

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 SOCIOSANITARIO

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 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

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026 – 2028



*AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE  
PAPA GIOVANNI XXIII – BERGAMO*

# Sommario

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

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

## 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 accopra 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

<b>SCHEDA ANAGRAFICA PG23</b>	
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	<a href="https://www.asst-pg23.it/">https://www.asst-pg23.it/</a>
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

<b>MISSION</b>	<p>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.</p>
<b>VISION</b>	<p>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.</p> <p>In sintesi, i concetti chiave sono:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Centralità della persona: ogni intervento è orientato alla dignità, ai bisogni e alla qualità della vita del paziente.</li><li>• Innovazione e ricerca: sviluppo continuo di conoscenze, tecnologie e pratiche cliniche per garantire cure all'avanguardia.</li><li>• Integrazione ospedale-territorio: creare una rete di servizi che accompagni il cittadino in tutte le fasi della vita.</li><li>• Sostenibilità e responsabilità sociale: operare in modo etico, trasparente e sostenibile per il bene della comunità.</li><li>• Eccellenza e formazione: essere un polo di riferimento per la formazione dei professionisti e la crescita culturale in ambito sanitario.</li><li>• Prevenzione e promozione della salute.</li></ul>



### 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 giovarsi 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 Ipo visione – 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 "Varennna" 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**

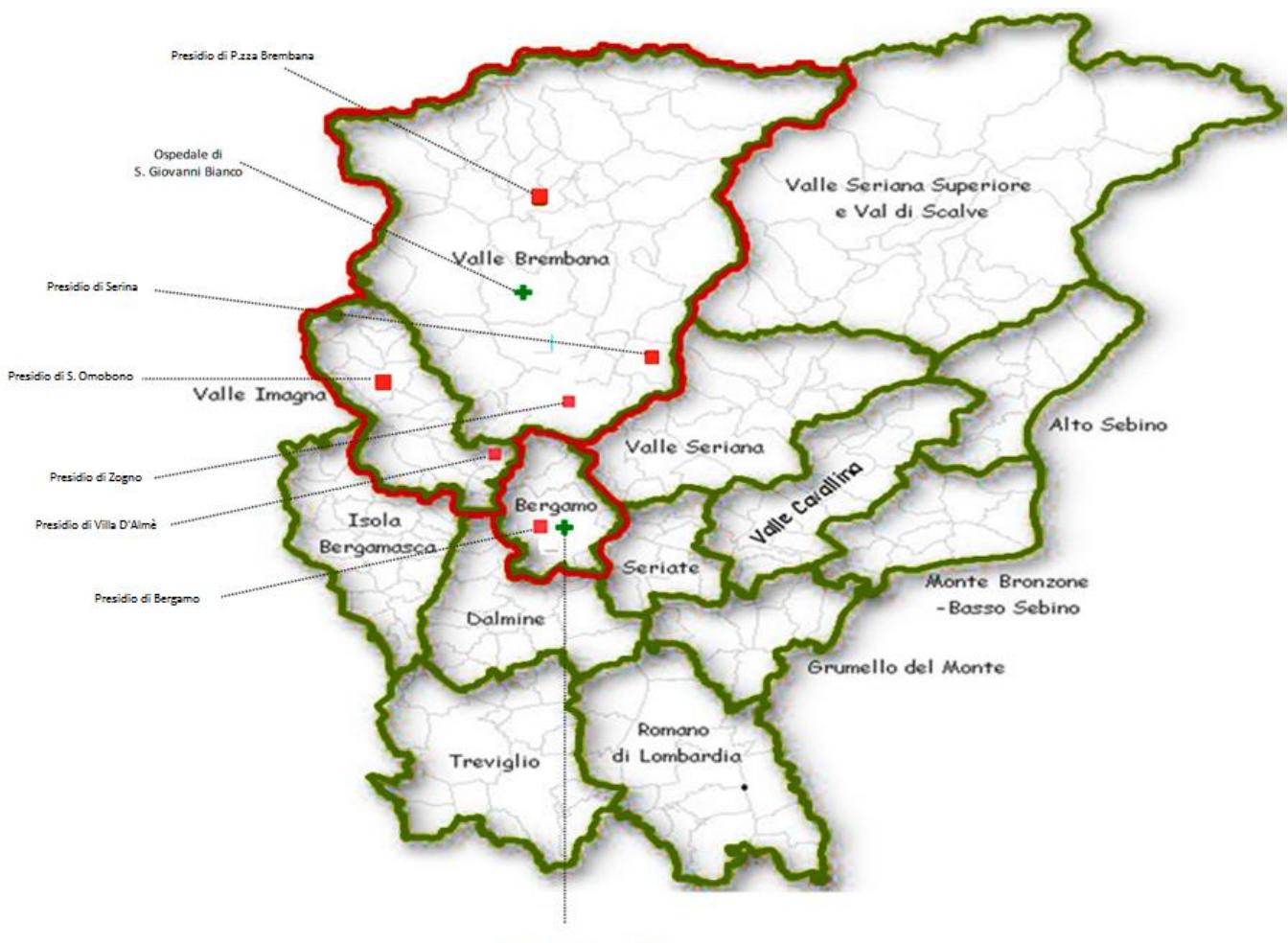
- Casa Circondariale - Via Monte Gleno, 61 – 24125 Bergamo;

**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.

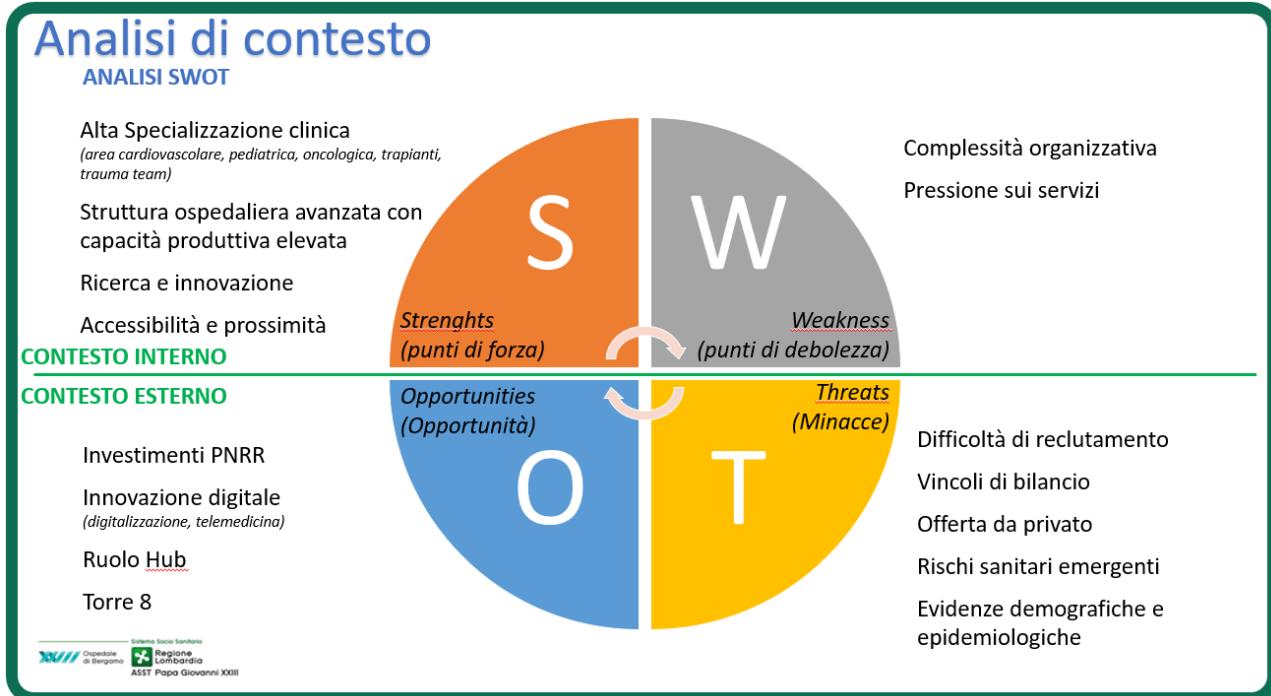


## 1.4 ANALISI SWOT: analisi di contesto

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 sopariportate, 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	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>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)</li><li>Sviluppo del modello Hub (sottoscrizione di convenzioni con le ASST spoke del territorio; sviluppo della Rete dei Laboratori Clinici Pubblici)</li><li>Consolidamento degli eccellenti risultati certificati da AGENAS attraverso il Piano Nazionale Esiti (PNE)</li></ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo è un'azienda di <b>alta specializzazione</b> 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"><li>- 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;</li><li>- 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;</li><li>- ambito cardiologico e cardiochirurgico 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 Cardiochirurgia 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 cardiochirurghi pediatri di tutto il mondo. Negli anni sono stati effettuati oltre 15.000 interventi cardiochirurgici relativi a cardiopatie congenite, che hanno riguardato anche quelle più complesse, avvalendosi di procedure diagnostico-terapeutiche sempre all'avanguardia;</li><li>- 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</li></ul>



<p>dell'1.10.2012 <i>"Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore"</i>, poi aggiornato dalla DGR 211 del 3.5.2023 <i>"Approvazione del documento tecnico "Riorganizzazione rete regionale trauma" rettifica DRG 162/2023"</i>, 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.</p> <p>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 <b>centro hub</b>, tra le altre, delle reti tempo-dipendenti di patologie cardiocerebrovascolari: rete infarto STEMI, rete chirurgia vascolare, rete cardiochirurgie, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni</li><li>-sostenere il mantenimento e lo sviluppo delle competenze professionali</li><li>-ottimizzare i processi attraverso un uso appropriato e sostenibile delle risorse</li><li>-razionalizzare e consolidare le attività</li><li>-promuovere l'innovazione tecnologica e metodologica.</li></ul> <p>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 <b>Piano Nazionale Esiti (PNE)</b>, 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.</p>
--



**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	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Garantire tempi di accesso alle prestazioni sanitarie conformi agli standard regionali e nazionali, riducendo le criticità nelle aree ad alta domanda
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisione dei modelli organizzativi in atto per garantire tempi di risposta adeguati ai bisogni di cura nei diversi contesti aziendali (ambulatori e Pronto Soccorso)</li><li>• Revisione dei modelli organizzativi in atto per garantire la programmazione degli interventi chirurgici in tempi coerenti alla priorità clinica definita dallo specialista (percorso chirurgico)</li><li>• Corretto utilizzo di strumenti per la gestione delle prenotazioni (CUP)</li><li>• Corretto utilizzo di strumenti per la gestione della lista di attesa di ricovero (LAR)</li><li>• 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></li><li>• Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva a livello ambulatoriale</li><li>• Definizione da parte degli specialisti delle priorità cliniche per intervento chirurgico</li><li>• Percorsi differenziati di prenotazione e di erogazione per i pazienti cronici</li><li>• Collaborazione con le UDO sociosanitaria territoriale</li></ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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><b>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</b></p>



Fasi	Implementazione - breve periodo		Sostenibilità - lungo periodo		
	Livello	Locale	Regionale / nazionale	Locale	
	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 Fidellizzazione 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 dashboard) 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	Arearie 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



			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.
	<b>Area Tematica</b>	<b>Sottotema</b>	<b>Punti di forza</b>
GOVERNO DELL'OFFERTA	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 sovraaziendale	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.	

### ***Interventi chirurgici***

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".

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).



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"> <li>• attivare un monitoraggio sistematico dei dati di attività del PS e delle <i>performance</i> ospedaliero</li> <li>• rivalutare la numerosità delle risorse umane impiegate</li> <li>• migliorare i percorsi di presa in carico, soprattutto nelle ore di punta</li> <li>• rafforzare la rete territoriale, per ridurre gli accessi impropri</li> <li>• rafforzare la funzione di <i>Bed Management</i>.</li> </ul>
--	---

#### INDICATORI DI MONITORAGGIO

Indicatore	Modalità di calcolo	Baseline 2025	Target
AREA AMBULATORIALE: Abattimento 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)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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%



<b>LINEA STRATEGICA 3</b>	
<b>Rafforzamento dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria</b>	
<b>Unità Operativa: SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali - DAPSS</b>	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sviluppo Case di Comunità, Ospedale di Comunità e Centrali operative territoriali</li><li>• Potenziamento assistenza domiciliare</li><li>• Integrazione socio sanitaria</li><li>• Potenziamento dei servizi di Salute mentale e dei Consultori familiari</li></ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>L'ASST Papa Giovanni XXIII intende garantire il perseguitamento 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"><li>• gestione dei contesti di Salute mentale, dell'Hospice e del Servizio Sociale;</li><li>• avvio della Centrale Dimissioni Protette nel 2008;</li><li>• accoglimento dei servizi e dei contesti territoriali, afferenti all'allora ASL, a seguito della legge regionale 23 agosto 2015, n.23;</li><li>• introduzione del Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità nel novembre 2020;</li><li>• apertura delle Case di Comunità dal 2022;</li><li>• avvio dell'ente erogatore di Cure Domiciliari nel IV trimestre 2023;</li><li>• introduzione delle Centrali Operative Territoriali da dicembre 2023;</li><li>• afferenza delle Cure Primarie da gennaio 2024;</li><li>• avvio dell'Unità di Continuità Assistenziale nel giugno 2025.</li></ul> <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 <b>sviluppo delle Case di Comunità</b> sarà promosso attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• 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;</li><li>• l'introduzione, lo sviluppo e/o il consolidamento di nuove funzioni per professionisti come fisioterapisti, dietisti, terapisti occupazionali, etc.;</li><li>• 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;</li><li>• il potenziamento dell'offerta di servizi di diagnostica di base;</li><li>• 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 necessitino di un contesto tecnologicamente avanzato;</li><li>• la promozione della coprogettazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e della</li></ul>



