giungono all'attenzione della Direzione generale, che avvalga i risultati prodotti. |

SSD Logistica e servizi economici

| AREA DI RISCHIO | PROCESSO | FASE | DESCRIZIONE FASE | RESPONSABILE | RISCHIO SPECIFICO | MISURAZIONE DEL RISCHIO | MISURE DI CONTRASTO |
|--|--------------------|---|--|--|---|-------------------------|---|
| Servizi a gestione diretta e logistica | PUNTO INFORMAZIONI | Gestione Accessi con veicoli: per PG23 ingresso CIV_EAS per Matteo Rota ingresso via Garibaldi | Ingresso CIV_EAS: rilascio dei PASS di accesso veicoli sulla base delle autorizzazioni pervenute da SSD Logistica e servizi economici e/o Direzione Medica di Presidio (quest'ultima per gli accessi di utenti con camper e utenti appartenenti alle categorie protette); Matteo Rota: rilascio dei PASS di accesso veicoli sulla base delle autorizzazioni pervenute da SSD Logistica e servizi economici e/o dall'Ufficio Tecnico Patrimoniale (quest'ultima per gli accessi di Ditte in convenzione per manutenzioni). | Capo Servizio e Operatori Tecnici CIV_EAS e Matteo Rota, in base al turno assegnato. | Consentire o favorire ingressi e soste, all'interno dell'Azienda, impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità; | basso | Gli operatori del CIV_EAS, al fine di prevenire ingressi di favore e quindi non autorizzati, si attengono alla procedura qualità indicata nella quale vengono definite le categorie autorizzate ad accedere all'interno della struttura ospedaliera attraverso l'ingresso del Pronto Soccorso. Gli operatori monitorano e tengono traccia su tabella dedicata di tutti gli accessi respinti non autorizzati al fine di definire eventuali azioni correttive. Viene effettuato un controllo visivo sul PASS rilasciato dagli uffici competenti ai soggetti autorizzati. Gli operatori della Portineria Matteo Rota si attengono al Regolamento emesso e consentono l'accesso solo alle categorie indicate nella Istruzione Operativa indicata. Nel caso di accessi sprovvisti di autorizzazione ne danno immediata comunicazione alla Direzione SSD Logistica e servizi economici. |
| | | Rilascio informazioni front-office e telefoniche | Gestione delle informazioni relative a tutti i Servizi ASSTPG23 da fornire ad utenti esterni e dipendenti in modo aggiornato, completo e sulla base di fonte sicura dell'informazione. | Capo Servizio e Operatori Tecnici Punto Informazioni, in base al turno assegnato. | Favorire la scelta di un servizio esterno al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | Le fonti di informazioni, riferite ai Servizi offerti dall'ASST PG23, sono definite ed aggiornate. Continuare a gestire secondo le procedure indicate. Intensificare l'interazione con le Unità Strutturali per il continuo aggiornamento delle fonti di informazione. Gli operatori del Servizio, per evitare il favoreggiamento di altre Strutture Sanitarie o determinati medici per ricavare guadagno o altra utilità (favori), si attengono alle fonti informative divulgate dalle Unità Strutturali della ASST PG23 tramite posta elettronica o WEB aziendale. Strumento indispensabile di lavoro è il faldone dedicato alla raccolta delle fonti aggiornate. Tutte le Fonti fornite all'utenza sono disponibili agli operatori in una cassettera numerata e ubicata sul bancone del Servizio. Nel caso di richiesta specifica di Medici in Libera Professione, l'operatore del servizio illustra le funzionalità del sito WEB aziendale ed invita l'utente a visitarlo nella sezione dedicata alla Libera Professione. |
| | | A) Rilascio informazioni su pz ricoverati (Front office e telefoniche) B) Rilascio credenziali G.A.S.S. (Gestione Accesso Semplificato ai Servizi) | A) Rispondere se la persona è ricoverata in Azienda e in quale reparto; B) Registrazione dati personali utenti che richiedono le credenziali personali per accedere al fascicolo F.S.E. (Fascicolo Sanitario Elettronico). | Capo Servizio e Operatori Tecnici Punto Informazioni, in base al turno assegnato. | Carente tutela della riservatezza. | basso | E' stata preservata la privacy dell'utente dopo aver coinvolto le Strutture interessate alla gestione del SW Galileo, facendo oscurare i dati personali dell'utente ricoverato che non consente la propria visibilità sullo stesso SW; il programma, pertanto, fornisce solo l'elenco dei ricoverati consenzienti. Per garantire maggiormente il rispetto della privacy nell'erogazione delle credenziali G.A.S.S. è stata chiesta una modifica strutturale, evasa parzialmente staccando la postazione dedicata al G.A.S.S. dal resto del bancone, utilizzato per l'accoglienza di utenti e dipendenti. |
| | | Gestione movimentazione posta interna e documentazione amministrativa e sanitaria | 1) Ritiro corrispondenza da Ufficio Postale Grandi Utenti in Via Galimberti - Bergamo; 2) Smistamento nei casellini dedicati alle SC/SS/SSD presso l'Ufficio Commessi; 3) Recapito della corrispondenza nelle casseforti dedicate o presso le Segreterie; 4) Compilazione del Mod.1IOS&LComm01 "Scheda firma giroposta mensile". | Operatore Tecnico Commesso in base al turno assegnato | 1) Apertura/occultamento/manomissione della corrispondenza col fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | Il commesso inserisce la posta nella casella del Servizio chiuso a chiave all'interno di Cassaforte dedicata firmando l'apposito modulo. Il personale del Reparto ritira la corrispondenza con la chiave in suo possesso. Ove non vi è cassaforte la posta è consegnata in apposita vaschetta interna al reparto in luogo protetto. Per prevenire i rischi connessi all'attività svolta, gli operatori del Servizio Commessi sia del PG23 che dell'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco si attengono scrupolosamente alla IOSeLComm01 "Movimentazione della corrispondenza", al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici", al Codice di Comportamento Aziendale, al D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR). Le registrazioni delle attività sono agli atti del Servizio Commessi. |
| COMMESSI | | Gestione delle informative | 1) Ritiro presso il Centro Stampa, la SS Comunicazione aziendale e relazioni esterne e la SS Ufficio relazione col pubblico (URP), del materiale informativo da esporre o da distribuire; 2) Affissione/distribuzione secondo indicazioni ricevute dalla Direzione; 3) Rimozione alla scadenza dell'evento. | Operatore Tecnico Commesso in base al turno assegnato | Esporre/non esporre/occultare/manomettere le informative per favorire qualcuno al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra attività non dovuta ovvero anche solo promessa; di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Il materiale esposto è solo quello strettamente autorizzato dalla Direzione Aziendale, con indicazione da parte della stessa del luogo di esposizione. Nelle sedi esterne sono presenti apposite bacheche. |
| | | Movimentazione cartelle cliniche | 1) Ritiro delle Cartelle Cliniche presso le SC/SS/SSD emittenti; 2) Consegna delle Cartelle Cliniche presso le SC/SS/SSD Destinatarie; 3) Registrazione sul Mod.1IOSA_Comm05 "Movimentazione Cartelle Cliniche". | Operatore Tecnico Commesso in base al turno assegnato | Lettura e/o fotocopiatura/occultamento/manomissione dei dati al fine di procurare per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa. | basso | Le Cartelle Cliniche vengono consegnate al Commesso dall'Unità emittente e inserite dallo stesso in buste, borse o carrelli chiusi, accompagnate da un modulo che riporta il numero delle cartelle cliniche da movimentare. Il Commesso è incaricato formalmente per il trattamento dei dati. |
| | | Trasporto materiale biologico | 1) Ritiro materiale biologico dalla SC/Struttura esterna mittente; 2) Consegna del materiale biologico alla SC/Struttura esterna destinataria; 3) Compilazione del ModIOSgd_AUTO1 "Trasporto materiale biologico". | Operatore Tecnico Commesso in base al turno assegnato | Lettura e/o fotocopiatura impropria dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità. | basso | Il materiale biologico trasportato è provvisto di codice a barre privo di dati anagrafici. Nel modulo di accompagnamento del materiale biologico non compaiono i dati anagrafici/sensibili del paziente. All'interno dei contenitori non si trasportano referti sanitari. La registrazione dei ritiri/consegne sono agli atti del Servizio Commessi. Gli operatori del Servizio Commessi sia del PG23 che dell'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco si attengono scrupolosamente alla procedura IOSeLComm04 "Trasporto materiale biologico" e alla procedura a valenza aziendale IOSPP22 "Istruzione operativa per trasporto materiali biologici fuori sede". |

| | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|-------|---|
| | Utilizzo dei veicoli aziendali | Adempimenti da rispettare nell'utilizzo dell'auto aziendale da parte dei dipendenti dell'ASST PG23 e da parte degli operatori Autisti. | Dipendenti ASST che utilizzano il veicolo aziendale, Capo Servizio e Operatori Tecnici Autisti in base al turno assegnato. | Utilizzo dei veicoli aziendali per scopi non istituzionali. | basso | Al fine di prevenire l'utilizzo dell'auto a scopi personali all'interno di ogni mezzo vi è un libretto di viaggio atto a dimostrare la causa di utilizzo. I libretti di viaggio, una volta esauriti, vengono consegnati al Capo Servizio degli Autisti e conservati presso l'Autorimessa aziendale per 12 mesi. I viaggi effettuati dagli operatori del servizio autisti sono invece registrati nel software MAP Proveco. L'uso e gestione dei veicoli Aziendali è disciplinato nel "Regolamento sull'uso e gestione dei veicoli aziendali" che viene consegnato agli operatori Autisti di nuova acquisizione per una adeguata formazione ed informazione. Tale Regolamento è altresì disponibile a tutti i dipendenti dell'ASST sul sito intranet aziendale Oracolo, nelle procedure del mini sito Qualità. |
| AUTISTI | Trasporto materiale biologico fuori provincia, nell'ambito della Regione Lombardia (da parte degli Autisti). | 1) Ritiro materiale biologico dalla SC/Struttura mittente; 2) Consegna del materiale biologico alla SC /Struttura destinataria; 3) Compilazione del ModIOSgd_AUTO1 "Trasporto materiale biologico". | Capo Servizio e Operatori Tecnici Autisti in base al turno assegnato. | Lettura e/o fotocopiatura impropria dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità. | basso | Nel modulo utilizzato per il trasporto dei campioni biologici non compaiono i dati anagrafici/sensibili del paziente che sono invece inseriti in un documento chiuso all'interno del contenitore. Gli operatori del servizio non hanno pertanto la possibilità di lettura e/o fotocopiatura degli stessi. Gli operatori Autisti si attengono alla procedura interna IOSel_Aut01 "trasporto di materiale biologico" e alla procedura a valenza aziendale IOSPP22 "Istruzione operativa per trasporto materiali biologici fuori sede". |
| | Trasporto personale | Trasporto con l'auto aziendale della Direzione Strategica, del personale dipendente dell'ASSTPG23 autorizzato per motivi di servizio e ospiti della Direzione. | Capo Servizio e Operatori Tecnici Autisti, in base al turno assegnato. | Trasporto di persone non a fini istituzionali, al fine di ricevere per se' o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa. | basso | L'istruzione Operativa IOSel_AUT04 "Trasporto di persone" definisce i criteri per il trasporto di personale aziendale. Attraverso i modelli utilizzati per il trasporto di personale, l'autista è autorizzato a trasportare il personale solo nel caso in cui i viaggi corrispondano con quelli da loro programmati (trasporto ordinario). Nel caso in cui il viaggio non corrisponda con una delle loro destinazioni programmate, è necessaria un'autorizzazione straordinaria rilasciata dal D.A., D.S. o D.S.S (trasporto straordinario). Attraverso l'utilizzo di un software aziendale "Prenotazione Auto" è stato incentivato l'utilizzo delle auto in condivisione del Punto Informazioni a favore di tutti gli utenti aziendali (implementate di un ulteriore mezzo) e quelle del Dipartimento Servizi & Tecnologie a favore dei dipendenti afferenti. |
| | Gestione autoparco aziendale | Monitoraggio e verifica delle manutenzioni e dei consumi carburante, ritiro ed archiviazione libro macchina di tutto l'autoparco aziendale in proprietà e a noleggio. | Capo Servizio Autisti. Per le riparazioni di rilevante interesse economico Funzionario Tecnico SSD Logistica e servizi economali | Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto o altrui utilità. | basso | Il Parco auto si compone di veicoli a noleggio e in proprietà. Per le auto a noleggio i costi della gestione ordinaria e straordinaria sono a carico della compagnia. Per le auto in proprietà la manutenzione è legata a contratti in appalto il cui buon funzionamento (qualitativo ed economico) è monitorato dal Capo Servizio Autisti. Le riparazioni che comportano un impegno di rilievo economico sono sempre validate dal Funzionario/Dirigente. Per il carburante, ogni autovettura è fornita di tessera per il rifornimento (fuel card) corredata dalle istruzioni di utilizzo. Gli scontrini, su cui dev'essere annotata la targa del mezzo e la firma dell'utilizzatore, devono essere consegnati al Servizio Autisti per la registrazione tramite software Map. La verifica dell'ammontare dei litri mensili di carburante consumato rispetto al totale indicato in fattura è a cura del Capo Servizio. |
| RISTORAZIONE | Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area ristorazione | Le fasi di controllo delle attività avvengono su tutta la filiera igienico sanitaria PG23 in particolare: - controllo sulla produzione e distribuzione dei pasti; -controllo sulla gestione degli alimenti stoccati nei magazzini e celle frigorifere; -controllo stato igienico di ambienti ed attrezzature e modalità di pulizia e sanificazione; -controllo dell'abbigliamento e comportamento degli addetti durante la fase di preparazione e confezionamento a nastro dei vassoi; -controllo sulle rendicontazioni mensili; - riunioni periodiche sull'andamento del servizio; | Operatori Controllo Appalto | Mancata/inveritiera segnalazione delle anomalie e delle non conformità dei processi dell'area ristorazione in outsourcing gestite con la compilazione di n. 7 check list (settimanali/quindicinali/mensili) al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre il terzo a dare/promettere denaro o altra utilità | basso | I Controlli vengono effettuati da tutti i componenti del Gruppo Controllo Appalto tramite la compilazione di n. 7 check list desunte dal Disciplinare di Concessione. Le anomalie del servizio sono gestite con indici di gravità da 1 a 4, in base agli articoli che compongono il Disciplinare di gara elaborato dall'ASST e sottoscritto dal Concessionario |
| | Attività di controllo produzione pasti per degenti | Controllo della corretta manipolazione degli alimenti e della preparazione dei piatti secondo il dietetico aziendale. | Operatori Controllo Appalto | Modifica delle preparazioni e mancato rispetto delle procedure previste dal Disciplinare di Concessione da parte della Ditta | basso | Controllo giornaliero a rotazione da parte di tutti gli operatori del Controllo Appalto di tutte le fasi di produzione secondo il Disciplinare con apertura di non conformità in caso di mancato rispetto |
| | Gestione dell'attività di controllo sulla distribuzione pasti per degenti | Controllo sulla corretta quantità nella distribuzione a nastro con la registrazione su apposito modulo (Registro di monitoraggio preparazione piatti) con la seguente modalità: vengono controllati 10 piatti a campione su 3 tipologie di preparazione (un primo piatto, un secondo piatto e un contorno) per un totale di 30 piatti. Questa attività viene svolta due volte al mese. Nelle US in fase di ricevimento del carrello a rotazione in tutti i reparti una volta al mese. I controlli sono relativi a: 1) ora di arrivo carrello pasto; 2) corretto abbigliamento di chi effettua il servizio di distribuzione; 3) corretta verifica "on" a cura del personale US, all'apertura del carrello prima di procedere alla distribuzione; 4) corretta distribuzione dei vassoi (scambio piatti e/o vassoi da parte del personale di US o errata composizione del vassoio da parte della cucina); 5) modalità di conservazione dei vassoi in caso di assenza momentanea del degente; 6) verifica temperature dei piatti freddi e caldi che compongono il vassoio campione; 7) interviste ai degenti (ad almeno 50% dei ricoverati) con domande riguardanti la gradibilità dei primi e secondi piatti, dei contorni e della frutta, varietà dei piatti proposti, sensazione delle temperature dei cibi, pulizie delle stoviglie). | Operatori Controllo Appalto | Assemblamento dei piatti in fase di preparazione vassoi con grammatura inferiore rispetto a quanto previsto da dietetico ospedaliero. Mancata segnalazione della temperatura non conforme all'arrivo del carrello trasporto pasti in reparto al fine di procurare a sé ingiusto profitto o altra utilità. | basso | Controllo visivo giornaliero durante confezionamento vassoi, a rotazione da parte di tutti gli operatori del Controllo Appalto, e ulteriore controllo minimo quindicinale di pesatura di n. 10 piatti a campione per tipologia di preparazione con evidenza dei controlli e dei risultati secondo indicatori monitorati in qualità. In caso di temperatura non conforme del carrello nella U.S. vengono eseguite le seguenti operazioni: 1) blocco della distribuzione dei pasti; 2) telefonata tempestiva alla cucina al fine di riallestire un nuovo carrello con i pasti corrispondenti alle prenotazioni; 3) rientro immediato del carrello non conforme con eliminazione degli alimenti ivi contenuti; 4) rigenerazione della temperatura (15 minuti) del carrello da riallestire; 5) allestimento e consegna del nuovo carrello nella U.S.; 6) verifica finale della temperatura al ricevimento nella U.S. |

