



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

# PIAO 2023-2025

Piano Integrato di Attività  
e Organizzazione  
ASST Lariana

**Azienda Socio Sanitaria Lariana**

Sede legale: Via Napoleona n. 60 - 22100 - Como - Italia, Codice Fiscale 03622110132

Sede operativa: Via Ravona n. 20 - 22042 - San Fermo della Battaglia (Como) - Italia - Tel. 0315851



<b>PREMESSA</b>	<b>2</b>
<b>SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>4</b>
1.1 MISSIONE ISTITUZIONALE	5
1.2 CONTESTO IN CUI OPERA ASST LARIANA	6
<b>SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>29</b>
2.1 VALORE PUBBLICO	29
2.1.1 L'accessibilità digitale	29
2.1.1.1 Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, informatiche e telefoniche	32
2.1.2 L'accessibilità fisica	35
2.1.3 Le procedure di reingegnerizzazione	36
2.1.4 Le azioni di risparmio energetico	48
2.2 PERFORMANCE	51
2.2.1 Obiettivi strategici	51
2.2.2 Il ciclo delle performance	52
2.2.3 Gli obiettivi per l'anno 2023	53
2.2.4 Sistema operativo di valutazione della performance individuale dell'ASST Lariana	55
2.3 RISCHI CORRUTTIVI	57
2.3.1 Rischi corruttivi e obiettivi strategici del Sistema aziendale di Prevenzione della corruzione e Trasparenza	58
2.3.2 Analisi del contesto esterno e interno	60
2.3.3 Mappatura dei processi	63
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti	66
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	70
2.3.6 Antiriciclaggio, fidejussioni e recupero crediti	86
2.4 TRASPARENZA	89
2.4.1 Pari opportunità e l'equilibrio di genere	96
<b>SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE</b>	<b>100</b>
3.1 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	100
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	106
3.3 FORMAZIONE DEL PERSONALE	115
3.4 PIANO DI AZIONI POSITIVE	117
<b>SEZIONE 4 - MONITORAGGIO</b>	<b>122</b>
4.1 MONITORAGGIO DELLE PERFORMANCE	122
4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI	122
4.3 MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE	123
<b>SEZIONE 5 - ALLEGATI</b>	<b>123</b>

## PREMESSA

Il decreto legge n. 80/2021 “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”, il cosiddetto “decreto reclutamento” convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale confluiscono una serie di documenti di pianificazione e programmazione che, fino ad oggi, avevano invece una propria autonomia con riferimento alle tempistiche, ai contenuti e alle norme di riferimento.

Il legislatore, in questo modo, ha cercato di unificare la fase di pianificazione strategica e programmazione operativa degli enti pubblici in un piano unitario che superasse il problema di una serie di piani e documenti separati, spesso ripetitivi e in alcuni punti non dialoganti.

Il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione” ha definito i documenti di pianificazione e programmazione assorbiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO):

- ✓ a) articolo 6, commi 1, 4 (**Piano dei fabbisogni**) e 6, e articoli 60 -bis (**Piano delle azioni concrete**) e 60 - ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- ✓ b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (**Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio**);
- ✓ c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (**Piano della performance**);
- ✓ d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (**Piano di prevenzione della corruzione**);
- ✓ e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (**Piano organizzativo del lavoro agile**);
- ✓ f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (**Piani di azioni positive**).

I contenuti del Piano integrato di attività e organizzazione sono stati regolamentati dal decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 132 del 30 giugno 2022.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. L’art. 6 della norma istitutiva identifica i seguenti contenuti:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;



- b. la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- 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, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- 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.

Il PIAO definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante appositi strumenti.





## SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### Sede Legale

Via Napoleona n. 60 - Como – Tel. 0315851

C.F. e Partita Iva: 03622110132

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana è costituita a fronte di D.g.r. di Regione Lombardia del 10 dicembre 2015 – n. X/4483 a seguito della legge regionale del 11 agosto 2015 – n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 20 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*.

### Sede operativa (principale):

Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851

### Dominio e indirizzo internet

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana è titolare del dominio “asst-lariana.it” ed è raggiungibile su internet all'indirizzo: <http://asst-lariana.it>

### PEC aziendale

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana si può raggiungere tramite pec al seguente indirizzo

PEC: [protocollo@pec.asst-lariana.it](mailto:protocollo@pec.asst-lariana.it)



## 1.1 MISSIONE ISTITUZIONALE

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana identifica la missione che intende perseguire nelle seguenti affermazioni, che costituiscono la base degli indirizzi programmatici triennali:

- ✓ Promuovere con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle strutture aziendali, focalizzando le politiche di intervento sul cittadino, soggetto di diritti, strategie, interessi, con una propria autonomia;
- ✓ Garantire alla comunità un insieme di servizi sanitari e sociosanitari integrati ispirati a principi di qualità, equità ed appropriatezza, in un'ottica di continuità assistenziale e di compatibilità con le risorse assegnate;
- ✓ Assicurare con tempestività l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai pazienti nel momento in cui è loro di massima utilità, garantendo i livelli essenziali di assistenza (LEA);
- ✓ Promuovere lo sviluppo di un modello organizzativo per processi al fine di integrare, nelle diverse fasi, dall'organizzazione dei servizi all'erogazione delle prestazioni, le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie nell'ottica di una presa in carico complessiva dei bisogni assistenziali;
- ✓ Analizzare i rischi aziendali per rendere l'organizzazione consapevole dei rischi che corre. Mappatura che deve essere preparata congiuntamente da più funzioni aziendali;
- ✓ Valorizzare le specifiche professionalità impegnate nel progetto di crescita aziendale, sviluppando, con un approccio di tipo multidisciplinare metodi di lavoro innovativi e fortemente integrati, rafforzando un atteggiamento cooperativo ed il senso di appartenenza aziendale.

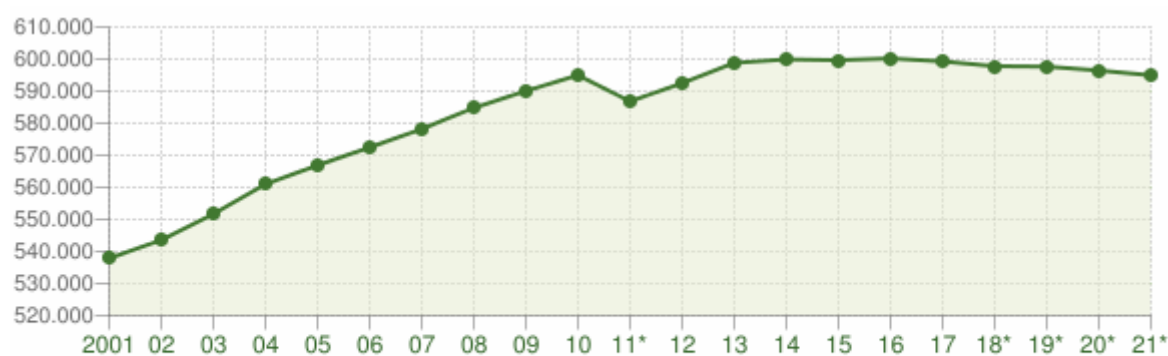
Quanto sopra è perseguito tramite:

- ✓ Adeguamento dell'offerta dei servizi alle esigenze di salute dei cittadini, garantendo lo sviluppo di un "modello a rete" e migliorando qualità e appropriatezza dei servizi erogati (qualificazione delle prestazioni di diagnosi e cura, qualificazione delle risorse professionali, ampliamento dell'offerta di servizi);
- ✓ Creazione di un assetto organizzativo coerente con le esigenze di regolazione e controllo del sistema;
- ✓ Rispetto dei tempi e delle modalità di attuazione degli obiettivi di rilievo regionale.

## 1.2 CONTESTO IN CUI OPERA ASST LARIANA

Il territorio di pertinenza dell'ASST Lariana coincide con gli ambiti territoriali di Como, Olgiate Comasco, Lomazzo, Erba, Cantù, Mariano Comense e i Comuni così come indicato dalla L.R. 15/2018 e s.m.i. pari ad una superficie di quasi 1.000 km<sup>2</sup> con una popolazione di circa 600.000 abitanti.

Se l'andamento della popolazione ha avuto solo una lieve decrescita negli ultimi dieci anni come indicato nel seguente grafico:



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI COMO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

l'analisi della struttura per età della popolazione della Provincia di Como dal 2002 al 2021, che considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre, presenta un andamento regressivo con un notevole incremento della popolazione anziana rispetto alle altre classi di popolazione.



Struttura per età della popolazione (valori %)

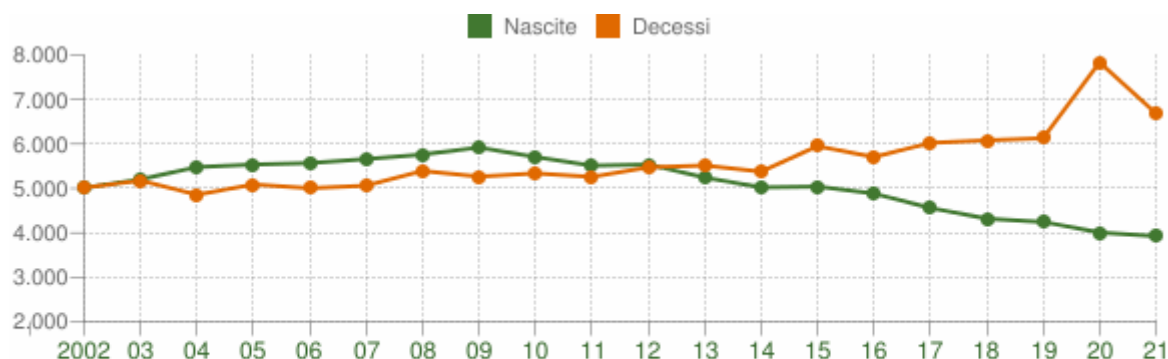
PROVINCIA DI COMO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno

Indicatori demografici confermati dall'indice di vecchiaia in forte crescita (Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione: rapporto percentuale tra il numero degli ultra-sessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni) e dall'indice di natalità in importante diminuzione (Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti).