	<p>coproduzione con la comunità di riferimento e gli Enti del Terzo Settore.</p> <p>Lo sviluppo dell'<b>Ospedale di Comunità</b> 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.</p> <p>Lo <b>sviluppo delle Centrali Operative Territoriali</b> si concretizzerà mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• il rafforzamento, contestuale al potenziamento dei setting di destinazione, delle transizioni ospedale → territorio e territorio ↔ territorio;</li><li>• la promozione dello sviluppo della transizione territorio → ospedale in collaborazione con ATS Bergamo nel suo ruolo di governo dell'offerta;</li><li>• il consolidamento della gestione dei processi amministrativi di telemedicina contestuali allo sviluppo della stessa.</li></ul> <p>Il <b>potenziamento dell'assistenza domiciliare</b> vedrà il concorso dei seguenti diversi attori, principalmente già attivi, in maniera integrata e coordinata:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta per attività di Assistenza Domiciliare Programmata;</li><li>• personale delle Cure Domiciliari autorizzative per l'autorizzazione delle cure domiciliari e la stesura del progetto individuale;</li><li>• ente di Cure Domiciliari per l'erogazione di cure domiciliari, sia di natura prestazionale che integrate, e di trasfusioni domiciliari;</li><li>• Unità di Continuità Assistenziale per approfondimento diagnostico, definizione dell'approccio terapeutico e/o del setting/livello assistenziale appropriato e follow-up post dimissione;</li><li>• personale delle Cure Palliative Domiciliari;</li><li>• Assistenti sociali per colloqui e altre attività sia distrettuali che consultoriali;</li><li>• Ostetriche per home visiting finalizzato al supporto genitoriale e alla promozione di una relazione positiva tra bambino/a e adulti di riferimento;</li><li>• altri professionisti per interventi domiciliari finalizzati a rispondere ai bisogni della persona (Medici specialisti, Dietisti, Terapisti occupazionali, etc.).</li></ul> <p>L'<b>integrazione socio sanitaria</b> 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 nei 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.</p> <p>La presa in carico globale e continuativa della persona sarà perseguita anche attraverso la messa in campo di azioni di promozione e facilitazione della <b>presa in carico del paziente cronico e/o fragile</b> da parte dei Medici di Assistenza Primaria e la garanzia del supporto delle Centrali Operative Territoriali per la programmazione degli interventi previsti nel PAI.</p> <p>Il <b>potenziamento dei servizi di Salute mentale</b> vedrà compimento attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• il consolidamento dei servizi di Psicologia della Casa di Comunità e delle Cure</li></ul>
--	---



	<p>primarie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'evoluzione dell'offerta alla luce dei bisogni emergenti e delle opportunità future.</li> </ul> <p><b>Il potenziamento dei Consultori familiari</b> 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"> <li>• riaprendo la sede secondaria del Consultorio di Villa d'Almé presso la Casa di Comunità di Sant'Omobono Terme;</li> <li>• garantendo attività di diagnosi e cura ad accesso diretto, senza prescrizione e senza partecipazione alla spesa sanitaria;</li> <li>• intercettando il disagio giovanile;</li> <li>• potenziando le attività di home visiting, già citate, e di screening del cervicocarcinoma;</li> <li>• 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.</li> </ul>
--	--

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



<b>LINEA STRATEGICA 4</b> <b>Digitalizzazione e innovazione tecnologica</b> <b>Unità Operativa: SC Sistemi informativi-ICT</b>	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemedicina e telemonitoraggio</li> <li>• Innovazione apparecchiature sanitarie (<i>sostituzione apparecchiature obsolete, introduzione di tecnologie robotiche, soluzioni di intelligenza artificiale</i>)</li> <li>• Innovazione infrastruttura tecnologica con sensibile miglioramento delle performance e miglioramento energetico (storage, Firewall, sistemi di backup);</li> <li>• Sostituzione e miglioramento SW aziendali: introduzione e sostituzione di SW obsoleti e passaggio a NPRI per i SW attualmente in produzione;</li> <li>• Migrazione verso cloud certificati ACN (ARIA, PSN, etc..);</li> <li>• Cybersecurity: somministrazione a tutto il personale aziendale del corso e-learning fornito dalla cabina di cyber-regia di ARIA.</li> </ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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. 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 <i>(aggiornamento al 30/11/25)</i>	≥ 10% in più delle prestazioni del triennio precedente



<b>LINEA STRATEGICA 5</b> <b>Sostenibilità e sicurezza delle strutture</b>	
<b>Unità Operativa: SC Direzione Medica</b>	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficientamento energetico e riduzione delle emissioni dirette e indirette</li><li>• Monitoraggio dei consumi energetici e individuazione degli sprechi</li><li>• Incentivazione della mobilità sostenibile e alternativa per dipendenti e utenza</li><li>• Gestione sostenibile dei rifiuti e consumi</li><li>• Sicurezza strutturale</li><li>• Sostenibilità economica</li></ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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>



	<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.</p> <p>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 <i>"Manuale per ridurre l'impronta climatica dei servizi sanitari"</i> 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.</p> <p>L'ASST Papa Giovanni XXIII ha aderito nell'arco del 2024 al network internazionale <i>"Global Green and Healthy Hospitals"</i>, un programma di <i>Health Care Without Harm</i> 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.</p> <p>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 dottessa 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.</p> <p>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 anestesiologi 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.</p> <p>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 <i>"Principi di una sana e corretta alimentazione"</i>, 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.</p> <p>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>
--	---



	<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



<b>LINEA STRATEGICA 6</b> <b>Tutela e benessere degli operatori</b>	
<b>Unità Operativa: SS Ufficio Relazione col Pubblico (URP)</b>	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promozione della salute psicofisica</li><li>• Miglioramento della sicurezza sul lavoro</li><li>• Sviluppo di politiche di conciliazione vita-lavoro</li><li>• Valorizzazione e riconoscimento professionale</li></ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>



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	
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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.
<b>AZIONI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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%



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

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 perseguitando 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
			Estensione delle fasce di part-time attualmente regolamentate
		2  Promuovere attività finalizzate a conciliare l'attività lavorativa e vita familiare	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 merito<sup>1</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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 nel 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 impediscono 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-generali/atti-generali/atti-amministrativi-generali>.

### **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 perseguitamento 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 disconnectione;
- 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**

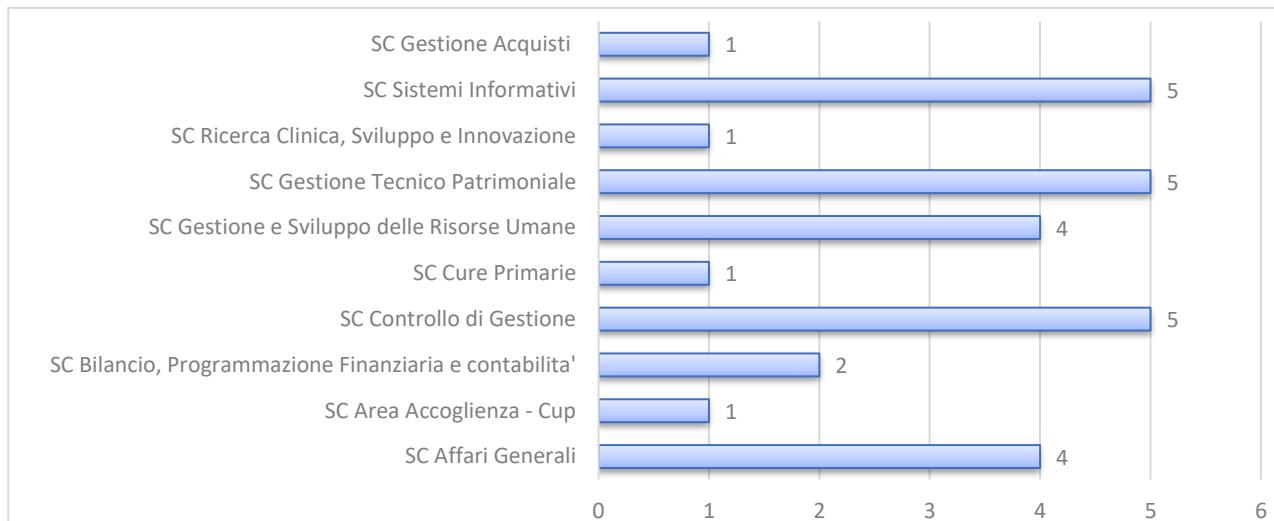
Come già ribadito, considerato che l'ASST Papa Giovanni XXIII fornisce prestazioni sanitarie all'utenza e risponde alle richieste assistenziali della popolazione, l'applicazione del lavoro agile può avvenire solo in modo residuale.

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 persegue 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 PFTP 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 <b>31.12.2024</b>	Consistenza al <b>31.12.2025</b>	Dotazione organica <b>2025</b>	Dotazione organica <b>2026</b>	Dotazione organica <b>2027</b>
	Totalle	Totalle	Totalle	Totalle	Totalle
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
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>4.639</b>	<b>4.750</b>	<b>5.154</b>	<b>5.251</b>	<b>5.251</b>

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
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>866,0</b>	<b>939,1</b>	<b>987,3</b>	<b>998,8</b>	<b>998,8</b>
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
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>3.349,0</b>	<b>3.504,6</b>	<b>3.664,0</b>	<b>3.721,0</b>	<b>3.721,0</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>4.215,1</b>	<b>4.443,7</b>	<b>4.651,3</b>	<b>4.719,8</b>	<b>4.719,8</b>

Tabella 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
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>62,5</b>	<b>62,5</b>	<b>62,5</b>	<b>62,5</b>
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

<b>Somministrazione lavoro</b>	<b>FTE anno 2024</b>	<b>FTE anno 2025</b>	<b>FTE anno 2026</b>	<b>FTE anno 2027</b>
	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
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>26,1</b>	<b>12,7</b>	<b>12,7</b>	<b>12,7</b>
INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO  FTE	<b>FTE anno 2024</b>	<b>FTE anno 2025</b>	<b>FTE anno 2026</b>	<b>FTE anno 2027</b>
	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
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>85,1</b>	<b>92,2</b>	<b>92,2</b>	<b>92,2</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	4,6	4,3	4,3	4,3
INFERNIERE 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
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>36,9</b>	<b>33,4</b>	<b>33,4</b>	<b>33,4</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>122,0</b>	<b>125,6</b>	<b>125,6</b>	<b>125,6</b>

### **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. Vedi 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 completamente 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	RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE FASE	ESECUTORE	RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE	Interessi esterni all'ASST Interessi economici direzionalità	eventi corrutivi 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 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 1/12/2024	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 dalle 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 A B	rischio sotto controllo	Assenza di eventi corrutivi 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 scenario/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%	in 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 A B	rischio sotto controllo	Assenza di eventi corrutivi 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%	in 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 artificialmente il fabbisogno	mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità	M M 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%	in linea	Inoltro 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 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%	in 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 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 preegrega esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto.	100%	in linea	n. di integrazioni contrattuali/n. procedure	20%	RUP/Delegato	
			Definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica fabbisogni non programmati, comparazione qual/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 A B	rischio sotto controllo	assenza di eventi corrutivi 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 del fabbisogno.	100%	in 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 artificialmente 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 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%	in 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 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'acquisto autonomo si fondi su ragioni di infungibilità.	100%	in linea	monitoraggi semestrali beni/servizi infungibili	100%	RUP/Delegato	
			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 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%	in 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 influano la corretta gestione degli accordi da parte della centrale e possono anche essere utilizzate allo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapposte; 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 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%	in linea	n. di contratti oer acquisti complementari a seguito di segnalazione	10%	RUP/Delegato	
Contratti pubblici	Acquisto di beni e servizi	SC Gestione acquisti	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	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%	in 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 responsabilizzazione interna	M M 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.	100%	in 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) mancanza di 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 corrutivi 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%	in 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 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%	in linea	variazione di rup per conflitto di interessi	0	RUP/Delegato	
			Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negozata - affidamenti diretti in economia	RUP o suo delegato	5) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negozata, 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. Attenzione monitoraggio su acquisti di infungibili da parte della direzione amministrativa.	95%	in 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 negozata, 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 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. È stato implementato un "avviso di trasparenza" per le aggiornazioni superiori ad euro 40.000,00 + IVA. È previsto un controllo sulla richiesta di bene infungibile contemplato dal relativo Regolamento aziendale. Rispetto delle indicazioni Regionali .	100%	in 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 favoriscono 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 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 esplicazione del "bisogno" nel disciplinare della procedura; procedure visibili al mercato.	100% n linea	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 favorisce 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 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 progressiva 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 linea	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 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 linea	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 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 linea	monitoraggio periodico degli affidamenti diretti	100% Direttore SC Gestione acquisti
Scelta 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 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 linea	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 linea	presenza di procedure contestate per errata/sottovalueata 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 A B	rischio sotto controllo	Controllo sul rispetto della normativa del codice appalti	controllo e formazione	I criteri di aggiudicazione, i punteggi ed i parametri motivazionali per l'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 linea	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 linea	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 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 linea	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 linea	monitoraggio sul numero di procedure aggiudicate con tempestività 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 (confitto 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 linea	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 linea	n 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 acquisiti 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 linea	n 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 anomalamente 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 linea	presenza di scostamenti 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'aggiudicatore	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 (auto tutela, disposizione di organo giurisdizionale es TAR...)	100% n linea	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 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 linea	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 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 linea	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
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 assicurare la terietà e l'indipendenza	mancanza 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 (confitto 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 revoche dei subappalti per insussistenza dei 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 periodici 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..)	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 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
		1) Omesso controllo per garantire a sé o altri un ingiusto profitto ovvero altra utilità.	RUP o delegato, Gruppi di controllo per singolo servizio	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	M 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	
Concessioni		Monitoraggio sulla corretta erogazione dei servizi previsti contrattualmente	RUP o delegato, Gruppi di controllo per singolo servizio	2) Falsa attestazione di assolvimento degli impegni contrattuali del concessionario.	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	M 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.	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	M 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% RUP/Delegato