| | | | | | | |
|--------------|---|--|--|---|-------|---|
| AREA TESSUTO | Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area tessuto | 1) Estrazione dei dati dal sw di gestione della biancheria in contraddittorio con il gestore del servizio al fine della rendicontazione economica; 2) invio dei dati all'Ufficio Servizi in Concessione per la rendicontazione economica; 3) produzione report annuale per singole strutture dei capi persi e incontro con i Coordinatori per sensibilizzazione del personale alla corretta movimentazione e gestione della biancheria. | Operatori Controllo Appalto Area Tessuto | Mancata restituzione al lavaggio dei capi di biancheria pulita ricevuti al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto o altra utilità. | basso | <p>Rintracciabilità della biancheria e delle divise mediante microchippatura, che consente di risalire al Soggetto consegnatario.</p> <p>Il controllo sul rischio connesso all'attività di controllo sul Servizio di Lavanolo è effettuato dal personale del Servizio Controllo Appalto Area Tessuto:</p> <p>Il controllo avviene semestralmente mediante l'estrazione dei dati dal sw di gestione per la movimentazione dei capi non più inviati al lavaggio. L'estrazione dei dati avviene in contraddittorio fra le parti.</p> <p>Sono state intraprese azioni per sensibilizzare i fruitori del Servizio al rispetto degli obblighi contrattuali con il Concessionario:</p> <ul style="list-style-type: none">- nel 2013 sono stati inviati dal Controllo di Gestione a tutte le Strutture i dati relativi alla mancata restituzione al lavaggio dei capi di biancheria pulita ricevuti;- nel 2014 si sono svolti incontri Dipartimentali informativi da parte della SSD Logistica e servizi economici e del DPSS per la correzione del problema;- nel 2015 e nel 2016 sono state effettuate le verifiche con il Concessionario dei flussi di biancheria inviati al lavaggio dalle varie SC e sono stati consegnati ai Coordinatori i Report relativi ai capi di biancheria non restituiti al lavaggio dalla data di avvio del Servizio;- Nel 2017 sono stati consegnati ai Coordinatori i Report relativi ai capi di biancheria non restituiti al lavaggio; <p>Nel corso dal 2018 sono attivate ulteriori azioni di miglioramento, come di seguito declinate:</p> <ul style="list-style-type: none">- sopralluoghi in vari locali dell'ASST al fine di rinvenire eventuali capi di biancheria giacenti da tempo;- incontri informativi da parte del Controllo Appalto con i Coordinatori Infermieristici e Tecnici per responsabilizzare ulteriormente il personale di Reparto alla corretta movimentazione della biancheria, al fine di evitare il fenomeno dei capi persi. <p>Nel 2017 si è programmato di effettuare bimestralmente le estrazioni dal sw di gestione sulla movimentazione delle divise di rappresentanza di tutti i Servizi afferenti alla SSD Logistica e servizi economici al fine di monitorare e sensibilizzare maggiormente gli operatori al rispetto del Regolamento aziendale sull'uso della divisa, nonché per ottemperare agli impegni dell'ASST nei confronti del Concessionario.</p> |
| | Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area tessuto | 1) controllo a campione in contraddittorio con il Gestore del Servizio presso i Reparti, nei carrelli della biancheria e degli effetti lettereschi puliti e nei locali del distributore automatico delle divise; 2) compilazione del Mod.2IOS<ess03 "Prospetto rendicontazione anomalie biancheria" e Mod.2IOS<ess05 "Rilevazioni al distributore"; 3) compilazione Check ist di riferimento; 4) associazione della causale "Reso non conforme" e "annullamento per rottamazione nel sw di gestione della biancheria"; 4) compilazione e monitoraggio indicatori; 5) invio indicatori al Concessionario e al Gestore del Servizio; 6) apertura eventuali Non Conformità e relativa gestione; 6) riunioni periodiche con il Concessionario il Gestore del Servizio; 8) applicazione eventuale penale. | Operatori Controllo Appalto Area Tessuto | Mancato controllo sulla qualità della biancheria e delle divise nel rispetto del contratto di concessione al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto o altra utilità. | basso | Il rischio connesso all'attività di controllo sul Servizio di Lavanolo è effettuato dal personale del Servizio Controllo Appalto Area Tessuto mediante controlli periodici di carattere sensoriale e visivo (giornalieri, settimanali e mensili) presso i locali guardaroba, i reparti di degenza, il distributore di divise e i punti di raccolta delle divise sporche di tutta l'ASST, con la compilazione di dettagliate liste di controllo studiate e redatte a fronte del capitolato generale e del capitolato speciale di concessione, al fine di rilevare macchie, strappi, stropicciature e usura. |
| | Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area tessuto | 1) estrazione dei dati relativi alla giacenza a magazzino dal sw di gestione della biancheria; 2) conteggio a campione dei capi presenti nel magazzino; 3) compilazione check List di riferimento; 4) apertura eventuali Non Conformità e relativa gestione; 5) riunioni periodiche con il Concessionario il Gestore del Servizio; 8) applicazione eventuale penale | Operatori Controllo Appalto Area Tessuto | Mancato controllo sulle scorte di biancheria microchippata a magazzino h48 nel rispetto del contratto di concessione al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto o altra utilità. | basso | In base ai parametri fissati in accordo con il Gestore del Servizio, il controllo mira a verificare l'eventuale sfioramento del valore soglia concordato. |
| CENTRALINO | Gestione chiamate telefoniche da parte del Servizio Centralino | Smistamento delle chiamate telefoniche interne ed esterne in entrata ed in uscita dell'ASST PG23. | Capo Servizio ed Operatori Tecnici Centralino, in base al turno assegnato. | Uso illecito del centralino per conseguire un indebito guadagno o utilità. | basso | Il rischio connesso all'attività di controllo sul Servizio di Lavanolo è effettuato dal personale del Servizio Controllo Appalto Area Tessuto mediante controlli settimanali presso i magazzini del PG23 e dell'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, con il conteggio manuale a campione dei capi microchippati presenti e verificandone la corrispondenza con i dati rilevati dal software e successiva compilazione di dettagliate liste di controllo, studiate e redatte a fronte del capitolato generale e del capitolato speciale della concessione. |
| | SORVEGLIANZA SU ALLARMI: | Attivazione per competenza del personale di emergenza (guardie giurate, squadra antincendio, manutenzione e "unità di crisi") da inviare sul luogo dell'allarme. Attivazione se necessario, secondo procedure, di soggetti esterni quali Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine e 118. | Caposervizio e Guardie Giurate presenti in CGE o Portineria B.P. | Consentire o favorire ingressi impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | medio | Il servizio viene svolto sempre da due guardie (Per la sede di Borgo Palazzo solo dalle 08:00 alle 16:00 presenza di 2 gpg) al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione |
| | Sistema di vigilanza | Visione live telecamere Esportazione, visione e salvataggio immagini registrate su richiesta FFOO e/o Direzione N.B. Per la sede di Borgo Palazzo solo visione live | Caposervizio e Guardie Giurate formalmente incaricate | Consentire o favorire azioni dolose al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | Confronto tra tabulato software Desigo, rapporto di servizio guardie giurate e visione immagini sistema videosorveglianza. |
| | Gestione chiavi | Consegna chiavi dei locali richiesti da parte del personale dipendente e/o operatori di Ditte affidatarie di appalto (pulizie, manutenzione etc...) | Caposervizio e Guardie Giurate presenti in CGE o in Portineria B.P. | Consentire o favorire ingressi impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione. Ulteriore garanzia è l'apposizione della firma sul tabulato "Ritiro Chiavi" da parte della Guardia e dell'Utente che ritira. |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|---|---|-------|---|
| VIGILANZA | Custodia documenti e/o oggetti smarriti all'interno dell'ASST e presa in carico defli effetti e/o documenti personali di proprietà della persona assistita | 1) Riconsegna di effetti (documenti, telefoni, somme di denaro, borse, vestiti etc.) rinvenuto dal personale presso i locali del PG23 2) Riconsegna di effetti e/o documenti personali di pazienti in stato di incoscienza o impossibilitati a custodire i propri beni (per somme super. a 1000 euro) | Caposervizio e Guardie Giurate presenti in CGE | Appropriazione indebita di beni altrui o Lettura/fotocopiatura impropria dei dati ai fini procurare a se o ad altri un'utilità. Reati configurabili: Appropriazione Indebita: Art 646 CP Violazione Privacy d.lgs 196/03 - Regolamento EU 679/2019 | basso | Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di appropriazione indebita e violazione della privacy. Ulteriore garanzia è la compilazione del verbale di ritiro oggetti smarriti. |
| | Ritiro incassi/trasporto valori | 1) Ritiro degli incassi presso il Centro Prelievi e relativo trasporto al Cup Centrale con consegna al Cassiere 2) Ritiro incassi presso il "Rivalutatore mensa" unitamente al personale del Fondo Economico e relativo deposito presso la Banca | Guardie Giurate | Appropriazione indebita di beni altrui. Reati configurabili: Appropriazione Indebita: Art 646 CP | basso | Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di appropriazione indebita. Successivamente le buste vengono trasportate e consegnate al cassiere del Cup Centrale. E' previsto un verbale "ritiro versamenti CUP" contenente un codice riportato sulle buste termosaldate consegnate dai punti di riscossione, le firme degli operatori e delle g.p.g.. |
| | Apertura e chiusura varchi in CGE - Aperture straordinarie dei locali di proprietà | Apertura dei cancelli da remoto e/o in loco da parte delle guardie ai soggetti autorizzati: PG23: Polo tecnologico, "Quadrilatero", Camera mortuaria, Polo intermodale, Autorimessa 118, Borgo Palazzo: SERD e Continuità assistenziale Per entrambe le sedi: aperture/chiusure straordinarie dei locali per gli operatori delle Ditte presenti in Azienda a vario titolo | Guardie Giurate | Consentire o favorire ingressi impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | Il servizio viene svolto sempre da due guardie (Per la sede di Borgo Palazzo solo dalle 08:00 alle 16:00 presenza di 2 gpg) al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione E' disponibile un elenco di soggetti autorizzati all'ingresso che viene puntualmente aggiornato. Le Ditte autorizzate alla sosta dispongono di idoneo pass autorizzativo rinnovato annualmente. |
| | Vigilanza attiva H 24 (Sedi: PG23 e Borgo Palazzo) | Pattugliamento all'interno della Struttura per garantire la sicurezza dei beni immobili e mobili | Guardie Giurate | Consentire o favorire azioni dolose al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione. Le gpg provvedono a redigere il rapporto di servizio contenente gli episodi ritenuti rilevanti. Si provvede alla verifica delle timbrature di presenza di tutte le gpg in servizio con verifica diretta in cge dell'effettiva presenza. |
| | Portineria Borgo Palazzo | Servizio di ricezione telefonica per attivazione della Guardia Igienica e comunicazione delle visite necroscopiche, emergenza caldo, disponibilità veterinarie e micologica Servizio di Portineria con gestione posta e indicazioni all'utenza etc.... | Guardie Giurate | Consentire o favorire azioni dolose al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. Reati configurabili: corruzione Art 25 d.lgs 231/01 artt 318-319 CP, Concussione: Art 25 d.lgs 231/01 art 317 CP | basso | La gestione della posta consiste nello smistamento delle buste in apposite caselle intestate ai destinatari che viene svolto a turno secondo presenza in loco. Tutte le telefonate di attivazione GIP - veterinario - etc, sono riportate su apposito report inviato il primo giorno lavorativo successivo alla chiamata al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS. |