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	RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE FASE	ESECUTORE	RISCHIO SPECIFICO	FASSONE ABILITANTE	Incontro diretto al Asset	Verifica secondaria	Operativazione	eventi o urgenze/presagi	Segnalazione	Opzione del processo elaborare	Grado di attuazione delle misure di risanamento	Protezione	Gestione avviso	DATI, EVENZE E MOTIVAZIONE	Misure generali (che intervergono 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'individua su problemi specifici)	STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2024	TEMPO DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	RISPOSNABILE	
Contratti pubblici	Gestione del patrimonio	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 liberalità).	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Inadeguata diffusione della cultura della legalità.		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 Territorio con apposita perizia, può essere inferiore ai valori di mercato. La legge prevede che la vendita deve essere mediante esperimento di Asta Pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUL, 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'etica 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	A	B	rischio sotto controllo	Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione.	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 "Bando" dal quale quotidianamente si ricava la tabella dei valori di mercato. Per le procedure di partecipazione si partecipa alla procedura esclusivamente mediante esperimento di asta pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUL, GURI e quotidiano locale.	100	in linea	monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni	100/100	RUP o delegato		
					3) Mancate inosservanze derivanti dall'alienazione. Canoni attivi non percepiti.	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità.	M	M	M	B	B	A	M	rischio sotto controllo	Controllo sull'attuazione delle procedure; Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione.	Controllo	Le procedure vengono definite dalla normativa vigente. L'informazione avviene mediante pubblicazione su BRUL, 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		
		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) Acquisto 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	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 "Bando" dal quale quotidianamente si ricava la tabella dei valori di mercato. Il funzionario procede mediante esperimento di asta pubblica, con pubblicazione del bando di partecipazione su BRUL, GURI e quotidiano locale.	100	in linea	controllo sul rispetto dell'etica procedurale	100/100	RUP o delegato		
					2) Acquisto 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	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 consolare. L'informazione avviene mediante pubblicazione su BRUL, GURI e quotidiano locale.	100	in linea	monitoraggio sul numero delle contestazioni/segnalazioni	100/100	RUP o delegato		
					3) Acquisto di immobili con importo superiore al dovuto. Pagamento canoni parziali 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	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 al ritiro dell'esigenza. Quest'ultimo verrà poi consegnato alla ragioneria aziendale per procedere con la riscossione. Locazioni, Vengono eseguiti dei controlli sugli incassi mediante confronto con gli utrini della ragioneria aziendale, seguendo un apposito stadienzario (allegato alla procedura qualità Pispelco "gestione de contratti 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		
		Aggiornamento degli elenchi dei beni immobili dell'ASST.	Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile del procedimento afferente alla Gestione patrimonio	Irregolarità/parziale pubblicazione delle inerenti agli immobili per garantirsi un guadagno profitto o altra utilità.	Scarsa responsabilizzazione interna		B	B	B	B	B	A	B	rischio sotto controllo	Nessuna segnalazione.	Controllo; Formazione	L'azienda aggiorna e pubblica periodicamente gli elenchi di proprietà e responsabilità dei beni immobili e la parzialità della trasparenza due elenchi: gli immobili di proprietà (fabbricati, terreni, canoni di locazione attivati) e i canoni di locazione attivati. Gli elenchi dei beni immobili inoltre vengono aggiornati annualmente per il MER Dipartimento del Tesoro, attraverso l'applicativo https://portaletesoro.mef.gov.it. Le operazioni di aggiornamento degli immobili sono inoltre procedure dalla istruzione operativa Iotec07 "gestione archivie catena" iso 9001-2008.	100	in linea	Monitoraggio periodico delle pubblicazioni sul sito aziendale	100/100	RUP o delegato		
					Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità.		M	M	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.	Programmazione degli acquisti e dei lavori con le regole previste dal codice.	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 in ramme adesione a Convenzioni ARIA o con procedimenti concorrenziali. Controlli anche da parte delle centrali di committenza sull'estensione del lotto aggiudicato per il quale sono stati precedentemente comunicati i fabbisogni da parte della SA.	100	in linea	manuale rispetto delle indrazioni di ARAA	100/100	Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale / SS		
		Contratti pubblici	SC Gestione tecnico patrimoniale	La manutenzione della sede principale di Parco OMS 1 (nuovo ospedale) che determina circa il 90% della spesa è gestita con due contatti : il principale riguarda l'ospedale principale delle costruzioni del nuovo ospedale, mentre il secondo riguarda la manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti per dieci anni mentre il secondo riguarda la parte costruita e gestita in concessione. Per quanto riguarda le altri siti facenti parte del patrimonio, si tratta di impianti di servizi, come impianti di risciacquo e di una regolare attività di manutenzione ordinaria e straordinaria per la conservazione degli edifici e degli impianti, riguardo gli edifici appartenenti ai padroni di fatto, sono effettuati solo piccoli interventi, salvo in caso di urgenza, l'affidamento dei lavori e degli interventi effettuato mediante procedute di gara.	Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale / SS	Previsione di opere manutentive esistenti e inferiori al necessario, per favorirne un terzo o se stesso.	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); Scarsa responsabilizzazione interna; Inadeguata diffusione della cultura della legalità.		M	M	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.	Programmazione degli acquisti e dei lavori con le regole previste dal codice.	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 in ramme adesione a Convenzioni ARIA o con procedimenti concorrenziali. Controlli anche da parte delle centrali di committenza sull'estensione del lotto aggiudicato per il quale sono stati precedentemente comunicati i fabbisogni da parte della SA.	100	in linea	verifiche periodiche Collegio Sindacale	100/100	Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale / SS
						Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	M	M	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 c.d. "Pispelco GOMZ" e "Gestione strutturazione sanitaria" Pispelco GOMZ "Gestione altri beni mobili" Pispelco GOMZ "Gestione immobilizzazioni immateriali" Pispelco GOMZ "Vendita flussi periodici"	100	in linea	verifiche periodiche Collegio Sindacale	100/100	Direttore SC Gestione tecnico patrimoniale - Responsabile Ufficio inventario		
				programmazione gare/favori	Direttore SC / SS	1) Brutta o non tempestiva programmazione con mancato rispetto del principio di economia	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	B	B	B	B	B	A	B	rischio sotto controllo	Trasmissione della programmazione triennale ai tavoli tecnici dei soggetti aggregatori.	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.	rispetto della programmazione	95/100	Direttore SC			
						2) Fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficienza / economia per premiare interessi particolari	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	M	B	B	B	B	A	M	rischio sotto controllo	Trasmissione della programmazione triennale ai tavoli tecnici dei soggetti aggregatori.	Controllo sistematico sul storico 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 riscontrate e alle risorse stanziate da R.L.	Verifica dello scostamento rispetto al programma, in collaborazione con le altre strutture aziendali.	Monitoraggio dei contratti	100/100	RUP			
				analisi e definizione dei fabbisogni	DIRETTORE SC/SS	3) Fuga di potere circa le procedure di gara senza controlli, che anticipano solo ad alcun operatore eventuali la vittoria di bollastra determinata già e i contatti dalla documentazione di gara.	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	M	B	B	B	B	A	M	rischio sotto controllo	Mancanza di eventi corruttivi passati; Nessuna segnalazione.	Controllo legato alla variabilità delle esigenze della struttura	Verifica dello scostamento rispetto al programma, in collaborazione con le altre strutture aziendali.	Monitoraggio preventivo in merito alla scadenza dei contratti e programmazione per garantire il tempestivo avvio della procedura.	100/100	rispetto della programmazione	95/100	Direttore SC	
						manca analisi e definizione dei fabbisogni	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	M	B	B	B	B	A	M	rischio sotto controllo	Trasmissione della programmazione triennale ai tavoli tecnici dei soggetti aggregatori.	Controllo sistematico sul storico 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 riscontrate e alle risorse stanziate da R.L.	Verifica dello scostamento rispetto al programma, in collaborazione con le altre strutture aziendali.	Monitoraggio dei contratti	100/100	RUP			
				effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	RUP	manca analisi e definizione dei fabbisogni	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	A	M	A	B	B	A	B	rischio sotto controllo	Mancanza di eventi corruttivi passati; nessuna segnalazione; attuazione delle misure previste	Formazione specifica sui codice appalti e su procedure amministrative	Informatica al personale sulla riservatezza delle procedure di gara in corso di predisposizione. Rispetto degli oneri inerenti alla pubblicazione e redazione verbali, ove previsto.	pubblicazione sul sito aziendale dell'avviso di consultazione del mercato	100/100	RUP	pubblicazione sul sito aziendale dell'avviso di consultazione del mercato	100/100	RUP
						manca analisi e definizione delle specifiche tecniche	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna	A	M	M	B	B	A	B	rischio sotto controllo	Mancanza di eventi passati in cui vi è stato un conflitto di interessi per il quale è stato cambiato il RUP	formazione su codice appalti e procedure amministrative.	Corretta applicazione del codice degli appalti e rispetto delle Linee Guida ANAC, nonché del codice di comportamento. Osservanza della normativa in materia di conflitto di interesse. Acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitti di interesse.	nessuna variazione di rup per conflitto di interessi	100/100	RUP	nessuna variazione di rup per conflitto di interessi	100/100	RUP
				nomina del Responsabile del procedimento/ Direttore lavori	DANZ (se RUP) RUP (se Responsabile amministrativo del procedimento)	4) Manca di rispettare idonei ad adeguarsi ad assicurare la terza e indipendenza nei confronti delle imprese concorrenti	Mancanza di responsabilità interna inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	B	B	A	B	rischio sotto controllo	Mancanza di eventi passati in cui vi è stato un conflitto di interessi per il quale è stato cambiato il RUP	formazione su codice appalti e procedure amministrative.	Corretta applicazione del codice degli appalti e rispetto delle Linee Guida ANAC, nonché del codice di comportamento. Verifica puntuale del RUP circa la dichiarazione di assenza di conflitti di interesse.	verifica delle dichiarazioni	100/100	RUP	verifica delle dichiarazioni	100/100	RUP
						5) Non utilizzo competenze interne. Impropria selezione professionale. Manca rispetto del principio previsto dal codice degli appalti raffidamento 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	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 delle Linee Guida ANAC, nonché del codice di comportamento. Verifica puntuale del RUP circa la dichiarazione di assenza di conflitti di interesse.	rispetto delle indicazioni Regionali	95/100	RUP	Rispetto delle regole regionali	100/100	RUP
				scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata - affidamenti diretti in economia	RUP	6) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'impiego della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favoreggiare specifici interessi	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità;	A	M	M	B	B	A	B	rischio sotto controllo	riduzione delle spese in economia - attento monitoraggio su acquisiti di influngibili.	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.	rispetto delle indicazioni Regionali	95/100	RUP	Rispetto delle regole regionali	100/100	RUP
						7) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'impiego della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti da legge, per favoreggiare specifici interessi	Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); scarsa responsabilizzazione interna inadeguata diffusione della cultura della legalità;	A	M	B	B	B	A	B	rischio sotto controllo	monitoraggio periodico influngibili	regolamento per l'acquisto di beni e servizi influngibili e/o esclusivi	L'ultimo sistema di programmazione delle gare a livello regionale (Programmazione - Modulo Budget) induce ad un uso errato del criterio di valutazione, con le quali aziende, prioritariamente del Consorzio di appaltatori, in relazione al medesimo budget, sono valutate in modo diverso in base alla loro dimensione.	monitoraggio contratti e monitoraggio semestrale influngibili	100/100	in linea	monitoraggio contratti e monitoraggio semestrale influngibili	100/100	RUP

		pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO con il supporto del RUP	Emissione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici	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 della normativa del codice appalti	Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative	Continuire a garantire l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Sintel, sia aziendale e gazzetta.	100	in linea	monitoraggio presentazione di riporti per annullamento procedure	O RUP
		fixazione dei termini per la ricezione delle offerte	STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICO con il supporto del RUP	Immobilità concessione di proroga rispetto al termine previsto dal bando	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	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 mosse e valutate dal RUP tenendole a tutti i partecipanti.	100	in linea	monitoraggio sul numero di procedure aggiornate con tempi/standard	O RUP
		nomina commissione valutatrice	SA su proposta del RUP	Nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle cause di incompatibilità	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 della normativa del codice appalti e normativa in vigore	Formazione specifica su codice appalti e su procedure amministrative	Viene richiesta ai commissari nomina il rilascio di apposita autocertificazione in merito alle incompatibilità. Trasparenza/Oblighi 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 riferite alla costituzione della commissione giudicatrice	O RUP
		verifica dei requisiti di partecipazione	RUP/Seggiocommissione	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 responsabilizzazione 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 alla normativa anticoncorrenza	Controllo dei requisiti secondo la normativa vigente.	100	in linea	confronto su n. di procedure e riporti	O RUP
		valutazione delle offerte	RUP/Seggiocommissione	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disegnare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali	mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) scarsa responsabilizzazione 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 SIC Giudicante poneva svolte attive di valutazione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia rispetto escluso l'appalto patrimoniale svolto attiva di valutazione, secondo le d'invito/regolamento, sia fac-simile di verbale delle relative sedute.	100	in linea	confronto su n. di procedure e riporti	O 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 responsabilizzazione interna; 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, su procedure amministrative	Nel verbale dell'appalto svolto di gara, ricoperto 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	in linea	verifica dello scostamento dalle regole dettate dal codice per offerta anomala	O RUP
		revoca del bando	SA su proposta del RUP	Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'interno di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di soggetti diversi da quelli attesi, ovvero, al fine di creare i presupposti per conoscere un intervento di aggiustamento	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	mancanza di eventi contratti passati	Formazione Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	L'aggiudicatore viene determinato dal sistema. Il mancato rispetto implica l'adozione da parte dell'amministrazione di apposito atto che vede così convocati una pluralità di soggetti che esaminano nella specifico la motivazione che ha indotto alla revoca del bando. Detto atto deve essere affisso all'alto e reso noto agli altri operatori economici che possono impegnarsi, revisionando il bando, a non essere revocato.	100	in linea	assenza di segnalazioni	O RUP
		verifica requisiti generali e speciali del fornitore	STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICORUP	Omissione, incompletezza o mancanza tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiustamento privo di requisiti	scarsa responsabilizzazione 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	O RUP
		effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, esclusioni e le aggiustazioni: formulazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICORUP	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di soggetti esclusi o non aggiungibili;	scarsa responsabilizzazione 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	Publicationi previste dalla normativa nelle varie fasi della procedura di affidamento dell'appalto.	100	in linea	controllo sul rispetto dell'iter procedurale post aggiustazione	O RUP
		rispetto tempi di stipula contrattuale	STAFF AMMINISTRATIVO/TECNICORUP	Ritardo nella stipula del contratto che può induire l'aggiudicatore a recedere dal contratto	scarsa responsabilizzazione 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 sui tempi da parte del codice appalti	Rispetto della normativa vigente.	100	in linea	assenza di segnalazioni	O RUP
		individuazione Direttore esecutivo del contratto (DEC)	SA su proposta del RUP	Omisione o ritardo o effettuare in modo non conforme al regolamento aziendale per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali dell'inventario di beni preesistenti un danno all'azienda	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	formazione e controllo	Formazione specifica sulle prescrizioni del codice appalti	Compil. formule e correttiva del DEC sono normati dall'art. 10, a delle linee guida attuative del decreto emesse dall'Anac. La norma del direttore del DEC (RUP) in calce al bando deve essere indicata nell'elenco dei possessori dei requisiti di adeguata professionalità previsti dal codice e dall'ANAC e viene fatta sottoscrivere al professionista o al dipendente dichiarazione per assicurare la terzietà ed indipendenza nei confronti dell'operatore aziendale.	100	in linea	compilazione dei moduli di assenza di incompatibilità da parte del DEC rispetto al n. dei contratti stipulati	O RUP
		inventario	DIRETTORE SCResponsabile ufficio inventario	Omisione o ritardo o effettuare in modo non conforme al regolamento aziendale per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali dell'inventario di beni preesistenti un danno all'azienda	scarsa responsabilizzazione 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 s.m.i. - "Regolamento sui beni immobili sanitari" - PSp/GP27M07 "Gestione atti beni immobili" - PSp/GP27M07 "Gestione immobilizzazioni immateriali" - PSp/GP27M07 "Inventario fisico periodico"	100/100	in linea	In. beni inventariati/n. beni totali	DIRETTORE SCResponsabile ufficio inventario
		autorizzazione al subappalto	SA su proposta del RUP	Mancata controllo da parte della Sintesi appaltante circa la sostanzialità dei presupposti di fatto e diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto dei lavori oggetto del contratto.	scarsa responsabilizzazione 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 espressa comunicazione di autorizzazione (deliberazione e/o atti).	100	in linea	procedura standard da seguire in caso di subappalto	O RUP
		varianzi in corso di esecuzione del contratto	RUP/DL/SA	Ammissione di variante durante la fase di esecuzione del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo scarto effettuato in sede di gara, con la conseguente modifica della durata del contratto, con la conseguente esclusione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di esecuzione delle varianze, inserimento nuovi prezzi per le varianze.	scarsa responsabilizzazione 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	H RUP verifica l'ammissibilità della varianza ai sensi del codice degli appalti sulla base della proposta del direttore dei lavori (DEC). Rispetto della normativa vigente, al fine di evitare l'illegittimo ricorso a varianzi.	100	in linea	controlli periodici sui contratti in essere	O RUP
		verifiche in corso di esecuzione del contratto	STAFF TECNICO/DEC/RUP	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la dismissione del contratto per non aver ragionevolmente spiegato le cause della varianza.	mancanza di formazione, scarsa responsabilizzazione 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 contrasto tra direzione lavori ed impresa e documentato dal libretto minuti lavori. I controlli sono a rientro giornaliero su proposta del direttore dei lavori. Il direttore dei lavori deve certificare la congruenza dei dati utilizzati dalla direzione operativa e collaudare notarile di collaudato certificato la conformità delle opere con quanto previsto dal progetto. Applicazione di eventuali penali, a seguito di non conformità riscontrata nell'esecuzione del contratto. Monitoraggio da parte del DEC/C, della corretta applicazione delle clausole contrattuali.	100	in linea	controlli periodici sui contratti in essere	O RUP
		effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione	RUP/DEC/STAFF AMMINISTRATIVO	Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza relative giustificativi (costi, regolare esecuzione) pagamenti effettuati senza i necessari controlli (DURC regolare, verifiche Equitalia, ecc.)	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 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'onorevole del DURC e delle relative documenti necessari al pagamento. La verifica viene attuata tramite un soggetto esterno controllato da gara A/BST. La liquidazione viene effettuata dal RUP / Direttore di Struttura tramite utilizzo della procedura informatica.	100	in linea	controlli periodici sulle fatture	O RUP
		procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudato, del certificato di verifica di conformità ovvero del attestato di regolare esecuzione indiremo ammissione delle fatture liquidate	RUP/DEC/DL	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati, come per esempio la modifica di un piano di controllo, senza avere il consenso del direttore dei lavori.	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 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 relative norme che rappresentano avarizia. Le norme vengono esaminate dal direttore dei lavori, dal collaudatore e dal RUP che valuteranno se risultano inesatte dei soggetti precedenti proposte di ammissione alla liquidazione.	100	in linea	presenza di contestazioni	O 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'aggiudicazione	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 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/impresature di importo inferiore ad € 60.000,00 il pagamento deve avvenire solo a seguito dell'accertamento e della autorizzazione della fattura da parte dei tecnici incaricati a seguire i lavori del RUP. Inoltre viene adottata trimestralmente una deliberazione di riapertura degli affidamenti diretti.	100	in linea	delibera trimestrale	O RUP/Delegato

## SC Affari generali

AREA DI RISCHIO	PROCESSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	FASE	Descrizione dell'attività	Esecutore dell'attività	Rischio specifico del processo	Fattore abilitante	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		
		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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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
Affari istituzionali	Convenzioni per il trasporto dei pazienti dializzati	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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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 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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	Misure di rotazione documentate e conservate agli atti	Trasparenza	Specifica procedura aziendale, conservazione della documentazione a dimostrazione dell'avventura richiesta a rotazione per l'esecuzione 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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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
		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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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
Gestione sinistri		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	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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 (caso sotto SIR)	Selezione del legale idoneo inserito nell'elenco dei legali fiduciari dell'ASST	Direttore SC AG	Favorire determinati legali rispetto ad altri (fatto salve eventuali valutazioni di merito in ordine alla complessità del caso).	Uso improprio della discrezionalità	Interessi esterni all'ASST interessi economici discrezionalità eventi corrotivi in passato segnalazioni opacità attuazione delle misure di trattamento	medio	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 curativi passati	segnalazioni	opacità	Attuazione delle misure di trattamento	Probabilità	Giudizio sintetico	MOTIVAZIONE	MISURA GENERALE	MISURA SPECIFICA	TIPOLOGIA DI MISURA SPECIFICA	STATO DI ATTUAZIONE AL 1/1/2021	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	RESPONSABILE
			Gli incarichi di direzione di struttura complessa per l'area della dirigenza medica e sanitaria, sono attribuiti mediante indicazione 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: - 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 requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale"; - 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"; - 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; - 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"; - C.C.N.L. della Dirigenza Medica del S.S.N. art. 27 comma 1 lettera a).  Ai fini dell'attribuzione degli incarichi di Direzione di struttura complessa, la procedura amministrativa si articola attraverso le seguenti fasi fondamentali: - Definizione del fabbisogno sotto il profilo oggettivo e soggettivo da riportare sul bando di avviso; - Pubblicizzazione del bando: sul Bollettino Ufficiale della Regione; per estratto sulla Gazzetta Ufficiale; sul sito aziendale, - Nomina della commissione di sorteggio dei componenti le commissioni di valutazione - Nomina della commissione di valutazione; - Valutazione dei candidati ed espletamento del colloquio; - Scelta del candidato da parte del Direttore Generale e conferimento dell'incarico con deliberazione; - Sottoscrizione del contratto individuale.		1) Mancata adozione del regolamento aziendale	Mancanza di misure dei 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	Numerose segnalazioni da utenti e professionisti	> 5/anno	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale
Acquisizione e gestione del personale	Nomina per incarico di direttore di struttura complessa sanitaria				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	Formazione permanente del personale addetto	Formazione	Duplicazione 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	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	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	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	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/inveritier e o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine.	Scarsa responsabilizzazione interna	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	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	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/totali 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 dei rischi e/o controlli	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Puntuale sottoscrizione da parte di tutti i componenti di assenza di incompatibilità/confitto 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/totali 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 dei rischi e/o controlli	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Processo vincolato e sorteggio dei componenti estratti dall'Elenco Nazionale di direttore di struttura complessa, previo avviso alla UOC Legale e controllo interno.	Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione	Regolamentazione	Già in attuazione	Misura permanente	n. verifica applicazione procedure/totali procedure	100%	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale		

Acquisizione e gestione del personale	Nomina per incarico di direttore di struttura complessa sanitaria		12) Mancata verifica/omessa presentazione delle dichiarazioni di insussistenza o di incompatibilità.	Mancanza di misure dei rischi e/o controlli	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	Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione	Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente).	Controllo	Già in attuazione	Misura permanente n. autodichiarazioni/totale candidati vincitori	100%	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale	
			13) Pressioni esterne per influenzare la valutazione della commissione e/o valutazione non corretta del candidato.	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	medio	medio	medio	medio	medio	medio	medio	Rischio residuale non eliminabile	Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione	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 SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale	
			14) Omessa/carente motivazione della scelta effettuata.	Mancanza di trasparenza	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Presenza di un vademecum a seguire nella motivazione delle scelte	Trasparenza	Lettura ai componenti di commissione e condivisione con gli stessi, da parte del segretario, di un piccolo vademecum sull'applicazione della normativa per il conferimento di tali incarichi.	Controllo	Già in attuazione	Misura permanente n. pratiche con controllo/totale pratiche	100%	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS 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	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 SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS 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	Formazione specifica per gli addetti	Formazione	Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa - dirigente - direttore UOC).	Controllo	Già in attuazione	Misura permanente n. pratiche con controllo/totale pratiche	100%	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale	
			Il conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura Complessa ai Dirigenti dei ruoli PTA avviene con deliberazione del Direttore Generale ai sensi dell'art. 27, comma 1, lettera a), del C.C.N.L. 08/06/2000, ad avvenuto espletamento della procedura comparativa: a) indicazione avviso interno emanato dal Direttore Generale; b) nomina della Commissione di valutazione; c) valutazione dei candidati; d) scelta da parte del Direttore Generale e conferimento dell'incarico con deliberazione; e) sottoscrizione del contratto individuale.			1) Mancata adozione del regolamento aziendale	Mancanza di misure dei 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	Esistenza di normativa nazionale e regionale di dettaglio e del regolamento aziendale	Definizione e promozione dell'etica, sensibilizzazione	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	Formazione permanente del personale addetto	Formazione e sensibilizzazione	Duplice 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	Processo di verifica della pertinenza tra il profilo richiesto e le competenze possedute	Trasparenza	Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente).	Controllo	Già in attuazione	Misura permanente n. pratiche con controllo/totale pratiche	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	Implementazione controlli sulla corretta formulazione del bando (critieri, 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	Predisposto puntuale controllo e acquisizione dei visti tecnici necessari per la predisposizione del profilo	Trasparenza	Profilo allegato al bando, acquistando i prescritti visti di conformità.	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	Predisposto puntuale controllo che i bandi siano regolarmente pubblici (sito aziendale,...)		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/ineritier e o prive di alcuni requisiti o presentate fuori termine.			Scarsa responsabilizzazione interna	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Predisposto puntuale controllo completezza domande (domanda di partecipazione, documenti d'identità, 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	Predisposto puntuale controllo a campione su autocertificazione	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	100%	Direttore SS Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente SS Gestione giuridica del personale