| MAGAZZINO | Ricezione merci: controllo corrispondenza tra il materiale consegnato e l'ordine | Ricevimento e accettazione dei beni | Appaltatore Esterno | Consentire consegne di materiale, da parte dei corrieri, inferiori all'ordine effettuato al fine di ricevere per se o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Effettuare sopralluoghi almeno trimestrali, dell'effettiva giacenza del materiale presente in magazzino. Inventario generale semestrale. |
| | Ricezione merci: controllo vita media residua del materiale superiore ai 2/3 | Ricevimento e accettazione dei beni | Appaltatore Esterno | Consentire consegne di Dispositivi Medici, da parte dei fornitori, con vita media residua inferiore ai 2/3 al fine di ricevere per se o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Verifica dei controlli lotti/scadenze da parte della SC Farmacia Interna. |
| | Stoccaggio merci: controllo giacenze | Stoccaggio e conservazione | Appaltatore Esterno | Consentire o favorire l'appropriazione indebita o il furto di materiale in giacenza presso il Magazzino generale | basso | Effettuare sopralluoghi almeno trimestrali, dell'effettiva giacenza del materiale presente in magazzino. Inventario generale semestrale. |
| | Consegna merci alla SC | Movimentazione dei beni | Appaltatore Esterno | Consentire o favorire l'appropriazione indebita o il furto di materiale in consegna alle SC | basso | Controllo a campione mensile dei Carrelli del Trasporto Pesante in partenza dal Mag. Generale e dal Mag. Interporto diretti alle U.O. |
| | Controllo requisiti e procedure del Capitolato Speciale d'Appalto | Controlli periodici | DEC / Operatore SSD Logistica e servizi economici | Consentire o favorire omissioni o negligenze rispetto a quanto previsto dal Capitolato Speciale D'Appalto e dalle Procedure al fine di ricevere per se o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Rotazione dei soggetti preposti ai controlli periodici presso il Magazzino Generale, il Magazzino Interporto, la Farmacia Interna e i Laboratori Analisi. |
| NAVETTE | Trasporto utente con difficoltà motorie | Richiesta telefonica o diretta da parte dell'utente con difficoltà motorie per il trasporto interno/esterno con navetta | Capo Servizio e autisti | 1) Richiesta di trasporto in luoghi non conformi al percorso prestabilito al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità 2) Richiesta di prestazioni non conformi al regolamento (trasporto di cose-richieste di trasporto ed attese) al fine al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità 3) Richiesta di trasporto fuori orario di servizio al fine al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità | basso | Verifica a campione della correttezza del trasporto da parte dell'Ufficio preposto |
| | | | | | basso | Verifica a campione della correttezza del trasporto da parte dell'Ufficio preposto |
| | | | | | basso | Verifica a campione della correttezza del trasporto da parte dell'Ufficio preposto |
| | Rapporti con la ditta di noleggio navette | Il C.S. contatta telefonico il noleggiatore e inoltra e-mail p.c. al Direttore SSD Logistica e servizi economici per segnalare guasto. Compilazione del registro delle manutenzioni. | Capo Servizio e un autista | Richiesta da parte del noleggiatore di non segnalare riportare su file delle manutenzioni in qualità i guasti e le anomalie delle vetture in cambio di denaro | basso | Il Capo Servizio che gestisce i rapporti con la Ditta di noleggio comunica alla SSD Logistica e servizi economici tutti gli interventi di manutenzione richiesti per controllo incrociato tra richiesta/effettuazione dello stesso. |
| | Riordino carrozzelle a gettone e posizionamento delle stesse nei punti di stationamento | Tutti i giorni e in diverse fasce orarie l'operatore addetto controlla che le postazioni siano sempre rifornite e compila una tabella sulla presenza delle stesse. Verifica dello stato delle carrozzelle e provvede alla consegna delle stesse al manutentore, previa richiesta nel SW Mainsim. | Operatore addetto al riordino delle carrozzelle | Facilitare l'appropriazione indebita da parte dell'utente della carrozzella al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre il terzo a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Conteggio mensile da parte di altro operatore del servizio del numero delle carrozzelle. |
| CENTRO STAMPA | Fotocopiatura delle Cartelle Cliniche richieste dal paziente | 1) Stampa, nei giorni prestabiliti, dell'e-mail inviata da Archivio Cartelle cliniche che comunica il numero di cartelle da stampare 2) Scarico files da cartella condivisa con Archivio Cartelle Cliniche per effettuazione della stampa 3) Stampa delle cartelle cliniche richieste 4) Inserimento cartelle stampate nel carrello speciale chiuso con ante 5) ritiro da parte dell'operatore Archivio Cartelle Cliniche previa firma del registro di consegna 6) Registrazione di produzione e contabile dell'attività di stampa effettuata | Operatore amministrativo Centro Stampa Operatore tecnico Centro Stampa Operatore Archivio Cartelle Cliniche | Letture, fotocopiatura, trasferimento su supporti informatici in modo improprio dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità. | basso | Nell'attuale procedura è stato eliminato l'accesso degli Operatori del Centro Stampa al software Galileo. E' stata apportata una variazione del programma medesimo al fine di ottenere un'estrapolazione dei files in PDF relativa alle sole cartelle dei pazienti dimessi che dovranno essere stampate. Tale variazione del programma ha comportato il vantaggio in termini di privacy di limitare ad un solo mese la visione delle cartelle, evitando che si crei un archivio parallelo delle cartelle cliniche presso il Centro Stampa. L'operatore del Centro stampa accede alla stazione del trasporto leggero e utilizza il badge per servirsi del software di spedizione delle cartelle cliniche. |

| | | | | | | |
|------------------|--|---|--|---|-------|--|
| | Processo di stampa e di distribuzione tramite Trasporto Leggero delle Cartelle Cliniche Elettroniche | 1) Nei giorni prestabiliti viene effettuato scarico files da cartella informatica generata automaticamente dal software (Galileo) per l'esecuzione della stampa 2) Stampa delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi 3) Suddivisione e impacchettamento delle cartelle per gli Uffici Cartelle Cliniche in plichi sigillati in modo da proteggere i dati sensibili 4) Invio delle cartelle agli Uffici Cartelle Cliniche tramite Trasporto Leggero automatizzato (uffici sede) o tramite commessi (uffici territorio) 5) Registrazione di produzione e contabile dell'attività di stampa effettuata | Operatore amministrativo Centro Stampa Operatore tecnico Centro Stampa | Lettura, fotocopiatura , trasferimento su supporti informatici in modo improprio dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità. | basso | I ricettari vengono custoditi in apposito locale chiuso a chiave, in cui non è consentito l'accesso ai soggetti non autorizzati. |
| CENTRO STAMPA | Stoccaggio e distribuzione ricettari regionali | 1) Presa in carico dal corriere dell'Istituto Poligrafico Zecca di Stato e stoccaggio dei ricettari 2) richiesta dei ricettari da parte dell'operatore incaricato dalla SC Area accoglienza - CUP 3) gestione richiesta ricettari da parte dell'operatore del Centro Stampa con assegnazione alle SC/SS/SSD richiedenti 4) distribuzione ricettari 5) registrazione dei dati e dei codici relativi ai ricettari | Operatore amministrativo Centro Stampa Operatore amministrativo della SC Area accoglienza - CUP Operatore tecnico Commessi | Appropriazione ed utilizzo illecito dei ricettari da parte di soggetti non autorizzati | basso | I format dei documenti originali sono accessibili agli operatori del Centro Stampa abilitati a seguito di registrazione. La distribuzione avviene con la modalità di Trasporto Pesante con carrello chiuso a chiave, di consegna mediante Commesso per le sedi esterne e Trasporto leggero automatizzato su richiesta |
| | Stampa e stoccaggio della modulistica ospedaliera | 1) Stampa su richiesta delle SC/SS/SSD aziendali di: -modulistica codificata -documenti non codificati 2) Allestimento della richiesta e distribuzione finalizzata alla consegna mediante Trasporto Pesante, Commesso e Trasporto leggero automatizzato 3) Stoccaggio dei prodotti stampati in attesa della consegna ai richiedenti 4) Contabilizzazione tramite il software aziendale del carico e scarico ai centri di costo delle SC/SS/SSD richiedenti | Operatore amministrativo Centro Stampa Operatore tecnico Centro Stampa | Appropriazione ed utilizzo illecito da parte di soggetti non autorizzati all'uso dei moduli | basso | L'approvvigionamento del materiale di consumo è effettuato dal Responsabile del Centro Stampa o da suo delegato nei termini stabiliti dalle procedure specifiche aziendali inerenti l'approvvigionamento di beni. Gli operatori all'atto della consegna del materiale di consumo verificano che il quantitativo pervenuto corrisponda all'ordinato, vistano la bolla di consegna e riferiscono al Responsabile o suo delegato. |
| | Approvvigionamento, stoccaggio e custodia del materiale di consumo per la stampa | 1) Proposta di acquisto di materiale di consumo mediante software Oliamm da parte del Capo Servizio 2) Effettuazione dell'ordine da Politiche e gestione degli acquisti 3) ricevimento merce e verifica di corrispondenza con il documento di trasporto e con l'ordine 4) Registrazione in Oliamm come carico per acquisto 5) Stoccaggio presso i locali del Centro Stampa | Capo Servizio Centro Stampa Operatore tecnico Centro Stampa | Appropriazione ed utilizzo illecito del materiale di consumo (carta, cartoncino, bobine di plastica,ecc.) | basso | L'approvvigionamento del materiale di consumo è effettuato dal Responsabile del Centro Stampa o da suo delegato nei termini stabiliti dalle procedure specifiche aziendali inerenti l'approvvigionamento di beni. Gli operatori all'atto della consegna del materiale di consumo verificano che il quantitativo pervenuto corrisponda all'ordinato, vistano la bolla di consegna e riferiscono al Responsabile o suo delegato. |