gestione del personale	Nomina per incarico di direttore di struttura complessa PTA	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.	inadeguata diffusione della cultura della legalità	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 PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
			10) Irregolarità nella composizione della commissione.	Mancanza di misure dei rischi e/o controlli	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Puntuale sottoscrizione da parte di tutti i componenti di assenza di incompatibilità/confitto 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 PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
			11) Omessa rotazione dei componenti delle commissioni	Mancanza di misure dei rischi e/o controlli	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 PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
			12) Mancata verifica/omessa presentazione delle dichiarazioni di insussistenza o di incompatibilità.	Mancanza di misure dei rischi e/o controlli	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 PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
			13) Pressioni esterne per influenzare la valutazione della commissione e/o valutazione non corretta del candidato.	inadeguata diffusione della cultura della legalità	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 PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
			14) Omessa/carente motivazione della scelta effettuata.	Mancanza di trasparenza	basso	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Lettura ai componenti di commissione e condivisione con gli stessi, da parte del Segretario, 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 Segretario, 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 PGGRU/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	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 PGGRU/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	Formazione specifica per gli addetti	Formazione	Controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa - dirigente - direttore SO).	Controllo	Già in attuazione	Misura permanente	n. pratiche con controllo/totale pratiche	100%	Direttore UOC PGGRU/Dirigente UOS Gestione giuridica del personale
Acquisizione e gestione del personale	Concorsi - Recrutamento 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.	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale Collaboratore amministrativo con incarico di funzione	Errata pianificazione del fabbisogno del personale - Piano triennale dei fabbisogni del personale	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	basso	basso	basso	basso	basso	basso	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.
		PROCEDURA NOMINA MEMBRI COMMISSIONE DI CONCORSO La Commissione esaminatrice è nominata ai sensi del DPR n. 220/2001 e DPR 483/1997.	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale Collaboratore amministrativo con incarico di funzione	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati determinati	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	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.	Confitto 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/confitto 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	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	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane  Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale  Collaboratore amministrativo con incarico di funzione	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati"	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	basso	Esistenza di specifica normativa di settore.	Formazione continua del personale. Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Duplice controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente).	Misura di controllo.	Già in attuazione	Misura permanente	Numeri segnalazioni da professionisti/utenti	> 2/anno	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane.							
	ESPLETAMENTO PROCEDURA CONCORSUALE	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane  Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale  Collaboratore amministrativo con incarico di funzione	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)	Mancanza di trasparenza.	medio	basso	medio	basso	basso	basso	medio	basso	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 citata normativa, la commissione predetermina i criteri di valutazione dei titoli.	Trasparenza e definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Controllo sugli atti predisposti (segretario della Commissione con eventuale supposto di posizione organizzativa e dirigente).	Misura di controllo.	Già in attuazione	Misura permanente	Numeri ricorsi giurisdizionali alle procedure	100%	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane.
	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.	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane  Dirigente Responsabile SC Gestione giuridica del personale  Collaboratore amministrativo con incarico di funzione	Attestazione stati giuridici inventierici	Mancanza di trasparenza. Inadeguata diffusione della cultura della legalità.	basso	Esistenza di specifica normativa di settore.	Trasparenza e definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Duplice controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente).	Misura di controllo.	Già in attuazione	Misura permanente	Numeri segnalazioni da professionisti/utenti	> 5/anno	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane.							
Affidamento di incarichi di qualsiasi natura, anche dirigenziali e borse di studio	L'Azienda può avvalersi di personale non subordinato a seconda delle esigenze e finalità attraverso: • il conferimento di 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)		1) Motivazione generica e preteso uso per il conferimento di incarichi al fine di agevolare soggetti particolari.	Mancato o carente uso dei criteri di imparzialità	medio	basso	La discrezionalità connessa all'attività è ridotta perché il processo è gestito secondo quanto previsto dal regolamento aziendale	Controllo e trasparenza	Controllo e trasparenza	Duplice controllo sugli atti predisposti (posizione organizzativa e dirigente). TRASPARENZA	già in attuazione	continuo	n. accesso agli atti della procedura	< 5	Direttore UOC PGU						
	Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	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 veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.	Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale	1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.	medio	basso	Continui controlli in merito alle dichiarazioni di autocertificazioni. Puntuale verifica dei requisiti richiesti alla fonte (es. Università).	Controlli e diffusione della culturale	Controllo	Duplice controllo e verifica sulla documentazione presentata dai candidati. TRASPARENZA	già in attuazione	continuo	numero di controlli effettuati su numero di autocertificazioni	100%	Direttore UOC PGU						
Collaborazioni professionali	Definizione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio, libere professioni).	Dirigente Responsabile SS Gestione giuridica del personale	Mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.	Mancanza di un regolamento aggiornato.	medio	basso	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).	Formazione continua del personale e e promozione della cultura dell'etica e di standard di comportamento	Aggiornamento del regolamento aziendale attualmente vigente.	Misura di controllo	da attuare	anno 2025	Numeri segnalazioni da professionisti/utenti	>5 anno	Direttore SC Gestione e sviluppo delle risorse umane						
	Elaborazione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio, libere professioni) e liquidazione delle fatture (libere professioni).	Dirigente Responsabile SS Gestione economico previdenziale	Erogazione di compensi non dovuti	Inadeguata diffusione della cultura della legalità.	medio	medio	basso	basso	basso	basso	basso	basso	Predisposto puntuale controllo delle elaborazioni e liquidazioni dei compensi	Definizione e promozione della cultura dell'etica e di standard di comportamento	Controllo	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	RESPONSABILITÀ DEL PROCESSO	DESCRIZIONE FASE	ESECUTORE	DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO O FATTO A RISCHIO CORRUZIONE	FATTORE ABILITANTE	Interessi esterni all'ASST	Interessi economici	discrezionalità	eventi corruativi 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 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 economica 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 chi 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_COMMISSIONE 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 anche 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 evidenziable ogni fase e relativa 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 extrapolato 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
COLLEGIO DI RICORSO	Collegio porto armi-Collegio pass 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 quadriennale delle pratiche da parte del personale preposto.	100%	Direttore SC Medicina legale - Dirigenti medici
CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI	Grave patologia-incompatibilità carceraria-integrazione I.104/92	Direttore SC Medicina legale	Accertamento Sanitario	Dirigente medico della SC Medicina legale	Rilasciare certificazioni 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	intessi esterni all'ASST	Motivazione	Misura specifica	Tipologia di misura specifica	Stato di attuazione al 30/11/2021	Tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Valore target	Responsabile		
		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	operatorre amministrativo	1) Assegnazione di appuntamento in agenda informatizzata con classe di priorità più alta di quella prevista dall'impegnativa (SSN)  2) Indirizzo dell'utenza verso l'attività libero-professionale esercitata da uno Specialista aziendale	Scarsa consapevolezza dell'importanza del rispetto delle priorità assegnate  1) inadeguata diffusione della cultura della legalità	basso  basso	interessi economici  discrezionalità  eventi corruttivi in passato  segnalazioni  opacità  attuazione delle misure di trattamento	Rischio 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		
Liste di attesa e libera professione	Gestione amministrativa del processo ambulatoriale	Direttore UOC Gestione amministrativa dei presidi	Incasso ticket prestazioni ambulatoriali erogate in SSN Incasso fatture prestazioni erogate in Libera Professione	Identificazione del cittadino, emissione del documento di pagamento e incasso	operatorre 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  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  3) Effettuazione di uno storno di cassa, per prestazione erogata e già pagata dall'utente, con appropriazione della somma risultante dall'operazione  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	1) inadeguata diffusione della cultura della legalità  2) inadeguata diffusione della cultura della legalità  3) inadeguata diffusione della cultura della legalità  4) Inadeguate competenze del personale addetto ai processi	medio  basso  basso  basso	interessi economici  discrezionalità  eventi corruttivi in passato  segnalazioni  opacità  attuazione delle misure di trattamento	Rischio basso perché i percorsi di prenotazione sono distinti per SSN e Libera professione  Rischio basso perché riferito solo a impegnative non elettroniche  Rischio basso perché riferito solo a impegnative non elettroniche  Rischio basso perché riferito solo a prenotazioni con priorità U e B.	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 esternalizzato.  Implementazione della ricetta elettronica, che non consente all'operatore di intervenire manualmente.  Implementazione della ricetta elettronica, che non consente all'operatore di intervenire manualmente.  Nuovo sw a fine giornata permette il controllo di tutti gli storni.  Formazione a tutto il personale e in particolare al personale neoassunto sulle istruzioni operative vigenti.	1) Formazione. 2)Introduzione di nuovi strumenti tecnologici.  Controllo dati registrazione ricette elettroniche 2021 vs 2020  Controllo dati registrazione ricette elettroniche 2021 vs 2020  Controllo sulla correttezza del modulo di rimborso per quanto concerne lo storno in contatti e la chiusura contabile nei sw per quanto riguarda i rimborsi con bonifico.  Formazione a tutto il personale e in particolare al personale neoassunto sulle istruzioni operative vigenti.	In essere  In essere  In essere  In essere	Estrazione media ricette DEM nel corso del mese di dicembre 2021.  Estrazione media ricette DEM nel corso del mese di dicembre 2021.  Estrazione media ricette DEM nel corso del mese di dicembre 2021.  Formazione	60% ricette DEM nel 2021  60% ricette DEM nel 2021  60% ricette DEM nel 2021  Completo	Media delle ricette DEM 2021 oltre il 70% delle ricette registrate  Media delle ricette DEM 2021 oltre il 70% delle ricette registrate  Media delle ricette DEM 2021 oltre il 70% delle ricette registrate  La formazione viene proposta annualmente e le istruzioni operative sono sempre a disposizione degli operatori.	Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  La formazione relativa al rispetto delle corrette procedure e all'utilizzo del sw A4H è stata organizzata nel mese di settembre 2021.	Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  Responsabile servizi front office e processi amministrativo contabili dell'accoglienza  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	operatorre 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  basso  medio  basso	interessi economici  discrezionalità  eventi corruttivi in passato  segnalazioni  opacità  attuazione delle misure di trattamento	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	Completo	La formazione è proposta a tutti i dipendenti neoassunti.	Corso presente sulla piattaforma FAD.	AI 31/12 il 90% dei neoassunti deve aver effettuato il corso FAD.	Responsabile servizi segreteria e cartelle cliniche.		