| RISTORAZIONE SGB | Gestione dell'attività di controllo sul servizio di ristorazione SGB | Le fasi di controllo delle attività avvengono su tutta la filiera igienico sanitaria in particolare: - controllo sulla produzione e distribuzione dei pasti; -controllo sulla gestione degli alimenti stoccati nei magazzini e celle frigorifere; -controllo stato igienico di ambienti ed attrezzature e modalità di pulizia e sanificazione; -controllo dell'abbigliamento e comportamento degli addetti durante la fase di preparazione e confezionamento a nastro dei vassoi; -controllo sulle rendicontazioni mensili di tutto quanto fornito per i servizi di ristorazione ; - monitoraggi del grado di gradimento dei servizi ristorazione (mensa); - riunioni periodiche sull' andamento del servizio. | Operatori Controllo Appalto e due Coordinatori Infermieristici DPSS (uno PG23 e uno SGB) | Mancata/inveritiera segnalazione delle non conformità dei processi dell'area ristorazione gestite con la compilazione di n. 2 check list (mensili) al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa ovvero al fine di indurre il terzo a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Il controllo sul Servizio di Ristorazione SGB è effettuato dal personale del Controllo Appalto con verifiche periodiche senza preavviso alla Ditta e a rotazione del personale del Controllo Appalto, sulla base del C.S.A. e con apertura di N.C. in caso di mancato rispetto. |
| | | | | | basso | |
| FORESTERIA | Gestione servizio foresteria | Assegnazione alloggi. | Direzione Strategica, Direttore , Funzionario e operatori SSD Logistica e servizi economici | Affidamento improprio alloggi in contrasto con il Regolamento al fine di procurare a se o ad altri ingiusto profitto o altra utilità. | basso | Verifiche presenza autorizzazioni da parte della Direzione Strategica e dare corso a tutte le procedure previste dalle normative vigenti e dal regolamento interno. 1) denuncia in questura dell'ospite, mediate sito dedicato; 2) acquisizione di copie dei documenti personali e permesso di soggiorno dell'ospite; 3) sottoscrizione verbale di consegna dell'alloggio. |
| PULIZIE ESTERNE | Attività di controllo sul servizio in appalto a Ditta esterna di pulizia "spazi esterni" del presidio ospedaliero PG23 di Bergamo. | Pulizie "spazi esterni" del presidio ospedaliero PG23 di Bergamo. | Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economici | Mancato controllo del servizio di pulizie spazi esterni, al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto o altra utilità. | basso | Il rischio connesso all'attività di controllo sul Servizio di pulizie spazi esterni è effettuato dal personale amministrativo ufficio Direzione SSD Logistica e servizi economici mediante verifiche periodiche a campione presso gli spazi esterni indicati nel Capitolato Speciale d'Appalto. Il controllo mira a verificare i seguenti ambiti: 1) corretta e adeguata pulizia delle aree esterne; 2) attrezzature utilizzate per la regolare esecuzione del servizio; 3) effettiva presenza del personale in servizio e il rispetto sull'uso della divisa e DPI. Tale verifica viene effettuata mediante la compilazione dettagliata di una check list di controllo, studiata e redatta a fronte del CSA. |
| TRASLOCHI | Attività di controllo servizio Traslochi | Traslochi beni materiali | Operatori amministrativi SSD Logistica e servizi economici | Consentire o favorire traslochi impropri al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre a dare/promettere denaro o altra utilità. | basso | Al ricevimento della richiesta di trasloco l'operatore SSD Logistica e servizi economici si reca presso l'unità richiedente per valutare l'entità della richiesta e predisporre il servizio. Consegna al personale della ditta esterna del foglio di lavoro descrittivo del servizio assegnato. Verifica dell'effettuazione del servizio di trasloco effettuato |
| | | Prelievo dal fondo cassa istituito presso la Tesoreria Aziendale | Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economici | Nella fase si possono verificare i seguenti rischi: A) Rischio di rapina o furto nel ritiro del denaro dalla Tesoreria aziendale e nel trasporto dalla sede del Tesoriere all'ufficio B) L'operatore prelevi oltre il limite autorizzato dal regolamento aziendale. C) Prelevi fraudolenti dell'operatore o dei Responsabili del fondo economico | basso | A) L'operatore che ritira il denaro è scortato dalle guardie giurate. B) Il tesoriere è informato dei limiti di prelievo dei singoli operatori individuati per la funzione. Vengono effettuate chiusure di cassa giornaliera. C) E' attuata la segregazione delle funzioni prevista dal Regolamento e dalle procedure. Vengono eseguiti i controlli previsti dal Regolamento e dalle procedure |
| | | Richieste di acquisiti di beni e servizi da parte delle SC/SS | Direttori e/o Responsabili SC/SS Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economici | Le SC/SS/SSD chiedono l'acquisto di beni e servizi tramite cassa economica anziché attraverso le procedure ordinarie di acquisto previste dalla vigente normativa | basso | Sono state redatte procedure interne che disciplinano le modalità di acquisto di beni e servizi e ne viene verificato il rispetto prima di procedere ad un acquisto richiesto da una UU.OO. Sono attuati dei controlli in funzione del Regolamento (es. è verificato se esistente a magazzino o fornito con contratti in essere). |