## SSD Formazione

AREA DI RISCHIO	Processi	Responsabile processo	Descrizione attività	Esecutore dell'attività	Rischio specifico del processo	Fattore abilitante	Destinatari esterni all'ASSST	Interessi economici	discrezionalità	eventi comunitivi passati	segnalazioni	opacità	Attuazione delle misure di trattamento	Probabilità	Giudizio sintetico	Motivazione	Misura specifica	Tipologia di misura specifica	Stato di attuazione al 1/1/2021	Tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Valore target	Responsabile	
	FASE A - Attività formativa in sede																							
Formazione professionale	Pianificazione. Validazione docenti/formatori	Responsabile Scientifico, Collaboratore SSD Formazione	Individuazione docenti	Collaboratore Formazione	Conferimento incarico per relatore a soggetto privo di requisiti, garantendo un ingiusto profitto o utilità a sé o ad altri.	Trattasi di scelta discrezionale, che, del resto, non potrebbe essere attuata da parte dell'ufficio formazione in quanto benché neutra, non assicurerrebbe una migliore performance didattica, data la non conoscenza delle varie discipline	si	si/no	medio	basso	basso	basso	basso	basso	Attualmente le principali criticità rilevabili consistono nel: dover ricordare ai potenziali docenti l'iscrizione all'albo formatori; l'inserimento di documentazione non completa che determina la non ammissibilità della candidatura con conseguente ripetizione dell'iscrizione	Come conseguenza alle criticità, i correttivi consistono nel: dover ricordare ai potenziali docenti l'iscrizione all'albo formatori; l'inserimento di documentazione non completa che determina la non ammissibilità della candidatura con conseguente ripetizione dell'iscrizione	Adozione Regolamento Albo Formatori	Informatizzazione e del processo Applicazione Regolamento esistente	in atto	reale	Al 15.12.'21 iscritti all'Albo 758 soggetti qualificati	80%	Dirigente SSD Formazione	
	Attuazione. Rilevazione presenze partecipanti e docenti	SSD Formazione	Sottoscrizione della presenza sia di docenti che di partecipanti: attraverso la firma; con rilevazione ottica tramite tessera sanitaria	Tutor se prevista la figura per quel tipo di evento; Personale formazione	Incongrua rilevazione presenza/asenza di tipo: manuale, de visu e contestuale sottoscrizione	Elevato numero di iscritti; mancata vigilanza	si	basso	basso	basso	basso	basso	si	basso	Per ciascun evento si predispongono fogli firme con i nominativi dei partecipanti e docenti. Qualora si preveda la lettura della tessera sanitaria si utilizza apposita strumentazione -tablet-. Non rilevabili al momento criticità su tale aspetto se non per l'utilizzo dei supporti informatici che spesso, invece che velocizzare l'attività, la rallentano	Attività necessaria in termini giuridico-legali per validare e attestare la procedura	Report di ciascuna iniziativa caricato in piattaforma contestualmente alla chiusura dell'evento. Presenza in aula del tutor a garanzia della corretta rilevazione	Vigilanza da parte di tutor/personale formazione	Da effettuare il giorno dell'evento soggetti	Rapporto tra rilevazioni/soggetti in aula	100%	Dirigente SSD Formazione		
	Verifica adempimento successivo alla didattica erogata	SSD Formazione	La prova di valutazione si somministra a conclusione dell'evento formativo	Tutor se prevista la figura per quel tipo di evento; Personale formazione	Incoerente validazione apprendimento individuale in assenza di riscontro obiettivo (documentale, conteggio numerico...)	La condivisione dei saperi nella formazione on the job consente una riflessione collettiva, una simulazione in aula o una esercitazione o un role play talvolta in sostituzione del questionario di apprendimento	si	basso	basso	basso	basso	basso	si	basso	Dopo la verifica della correttezza della prova valutativa, necessaria secondo le indicazioni della normativa ECM, da parte di docente/tutor/personale formazione, l'esito viene inserito nel programma GestForm.	Il mancato superamento della prova di valutazione pregiudica l'acquisizione di attestato/crediti formativi	Validazione della prova valutativa	Registrazione del superamento della stessa nella piattaforma	in atto	Da effettuare al termine dell'evento	Corrispondenza tra numero rilevazioni positive e negative e numero soggetti che hanno eseguito la prova, in una delle modalità previste	100%	Dirigente SSD Formazione	
	Rendicontazione evento formativo: conferimento crediti a partecipanti, docenti e tutor	SSD Formazione	Convalida della presenza: attestato di partecipazione e/o conferimento crediti formativi	Formazione	Conferimento improprio di crediti indipendentemente da eventi, corsi, formazione	Alcuno perché i crediti sono predefiniti per tipologia di evento e vengono attribuiti automaticamente dal sistema regionale	si	basso	si	basso	basso	basso	si	basso	Entro 90 gg dal termine del singolo evento/edizione la normativa prevede la rendicontazione nel portale regionale e l'acquisizione da parte dei soggetti coinvolti dei crediti formativi predefiniti	Assolvimento obbligo formativo ECM per ciascun operatore sanitario	Controllo da parte di un soggetto diverso da colui che ha inserito i dati. Funzione di Controller da invadere di volta in volta	Verifica	in atto	Da effettuare entro 90 gg dal termine dell'attività	Al 30/9/2021: 154 eventi rendicontati/ 154 erogati	100%	Dirigente SSD Formazione	
	FASE B - Attività formativa facoltativa e obbligatoria (fuori sede)	SSD Formazione	Indicata nella PSpF02PG1MQ6, si sostanzia nel consentire previa autorizzazione e rispetto del budget di spesa per unità, la formazione presso enti erogatori esterni		Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione facoltativa o obbligatoria aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità.	Desiderio di apprendimento più o meno conferente e da contemporaneare con le esigenze organizzative, cliniche, gestionali.	basso	si	si	basso	basso	si	si	basso	Validare sul sistema informatizzato la formazione fruita dal dipendente, scelto dal Direttore Inviare a SC Gestione e sviluppo delle risorse umane la modulistica consegnata dal dipendente.	Rispetto codice etico degli sponsor; individuazione esclusivamente numerica dei sanitari da invitare agli eventi, non già nominativa	Rispetto normativa, procedura e codice etico	Controllo DMP/Audit/SC Avvocatura	in atto	Vigente	Al 30/6/2021 420 registrazioni su 420 richieste autorizzate	100%	Dirigente SSD Formazione	
					Implementazione contenuti e numero di eventi formativi al fine di ottenere ingiusti guadagni o altra utilità per sé o altri.		basso	si	si	basso	basso	si	si	basso	Giustificare il titolo dell'assenza dal lavoro ove vi è una sinallagmaticità in termini contrattuali	Reportistica per Internal Audit		Vigente				Dirigente SSD Formazione		

## SC Direzione medica gestione rifiuti

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE FASE	ESECUTORE	RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE	Interessi esterni dell'ASST	Interessi economici	discrezionalità	eventi concreti passati	negoziazioni	operativi del processo/decisione	Probabilità	Giudizio intuito	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 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/utile.	mancanza 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	99%	DM
			Allontanamento dal punto di produzione fino al pieno 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	Mancanza 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 casistica fissa oraria 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 carrelli per alzazione dei contenitori ottimizzando lo spazio 2) Compilazione periodica delle schede di verifica	50%	30/06/2025	1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) n. schede pervenute/n produttori	99%	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 trasporti su strada sostanzialmente pericolose	1) Affidamento dell'attività a terzi 2) Compilazione dei FIR da parte di diversi operatori delegati aziendali	alto	alto	alto	medio	medio	medio	medio	alto	alto	1) Segnalazione da parte dei Coordinatori del mercato rispetto del cronoprogramma dei rifiuti 2) Aumento numero delle sedi territoriali ed elevato turn over del personale aziendale e delle dite	1) Definizione e aggiornamento di cronoprogramma e modalità dei rifiuti 2) Formazione continua del personale	1) Compilazione periodica delle schede di verifica 2) Gestione delle deleghe per la compilazione dei 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	99% off	DM
			Approvvigionamento dei contenitori	Coordinatori DAPSS Commissari aziendali per altre sedi territoriali	1) Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) 2) scarsa responsabilizzazione interna 3) inadeguata diffusione della cultura della legalità;	Sovrasicilia della scorta per uso improprio	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 delle 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 radicotività 2) pesatura dei contenitori 3) corretta allocazione per tipologia di rifiuto 4) rispetto dei tempi di allontanamento dei rifiuti	Concessionaria che affida la gestione del deposito temporaneo a medesima ditta a cui è affidato lo smaltimento finale o sua ATU	1) Mancato controllo della radioattività 2) Errata pesatura e/o identificazione del cdc produttore 3) Mischianazione 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 ATU	Verifica da parte del Concessionario e della ASST dell'attività svolta presso il deposito temporaneo	1) Definizione di standard di riferimento e pubblicazione periodica di report relativa alla gestione del deposito temporaneo relativa alle CSG e di impianto 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 dei 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)	Affiancamento 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 di colli 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 dei FIR 3) Verifica della corrispondenza tra il numero di colli trasportato e indicato nel FIR da parte edile 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'accesso da parte di non addetti ai lavori ma incaricati 2) Pesatura senza registrazione informazionata di struttura produttiva e peso del contenitore 3) Sistema forzettario di identificazione del peso dei contenitori in caso di mancato funzionamento della pesa 4) Manutenzione regolare dei tempi di allontanamento per diversa tipologia di rifiuti 5) Esigibili 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) mancare 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 rivelazione dei termini del contratto in essere con la ditta erogatrice del servizio di trasporto	0	30/06/2025	Predisposizione dati per reportistica mensile e relative schede di non conformità	1) verifica presenza reportistica mensile 2) n. non conformità/sopraluoghi < 15%	DM/ SC Gestione acquisti
			Trasporto dei rifiuti dai depositi intermedi delle sedi esterne al deposito temporaneo della sede SGB, con predisposizione dei 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)	Affiancamento 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 di colli 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 dei FIR 3) Verifica della corrispondenza tra il numero di colli trasportato e indicato nel FIR da parte edile 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 dei FIR in qualità di produttore o destinatario 2) tenuta del registro di carico/carico 3) predisposizione dei MUD annuali 4) fatturazione	Direzione Medica Delegati per le sedi esterne Ufficio acquisiti 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/utile. 2) Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro sui dati sui rifiuti da essere smaltiti 3) Informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utile. 4) Mancata compilazione dei MUD annuali nei tempi previsti dalla normativa vigente	1) Affidamento dell'attività a terzi di precompilazione FIR, tenuta registro carico/carico, predisposizione MUD annuale 2) Compilazione dei FIR ed archiviazione della documentazione da parte di diversi operatori delegati aziendali	alto	alto	alto	basso	medio	medio	medio	alto	La fase è caratterizzata da alta discrezionalità da parte dell'operatore nella compilazione dei FIR sia esterna	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 della corrispondenza tra i dati del 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 archivati 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 mezzi di trasporto specificamente autorizzati della ditta erogatrice del servizio, afferenti al Concessionario SGB: Addetti incaricati al trasporto con automezzi specificamente autorizzati della ditta erogatrice del servizio	1) Trasporto dei rifiuti senza FIR oppure indicazione nel FIR di dati inesatti o incomplete, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utile. 2) Abbandono e deposito incoperto dei rifiuti, a violazione obbligo di aderenza al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti. 3) Utilizzo di mezzi e personale addetto al trasporto non conforme alla normativa ADR	affidamento dell'attività a terzi	alto	alto	alto	basso	basso	medio	basso	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	RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE FASE	ESECUTORE	RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE	Interessi esterni all'ASST	Interessi economici	discernibilità	eventi connotativi/pastri	segnalazioni	capacità del processo/decisionale	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Probabilità	Giudizio analitico	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 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 acquisiti	Raccolta dei rifiuti non sanitari nei contenitori appropriati, ponendo attenzione a differenziare da sottosezioni ecologiche e/o pericolose, ed evitando, in particolare, contenitori che miscelano fra 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 affidati 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;	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, più molte 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 presieduto dal coordinatore delle sedi, che trasmette quadriennalmente 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 prodotti	96%	Direttore SC Tecnico patrimoniale
			Operazione di carico dei rifiuti raccolti differenziatamente nei punti di deposito provvisorio ubicati all'interno delle unità produttive sui carrelli dedicati ai rifiuti del servizio trasporto pesante e loro consegna alle imprese di gestione dei rifiuti. Aree di isola ecologica sfruttate con il transito del servizio dei trasporti pesanti infrastrutturate dal Concessionario dei servizi no core. Monitoraggio che delle 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 miscelazioni fra 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 delle 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 presieduto dal coordinatore delle sedi, che trasmette quadriennalmente alla Direzione Medica le schede di verifica. Risulta utile mantenere costante l'attività di formazione sulla 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. 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 prodotti	96%	Direttore SC Tecnico patrimoniale
			Conferimento delle diverse tipologie di rifiuti non sanitari nei contenitori specificamente dedicati posizionati presso i depositi temporanei (cd. aree ecologiche o isole ecologiche) ubicate all'interno dell'A.S.T.	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 ASST ed ex Treviso-Caravaggio, Casale Cognola) 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. 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 Scarico per tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Rendicontazione annuale MUD. Gestione dei rifiuti (TAR) con i vari Controllori formalmente 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 combinatorio 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;	mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) Scarsa responsabilizzazione interna. Inadeguata diffusione della cultura della legalità Aggiornamento della normativa	alto	alto	alto	basso	basso	basso	medio	medio	medio	La parte amministrativa è discretamente presieduta 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 colori possono essere con ARIA corrispondono a quelli della normativa interna 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 faturati dalle Concessione per ogni singolo codice EER di rifiuto; 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%; b)Verifica trimestrale della correttezza dei chilogrammi faturati dalle 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;	mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli) Scarsa responsabilizzazione interna. Inadeguata diffusione della cultura della legalità Aggiornamento della normativa	alto	alto	alto	basso	basso	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 Vaccinazioni e sorveglianza sanitaria adulti

## SC Dipendenze

AREA DI RISCHIO	PROCESSO (descrizione)	RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	ESECUTORE	RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE	Interessi esterni SC	Interessi interni SC	discrezionalità	eventi corruttivi	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 individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano dunque per l'incidenza su problemi specifici.)	STATO DI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	VALORE TARGET	RESPONSABILE	
Rendicontazione e invio dei debiti informativi/fluxi istituzionali	Ambulatoriale di performance della SC Dipendenze	direttore SC Dipendenze	Il controllo di appropriatezza dei debiti informativi delle prestazioni erogate ai vertici e con i dati forniti da 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 dei cittadini. 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)	Errore calcolo del finanziamento ministeriale basato sul flusso SIND Errore 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 congiuntiva 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 cedevole della lista di controlli	100%	direttore SC Dipendenze	
Pagamento ticket per prestazioni non esenti	Processo ambulatoriale	amministrativo	Riscossione ticket per prestazioni erogate in regime di specificistica ambulatoriale (tabellario, ticket di erogazione, cartellino dell'interessato così come definito dalla vigente normativa sanitaria in materia di copartecipazione alla spesa. Applicazione di esenzioni in materia di copartecipazione alla spesa sanitaria	amministrativo	perdita delle entrate, danno erariale	Assenza di controlli sui pagamenti/fature Mancata verifica dei criteri di esenzione	B	B	B	B	B	B	B	la documentazione inerente al pagamento deve essere acquista 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	regolare cedevole della lista di controlli	100%	Amministrativo	
Accertamenti sanitari di assenza tossicodipendenza o di associazione di sostanze stupefacenti o tossicogene in: @Lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza l'incolumità e la salute di terzi. @ Segretari inviati dalla Commissione Medica per le Patenti di Guida per violazione degli art 186-187 del DPR 309/90; @ Personale addetto specificatamente per accertamenti indicati nel bando di arruolamento; @ Privati per usi consentiti dalla legge	Prelevio, 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 dei campioni biologici, confezionamento, conservazione e invio campioni al laboratorio L'amministrativo è responsabile della riconsegnazione e della fatturazione degli importi dovuti e della trasmisione del referto al soggetto richiedente.	1) Concussione da parte dell'incaricato di pubblico servizio verso l'utente che si sottopone a valutazione tossicologica al fini del rilascio di 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 valutazione 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 parte di un utente da sottoporre alla valutazione e presa in carico per ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.Indubbiamente 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 comunicazioniattività 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/fature prodotte Concedere riconoscimenti medico-legali di favore modificare esiti/accertamenti assenza di controllo sui pagamenti dovuti	M	M	M	M	M	M	M	richieste proveniente da Enti/Commissioni esterne sono inserite, a supporto delle prestazioni erogate, nel singolo FASAS la documentazione amministrativa dev'essere acquista prima della consegna/trasmissione 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	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 CORSO	IN CORSO	REPORT ANNUALE DELLE PRESE IN CARICO	Valutazione annuale delle NC autovalutazione dei FASAS verifica amministrativa dei pagamenti effettuati	100%	Amministrativo
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 di un utente da sottoporre alla valutazione e presa in carico per ottenere la formulazione di una diagnosi falsa. 2) Corruzione per un'ingenuità o per maneggiare 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 fin di ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie. 3) Comunicazione da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio nei confronti del paziente da sottoporre a valutazione 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 manca comunicazione alla prefettura degli esiti del percorso individualizzato Ritardare/ommettere/falsificare la comunicazione degli esiti.	M	M	M	M	M	M	M	Normativa di riferimento (art 75 DPR 309/90) verifica della corretta applicazione della IO01PSP01DipendenzePG9MQ7 "ART_75_DPR_309/90-percorso di presa in carico per la valutazione 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 CORSO	IN CORSO	REPORT ANNUALE DELLE PRESE IN CARICO	Valutazione annuale delle NC autovalutazione dei FASAS verifica amministrativa	100%	RESPONSABILE SERD	
Definizione degli interventi in ambito dell'esecuzione penale	Attivare un percorso di trattamento in misura alternativa alla pena detentiva per detenuto privo di risarcimento. 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 54 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 da parte del paziente da sottoporre a valutazione per assenza di utilizzo di sostanze od alcol 2) Corruzione per l'esercizio della funzione dell'incaricato di 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 di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità 4) Indubbiamente a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità 5) Indubbiamente 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.	Mancata registrazione delle attività cliniche e diagnostiche e la relativa sintesi nel FASAS falsificazione della documentazione	M	M	M	M	M	M	M	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 equipi multiprofessionale; Condivisione dei processi e delle relazioni con i referenti di altri settori Gestione congiunta dei programmi terapeutici tra l'equipe 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 specie; Raccordo con la Magistratura di Sorveglianza su tutte le fasi del percorso; Riconoscere documentari delle attività e decisioni nel FASAS singolo utente Conoscenza del codice di comportamento aziendale da parte dei componenti dell'equipe Conoscenza del piano triennale della prevenzione della corruzione; Rotazione del personale coinvolto	PROCEDURA DI DEFINIZIONE IN ATTO	2026	REPORT ANNUALE DELLE PRESE IN CARICO		100%		
Attivazione di percorso di trattamento in struttura Residenziale e Semiresidenziale accreditate nell'area dipendenze Attivazione di un percorso di trattamento in struttura Residenziale in strutture extraregionali	Inserimento e trattamento di persone con diagnosi di dipendenze 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 Assistente sociale per l'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 il Consiglio superiore dell'azienda della sanità sanitaria locale nel caso di cittadino residente in altra regione) Verifica dei costi delle prestazioni erogate a favore di cittadini privi di residenza attuale Redazione di certificazione di dipendenza patologica redazione 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 struttura R e/o SR; 2- Indubbiamente 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 sostanze od alcol.	1-Scelta razionale della struttura R e/o SR; 2- Indubbiamente 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 sostanze od alcol.	mancata condivisione rilevazione/registrazione delle attività cliniche, diagnostiche e valutazioni multidisciplinari nel FASAS utente	M	M	M	M	M	M	M	Normativa di riferimento PSp03DipendenzePG9MQ7, Inserimento e trattamento TD-AD-DGA in R e SR Predisposta modulistica corretta	verifica delle attività a più livelli: autovalutazioni interne a campione su: congruenza dell'attività ambulatoriale effettuata congruenza tra diagnosi e certificazioni di dipendenza patologica certificazioni di dipendenza patologica per monitoraggio almeno trimestrale da parte dell'equipe clinica monitoraggio della segreteria amministrativa relativamente alle comunicazioni formali delle SR Monitoraggio dei referiti del sistema informativo sull'apertura congrua del FASAS.	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 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 richieste e misure evocate 2) Rapporto fra misure tenute e misure evocate	non definito	1) > 30% 2) > 70%	
Aprovigionamento, Carico, Conservazione, Prescrizione, dispensazione e Scarico; delle terapie farmacologiche .	Gestione dell'ambulatorio per le terapie farmacologiche compresi i farmaci in Tabella II A.D.Lgs. 49/2006 .	Medico, Infermiere, responsabile SS SerD	Analisi del fabbisogno Richiesta approvvigionamento farmaci stupefacentiPres in carico e conservazione del farmacoRegistrazione delle operazioni di carico/scarico sul registro formalizzato.Prescrizione della terapiaDispersione delle farmaciVerifica corrispondenza giacenza reale/contabile	Coordinatore Effettua l'analisi del fabbisogno compila la richiesta di fabbisogno Responsabile SerD sottoscrive le richieste di farmaci stupefacenti e sostanze psicotrophe, buono di richiesta ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 309/90. L'Infermiere compone e registra le operazioni su registro informatizzato Medico SerD prescrive la terapia L'Infermiere dispensa i farmaci e registra le operazioni di scaricco Responsabile Medico SerD è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra le giacenze	1) Peplato (estrazione) delle sostanze anche attraverso artifici2) 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).	mancanza di controlli tra giacenza reale e contabile;	M	M	M	M	M	M	M	Normativo di riferimento (DPR 309/90 e SMI)AUDIT FarmaciaAutovalutazione interna	adozione e applicazione di IO01PSp02DipendenzePG9MQ7 "Approvvigionamento farmaci stupefacenti in uso presso la SC Dipendenze" PSp02Dipendenze PG9MQ7 "Gestione trattamenti farmacologici nei SerD"	Gestione informatizzata di tutto il processo (prescrizione, dispensazione, registrazione di carico e scarico)Verifica dell'applicazione delle procedure di riferimento;Rotazione del personale nell'attività specifica (planning)Controllo giornaliero delle giacenzeAccesso limitato al personale sanitario dell'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	CONTROLLI GIALENZE REALE/CONTABILE PRODUZIONE REGISTRO GIALENZA: GIALENZA MENSILE/ACCERTAMENTO TENDITRAZIONE FARMACO/SCARICO	100%	RESPONSABILE SERD/COORDINATORE INFERMIERISTICO SERD	

## SS Cure domiciliari

## 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 corrutivi passati	Segnalazioni	Opatà del proce so decisio 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 sui problemi specifici)	Stato di attuazione al 1/1/2025	Tempi di attuazione	Indicatori di situazione	Valore target	Responsabile
Medici di 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 diverso (che non abbia, dunque, già raggiunto il proprio massimo) nel proprio ambito di residenza, l'operazione può essere effettuata: - personalmente dal cittadino attraverso il FSE; - 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 soluzione capienza del MAP). Mancanza cultura della legge.	n.a.	B	n.a.	n.a.	B	B	B	n.a.	"Procedura "Gestione assistiti" 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 continuativamente nel corso dell'attività.	Segnalazione	Nessuna segnalazione	Dirigente/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP
			Il cittadino sceglie il MAP/PLS per sé e per le persone di cui ha la tutta legge ma può anche delegare - ad 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 accertare l'identità. È 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 assistiti" in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale"	chiamata esaudite dell'utente e anomima mediante sistema Elimina-code.	In atto	Misure attuate continuativamente 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	Dirigente/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 pediatria in assenza del rispetto della normativa vigente.	B	B	n.a.	n.a.	B	B	B	n.a.	"Procedura "Gestione assistiti" 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 continuativamente nel corso dell'attività.	Segnalazione	Nessuna segnalazione	Dirigente/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 assistiti" in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale"	Chiamata esaudite dell'utente e anomima mediante sistema Elimina-code.	In atto	Misure attuate continuativamente nel corso dell'attività.	Segnalazione	Nessuna segnalazione	Dirigente/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 assistiti" in materia di Scelta e Revoca condivisa a livello provinciale tra ATS e le ASST in via di consolidamento. Formazione del personale"	Chiamata esaudite dell'utente e anomima mediante sistema Elimina-code.	In atto	Misure attuate continuativamente nel corso dell'attività.	Segnalazione	Nessuna segnalazione	Dirigente/Direttore SC AREA ACCOGLIENZA - CUP
			In caso di riconoscimento da parte del MAP/PLS, la SC Distretto provvederà la richiesta, invia la raccomandata da avviso di riconoscimento all'assistito riuscito e cerca di costituirlo 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 dalla data di giunta il MAP/PLS alla sede della SC Distretto. Nella lettera anche specificata la data in cui il paziente verrà cancellato dagli elenchi del MAP che lo ha riuscito. 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 riceve la raccomandata, quindi si attende in preventiva per due mesi, restando i quali la stessa si considera come recapitata; l'operatore amministrativo procede con la cancellazione dagli elenchi del professionista che lo ha riuscito.	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 perseguitamento di interessi diversi. 2) Mancato rispetto dei vincoli di bilancio 3) Esposizione di fatti materiali non rispondenti al vero al fine di ricevere per sè o un terzo denaro o altra utilità non dovuta.	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
				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	
		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 Controllo di gestione; SC e SS coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle risorse umane, SC Tecnico 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 Controllo di gestione; SC e SS coinvolte: SC Gestione e sviluppo delle risorse umane, SC Tecnico 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 economici			
		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 Tecnico 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 economici			

	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			
	7. Invio Piano dei flussi di cassa prospettici, corredato di relazione accompagnatoria in Regione	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 RICAVI					
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 conto;	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 conto;	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			
	9. Rilevazioni di fine esercizio	SS Bilancio			
	10. Controlli periodici	SS Bilancio			
	11. Conservazione della documentazione	Responsabile del Progetto			
Sperimentazioni cliniche	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)				
Ricavi da patrimonio immobiliare	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 stipendi	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	-			
Ricavi da patrimonio immobiliare	10. Controlli periodici (Si rimanda alle fasi 2,4, 6,7)	-			
	11. Conservazione della documentazione	SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione			
	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 Medicamente Assistita, raccolta sangue funicolare.	SC Ginecologia e ostericia			
	Fornitura divise al personale sanitario e amministrativo, buoni pasto, distrib	SSD Logistica e servizi economici / 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 speciali	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		
Ciclo finanziario: gestione casse riscossione e rapporti col tesoriere	9. Scritture di rettifica e integrazione	SS Bilancio		
			1) Accordo col tesoriere o sodalizio con personale dipendente del tesoriere per garantire a sé o altri indebiti introiti.	<i>basso</i>
AREA DISPONIBILITÀ LIQUIDE				Procedure redatte in accordo con il Percorso Attuativo della Certificabilità del Bilancio
Gestione cassa economale	1. Costituzione del fondo cassa			
	1.1.a Richiesta di costituzione cassa economale tramite atto	SSD Logistica e servizi economici		
	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 economici		
	2. Prelievo fondo cassa	SSD Logistica e servizi economici		
	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 economici		
	4.1 Pagamento e registrazione delle spese effettuate con cassa economale	SSD Logistica e servizi economici		
	4.2 Pagamento e registrazione delle spese effettuate con carta prepagata aziendale	SSD Logistica e servizi economici		
	5. Chiusura giornaliera della cassa	SSD Logistica e servizi economici		
	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 economici		
	6.1.b Rendicontazione spese effettuate con carta prepagata a SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità	SSD Logistica e servizi economici		
	6.2 Verifiche correttezza spese in questione da parte SC Bilancio program	SS Bilancio		
	7. Ricostituzione del fondo cassa	SSD Logistica e servizi economici		
	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 economici		
	11. Controlli periodici			
	11.1 Controlli a campione	SSD Logistica e servizi economici		
	11.2 Controlli per quadratura contabile	SS Bilancio		
	11.3 Presentazione documentazione al Collegio Sindacale	SSD Logistica e servizi economici		
	11.4 Redazione del conto giudiziale della cassa economale e della carta prepagata	SSD Logistica e servizi economici		
	11.5 Presentazione annuale alla Corte dei Conti del conto giudiziale	SS Bilancio		
	12. Conservazione della documentazione			
	12.1 Conservazione della documentazione inherente richieste di pagamento, pagamenti e rendicontazioni	SSD Logistica e servizi economici		
	12.2 Conservazione della documentazione inherente 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		
Gestione documentazione	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 8.2 Controlli e attività per Conto Giudiziale 8.3 Controlli esterni 9.1 Conservazione della documentazione front-office 9.2 Conservazione della documentazione ragioneria	SC Area accoglienza - CUP SS Bilancio COLLEGIO SINDACALE SC Area accoglienza - CUP SS Contabilità e flussi finanziari			
Gestione cassa Farmacia Esterna	1.Costituzione del Fondo Cassa 2. Emissione Scontrino Fiscale mediante l'apparecchio misuratore fiscale (registratori di cassa), contestuale registrazione per la memorizzazione dei dati sul giornale di fondo elettronico e incasso del corrispettivo	SS Bilancio 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 8.2 Controlli SC Bilancio programmazione finanziaria e contabilità	SC Farmacia esterna SS Bilancio			
	9. Conservazione della documentazione	SC Farmacia esterna			
Gestione conti correnti postali	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			
	6.5 Conservazione documentazione	SS Contabilità e flussi finanziari			
Gestione tesoreria	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 controllo provvisori di entrata non riscossi	Banca Tesoriere 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 controllo mandati di pagamento in sospeso/non pagati	SS Contabilità e flussi finanziari 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 conservazione presso tesoreria	SS Bilancio 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 1.2 APPROVAZIONE DAZ 2. Espletamento procedure di gara 3. Inserimento del contratto e gestione anagrafiche fornitori e prodotti 4. Emissione degli ordini di acquisto	SC Gestione acquisti Direzione aziendale SC Gestione acquisti 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				
Acquisizione di immobilizzazioni materiali e immateriali	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			
	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			
Acquisizione di immobilizzazioni materiali e immateriali	2. Eseletamento 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				
	11.11.1 Acquisti 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 Declinare CASISTICA:				
	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 finanziari			
	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 (circolarizzazione)	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 coinvolte			
	12.12.1 verifica corretto utilizzo conti, verifica sezionali,	SS Bilancio			
	12.12.2 verifica 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 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		
Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato al lavoro dipendente	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		
	7.3controllo 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 risorse 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 risorse 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 incorciato 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 (circolarizzazione)	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		
	9.12.2 verifica corretta alimentazione co.an	SC Controllo di gestione		
	10. Conservazione della documentazione	Strutture coinvolte		
Gestione del percorso amministrativo-contabile	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
		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.		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.
		Valutazione multidisciplinare Approfondimento diagnostico sui requisiti clinici e legali per l'accesso alle misure alternative Definizione del programma terapeutico ed attestazione di idoneità	Segnalazioni per violazione art. 75 DPR 309/90. Valutazione diagnostica multidimensionale. Progetto terapeutico condiviso Valutazione e comunicazione esiti	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.	basso	
			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	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'equipè 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 comportamento 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 UUOOSS 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 artifizi.		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 artifizi, per trame profitto. Anche per interposta persona (tramite cessione della sostanza).		
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 II 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;
				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	
	Accertamenti tossicologici per valutazione diagnostica Accertamenti tossicologici di monitoraggio per procedimenti legali			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	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.
				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	
				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.	basso	
				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 rilascio del programma terapeutico ed attestazione di idoneità nell'area penale		