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------------------|--|---|--|-------|--|
| FONDO ECONOMALE | Gestione della cassa economale | Pagamento di beni e servizi a seguito di acquisto mediante cassa economale e registrazione in contabiliità | Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economali | Nella fase si possono verificare i seguenti rischi: A) possibilità che i pagamenti di beni e servizi avvengano in modo difforme da quanto previsto dai requisiti di ammissibilità delle spese, come disciplinati dal Regolamento e dalle Procedure specifiche B) possibilità che vi sia un errore umano nell'erogazione del contante in entrata ed uscita. C) possibilità di sfioramento del limite di pagamento previsto nel Regolamento. D) possibilità di errata o carente elaborazione dei dati dei pagamenti da inserire nel flusso informativo all'UOS Programmazione finanza e rendicontazioni. | basso | A) Sono state elaborati ed approvati il Regolamento e procedure interne che disciplinano i requisiti di ammissibilità delle spese e ne viene verificato il rispetto prima di procedere all'acquisto di un bene o servizio e al pagamento di una spesa Sono attuati dei controlli in funzione del Regolamento. B) Il ricevente controfirma il denaro consegnato. Gioralmente è eseguita la chiusura di cassa. C) Sono attuati dei controlli previsti dal Regolamento con riferimento ai limiti di spesa Vengono rispettate le procedure aziendali. D) Periodicamente viene effettuata una quadratura tra quanto registrato, deliberato e rendicontato alla SS Contabilità e flussi finanziari Annualmente viene applicato un controllo di quadratura tra le registrazioni contabili e estratti conto. |
| | | Chiusura giomaliera della cassa | Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economali | Nella fase si possono verificare i seguenti rischi: 1) possibilità che l'operatore non ottemperi alla procedura stilata per la chiusura della cassa. 2) possibilità che vi sia un errore umano nell'effettuazione dei conteggi. 3) possibilità di apertura della cassaforte da parte di soggetti non autorizzati. 4) possibilità di smarrimento della chiave che consente l'apertura della cassaforte. 5) possibilità che l'operatore in fase di conteggio si appropri indebitamente di denaro. 6) possibilità che il file excel utilizzato per la chiusura venga erroneamente cancellato o manomesso. 7) possibilità di trasmissione errata o carente all'UOS Programmazione finanza e rendicontazioni del flusso di dati relativo ai pagamenti effettuati con la cassa economale, con conseguente inserimento di dati errati nel gestionale della contabilità | basso | 1) Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni. E' stata redatta e viene applicata una procedura che disciplina la chiusura di cassa. 2) La chiusura di cassa viene sempre controfirmata da un soggetto diverso rispetto a colui che la redige. In caso di rilevato errore durante la procedura di chiusura, viene eseguita una doppia verifica da parte di soggetti diversi. 3) Le chiavi vengono conservate in una cassaforte con combinazione 4) Le due chiavi della cassaforte sono assegnate a soggetti distinti 5) Segregazione delle funzioni previste dal regolamento. I controlli previsti dal regolamento. 6) Presente anche una copia cartacea. L'accesso alla cartella condivisa è limitato a solo alcuni operatori. 7) Quadratura tra quanto deliberato e rendicontato. Annualmente viene applicato un controllo di quadratura tra le registrazioni contabili e estratti conto. |
| | | Chiusura annuale della cassa economale | Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economali | Nella fase vi è la possibilità che si verifichino i seguenti rischi: 1) comunicazioni a soggetti esterni- dovute per Legge- con dati errati o carenti. 2) comunicazione di dati errati o carenti alla contabilità. | basso | 1) Giudizio di parifica eseguito internamente da Responsabile SC Bilancio programmazione contabilità finanziaria secondo il Regolamento aziendale degli agenti contabili. Viene effettuata costantemente la quadratura tra quanto deliberato e rendicontato. 2) Annualmente viene applicato un controllo di quadratura tra le registrazioni contabili e estratti conto. |
| | | Conservazione della documentazione fiscale a corredo delle spese effettuate | Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economali | Nella fase vi è la possibilità che si verifichi lo smarrimento o la non corretta conservazione dello scontrino o della ricevuta fiscale attestante l'avvenuto pagamento. | basso | Controlli sulla conservazione e fotocopiatura di scontrini deteriorabili. Segregazione delle funzioni. |

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 156/2026)

Oggetto: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026 – 2028

SC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- ☐ prevede
- ☒ non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- ☐ prevede
- ☒ non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 26/01/2026

Il Direttore
Dr.ssa Goglio Silvia

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.156/2026

ad oggetto:

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026 – 2028

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

| | |
|--|-----------------|
| DIRETTORE AMMINISTRATIVO : | Vecchi Gianluca |
| Ha espresso il seguente parere: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> ASTENUTO | |
| Note: | |

| | |
|--|--------------------|
| DIRETTORE SANITARIO : | Amorosi Alessandro |
| Ha espresso il seguente parere: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> ASTENUTO | |
| Note: | |

| | |
|--|----------------|
| DIRETTORE SOCIO SANITARIO : | Cesa Simonetta |
| Ha espresso il seguente parere: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE | |
| <input type="checkbox"/> ASTENUTO | |
| Note: | |

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Pubblicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