## 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 • Prescribe prestazioni relative agli accessi successivi ed eventualmente prenota • Prescribe, 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 differente, a seconda delle tipologie di prestazioni. • In ogni caso rilascia documento di eseguita prestazione, al termine della prestazione stessa. • Prescribe 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 sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danno.	basso	
Gestione liste d'attesa	<p>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.</p> <p>I volumi di attività sono discussi in contrattazione di budget e modulati</p>	<p>Operatore CUPS SC Direzione Medica</p>	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 Strutturelle (US) intra ospedaliere, 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 degeniti 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 predisponde 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 complicant i 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 altri 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 giustifichino 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
Rischio di corruzione e di favoreggiamento	Approvvigionamento	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 abilitazione 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 abilitazione 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 abilitazione 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	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.
		Consegna		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.
	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		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	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.
		Predisposizione Proposta d'ordine <i>(dispositivi medici non a giacenza)</i>	Prescrittore		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 esternalizzato e presso le Unità.
	Stoccaggio	Verifica e autorizzazione Proposta d'ordine <i>(dispositivi medici non a giacenza)</i>	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				
		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.	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			
			Prestiti in entrata	SC Farmacia	1) Falsa dichiarazione di scadenza per favorire un nuovo approvvigionamento ad un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità.	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 uscita		1) Attivare un prestito immotivato per favorire l'Azienda che cede il bene e/o il fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità.		
				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 Farmacista.
						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)
		Ordine			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.
	Stoccaggio	Ricezione		SS GESTIONE ACQUISTI SANITARI			
		Carico a magazzino (fase operativa)		DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici)			
				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 abilitazione 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 abilitazione per l'operatore che accede tramite login e password personali. Riconciliazione informatica fra prodotto erogato e prescrizioni
			Consegna ai PRESST	DITTA APPALTATRICE (SSD Logistica e servizi economici)	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.

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.
		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.
		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.
		SC FARMACIA	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.
		SC FARMACIA	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 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".
		PRESCRITTORE			
Attività di informazione scientifica presso l'ASST	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").
Attività di informazione scientifica presso SC Farmacia	Informazione				

## 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 allontanamento 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).
		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		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..
	Gestione attrezzature sanitarie			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 afferente 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	<p>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.</p> <p>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.</p>
	Accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	basso	<p>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.</p> <p>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.</p>
	Abuso nell'adozione di alcuni provvedimenti al fine di agevolare particolari soggetti/aziende ( es: inserimento in cima ad una lista d'attesa)	basso	<p>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.</p> <p>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.</p>
	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	<p>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.</p> <p>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.</p>
	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	<p>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.</p> <p>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.</p>

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.

	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'assitente 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'assitente 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)			Diffondere informazioni riservate al datore di lavoro	basso	Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile SC , dell'assitente 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'assitente 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'assitente 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 connessione 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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'assitente 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 connessione 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'assitente 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 documenti 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 eventuali 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 attraverso 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 procedure 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 compensi 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	<p>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 <a href="http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9">http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9</a>);</p> <p>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 <a href="http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9">http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9</a>);</p> <p>3) Adozione di formali provvedimenti pubblici e conseguente pubblicazione sul sito aziendale (disponibile <a href="http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9">http://www.asst-pg23.it/component/bandi/9</a>) della sinossi dei singoli progetti per i quali si ricerca un contributo ;</p> <p>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)</p> <p>5) La destinazione di uso delle risorse introitate viene rendicontata mediante provvedimenti aziendali formalmente adottati.</p>

## 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, incongruenze 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 LIspa, 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 prevede la 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 LIspa, 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) Collaboratore 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 ricevuta 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 sé 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 sé 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 sé 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 sé 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 sé 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 Wingesfar, 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 Bilancio 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 (Wingesfar) 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 pagamento 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	-Utilizzo 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. -Limitazione 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, purché 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 Sanitri 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 perché 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 Integato; 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

<b>Formazione professionale</b>	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 riferimento ed 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'istruzione operativa: l'ODPSSGRU02 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 indirizzo 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 di controllo nel documento	basso	
		Staff Qualità Aziendale e gruppo di lavoro	3) Ritardo nell'emissione dei documenti che regolamentano attività	basso	
	Identificazione della NC e segnalazione	Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali)	1) Mancata rilevazione della non conformità	basso	

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
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Programmazione Riesame della Direzione Aziendale	Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali)	1) Riesame non svolto o con dati omessi	basso
esame della Direzione	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
	Identificazione dei processi da analizzare	Responsabile Qualità Aziendale (Altre funzione Aziendali)	1) Analisi dei rischi non svolta o con dati omessi	basso
Analisi dei rischi	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	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 stabilito 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  2) Mancata verifica del servizio richiesto	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).  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).	

	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.
RISK MANAGEMENT processo di gestione del rischio clinico	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 avalla 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 avalla 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	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 stabilito 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  2) Mancata verifica del servizio richiesto	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).  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).	

	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.
RISK MANAGEMENT processo di gestione del rischio clinico	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 avalla 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 avalla 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.	
COMMESI		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 Struturali per il continuo aggiornamento delle fonti di informazione. Gli operatori del Servizio, per evitare il favoreggiamiento di altre Strutture Sanitarie o determinati medici per ricavare guadagno o altra utilità (favori), si attengono alla fonti informative divulgate dalle Unità Struturali 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 cassetteria 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 consenienti.  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 Commissi; 3) Recapito della corrispondenza nelle casseforti dedicate o presso le Segreterie; 4) Compilazione del Mod.1IOS&LComm01 "Scheda firma giroposta mensile".	Operatore Tecnico Commissario 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 Commissi 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 di protezione dei dati personali" e al Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR). Le registrazioni delle attività sono agli atti del Servizio Commissi.	
	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 Commissario 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) Consegnna delle Cartelle Cliniche presso le SC/SS/SSD Destinatarie; 3) Registrazione sul Mod.1IOSA_Comm05 "Movimentazione Cartelle Cliniche".	Operatore Tecnico Commissario 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 Commissario 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 Commissario è incaricato formalmente per il trattamento dei dati.		
	Trasporto materiale biologico	1) Ritiro materiale biologico dalla SC/Struttura esterna mittente; 2) Consegnna del materiale biologico alla SC/Struttura esterna destinataria; 3) Compilazione del Mod1OSgd_AUTO1 "Trasporto materiale biologico".	Operatore Tecnico Commissario 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 Commissi. Gli operatori del Servizio Commissi 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".		

AUTISTI	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.
	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 ModoSg 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 IOSSPP22 "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 economici	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 pasti; 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	Rintracciabilità della biancheria e delle divise mediante microchippatura, che consente di risalire al Sogetto consegnatario. Il controllo sul rischio connesso all'attività di controllo sul Servizio di Lavanolo è effettuato dal personale del Servizio Controllo Appalto Area Tessuto: 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. Sono state intraprese azioni per sensibilizzare i fruitori del Servizio al rispetto degli obblighi contrattuali con il Concessionario: - 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; Nel corso del 2018 sono attivate ulteriori azioni di miglioramento, come di seguito declinate: - 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.
	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 letterecci puliti e nei locali del distributore automatico delle divise; 2) compilazione del Mod.2IOS&LTess03 "Prospetto rendicontazione anomalie biancheria" e Mod.2IOSelTess05 "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.		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 capitolo generale e del capitolo speciale di concessione, al fine di rilevare macchie, strappi, stropicciature e usura. In base ai parametri fissati in accordo con il Gestore del Servizio, il controllo mira a verificare l'eventuale sfornamento del valore soglia concordato.
	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.		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 capitolo generale e del capitolo speciale della concessione. A seguito dei controlli vengono emesse N.C. e penali.
CENTRALINO	Gestione chiamate telefoniche da parte del Servizio Centralino	Smiamento 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	Gli operatori del Servizio, per evitare il favoreggiamento di altre Strutture Sanitarie o di determinati medici per ricavare guadagno o altra utilità (favori), si attengono alle fonti informative della ASST PG23. Le fonti di informazioni vengono mantenute costantemente aggiornate e sono contenute in un faldone ad uso degli operatori del Servizio. Ogni aggiornamento viene stampato ed affisso per una settimana nella bacheca presente nei locali e divulgata verbalmente al personale con limitazioni visive. Nel caso di richiesta specifica di Medici in Libera Professione, l'operatore del servizio invita l'utente a visitare il sito WEB aziendale nella sezione dedicata alla Libera Professione. Sodette misure di contrasto sono estese anche al Centralino di San Giovanni Bianco.
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 Confronto tra tabulato software Desigo, rapporto di servizio guardie giurate e visione immagini sistema videosorveglianza.	
	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		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 Monitoraggio e verifica sulla puntualità degli interventi tecnici effettuati per riparazione tvcc malfunzionanti.	
	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		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 dei effetti e/o documenti personali di proprietà della persona assistita	1) Riconsegna di effetti (documenti, telefoni, somme di denaro, borse, vestiti etc.) rinvenuti 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 Economale 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/chiusura straordinarie dei locali per gli operatori delle Ditta 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 art 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 art 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 art 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.
	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.
MAGAZZINO	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
	Rapporti con la ditta di noleggiatore 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 carrozze a gettone e posizionamento delle stesse nei punti di stazionamento	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 carrozze e provvede alla consegna delle stesse al manutentore, previa richiesta nel SW Mainsim.	Operatore addetto al riordino delle carrozze	Facilitare l'appropriazione indebita da parte dell'utente della carrozze 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 carrozze.
	Fotocopiatrice 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	Lettura, fotocopiatrice , trasferimento su supporti informatici in modo improprio dei dati al fine di procurare a se 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.
CENTRO STAMPA						

	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 imballaggio 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 Commissi	Appropriazione ed utilizzo illecito dei ricettari da parte di soggetti non autorizzati	basso	I formati 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 Compresso 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, Compresso e Trasporto leggero automatizzato 3) Stoccaggio dei prodotti stampati in attesa della consegna ai richiedenti 4) Contabilizzazione tramite il software aziendale dei 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'approvigionamento del materiale di consumo è effettuato dal Responsabile del Centro Stampa o da suo delegato nei termini stabiliti dalle procedure specifiche aziendali inerenti l'approvigionamento 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.
	Approvigionamento, 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'approvigionamento del materiale di consumo è effettuato dal Responsabile del Centro Stampa o da suo delegato nei termini stabiliti dalle procedure specifiche aziendali inerenti l'approvigionamento 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.
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 sé 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 Capitolo 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 economale	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 giornaliere. C) È 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 economale 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).	

	Pagamento di beni e servizi a seguito di acquisto mediante cassa economale e registrazione in contabilità	Direttore, Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economici	Nella fase si possono verificare i seguenti rischi: A) possibilità che i pagamenti di beni e servizi avvengano in modo differente 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 sforamento 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 conferma il denaro consegnato. Giornalmente 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.	
FONDO ECONOMALE	Gestione della cassa economale	Chiusura giornaliera della cassa	Funzionario e operatori Amministrativi SSD Logistica e servizi economici	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. 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 economici	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 economici	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.

<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO :</b>	Vecchi Gianluca
-----------------------------------	-----------------

Ha espresso il seguente parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

ASTENUTO

Note:

<b>DIRETTORE SANITARIO :</b>	Amorosi Alessandro
------------------------------	--------------------

Ha espresso il seguente parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

ASTENUTO

Note:

<b>DIRETTORE SOCIOSANITARIO :</b>	Cesa Simonetta
-----------------------------------	----------------

Ha espresso il seguente parere:

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

ASTENUTO

Note:

## **CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

---

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

**per 15 giorni**

---