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Como.

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>	<i>Indice di ricambio della popolazione attiva</i>	<i>Indice di struttura della popolazione attiva</i>	<i>Indice di carico di figli per donna feconda</i>	<i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i>	<i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
<b>2002</b>	129,8	46,3	133,2	96,5	19,3	9,3	9,3
<b>2003</b>	131,8	47,0	134,2	98,5	19,4	9,5	9,5
<b>2004</b>	133,7	47,5	132,0	100,1	19,7	9,8	8,7
<b>2005</b>	135,5	48,3	127,1	102,0	20,0	9,8	9,0
<b>2006</b>	136,9	49,3	120,2	104,6	20,2	9,8	8,8
<b>2007</b>	138,3	49,8	123,4	107,8	20,4	9,8	8,8
<b>2008</b>	139,0	50,3	127,5	111,3	20,8	9,9	9,3
<b>2009</b>	138,6	50,7	133,3	114,6	21,1	10,1	9,0
<b>2010</b>	138,7	51,1	138,1	118,3	21,4	9,6	9,0
<b>2011</b>	138,9	51,3	144,2	121,9	21,4	9,3	8,9
<b>2012</b>	143,3	53,1	141,4	125,1	21,5	9,4	9,3
<b>2013</b>	145,9	53,9	139,0	128,7	21,5	8,8	9,3
<b>2014</b>	149,6	54,5	135,2	132,1	21,1	8,4	9,0
<b>2015</b>	154,1	55,5	131,6	136,1	20,8	8,4	9,9
<b>2016</b>	157,8	55,9	128,7	139,5	20,6	8,1	9,5
<b>2017</b>	161,4	56,4	128,5	142,1	20,4	7,6	10,0
<b>2018</b>	165,8	57,0	130,1	144,8	20,0	7,2	10,2
<b>2019</b>	170,2	56,9	130,6	145,4	19,5	7,1	10,3
<b>2020</b>	175,2	57,0	133,9	146,5	19,1	6,7	13,1
<b>2021</b>	177,9	57,3	137,9	148,3	18,9	6,6	11,2
<b>2022</b>	183,9	57,2	140,7	148,3	18,3	-	-

Evidenziati dal seguente grafico che rappresenta il movimento naturale della popolazione. (Il movimento naturale della popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico che segue riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee)



Movimento naturale della popolazione

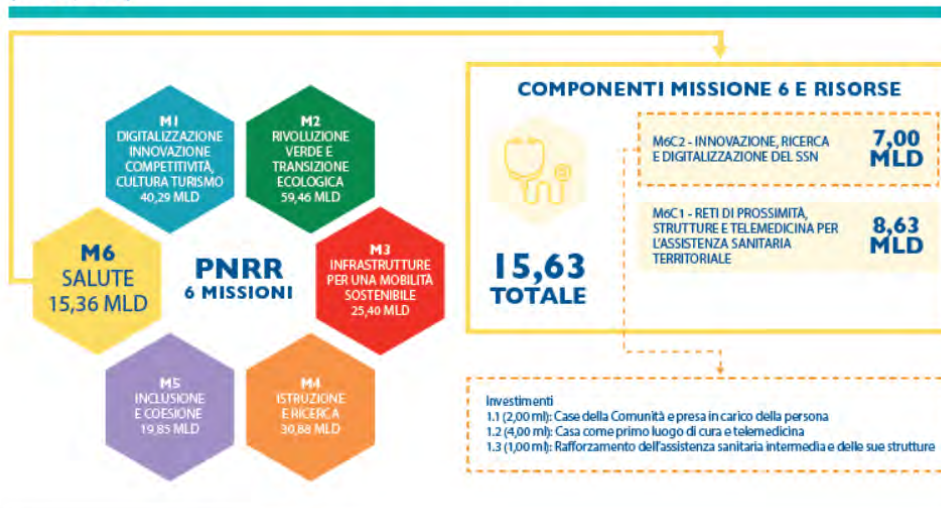
PROVINCIA DI COMO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Lo studio di questi rapporti è importante per valutare alcuni impatti sui diversi sistemi, e in particolare su quello sanitario e socio-sanitario in cui opera l'ASST Lariana.

ASST Lariana in linea con l'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo avviata con la legge regionale n.23/2015 e proseguita con la legge regionale 22/2021 rappresenta e si caratterizza come punto di riferimento primario per il territorio in termini di cura delle acuzie e ha l'obiettivo precipuo di costruire progressivamente l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cure per i malati cronici e i pazienti acuti post-degenza.

Con gli interventi previsti nel PNRR - Missione 6 - Salute (in particolare Ospedali di Comunità, Case di Comunità e C.O.T.) e con l'approvazione dei "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", (D.M. 77 del 23 maggio 2022), si apre una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie; in tale ambito verranno sviluppate nuove procedure relative al tema della telemedicina.

PNRR: 6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in Investimenti (PNRR, 2021)

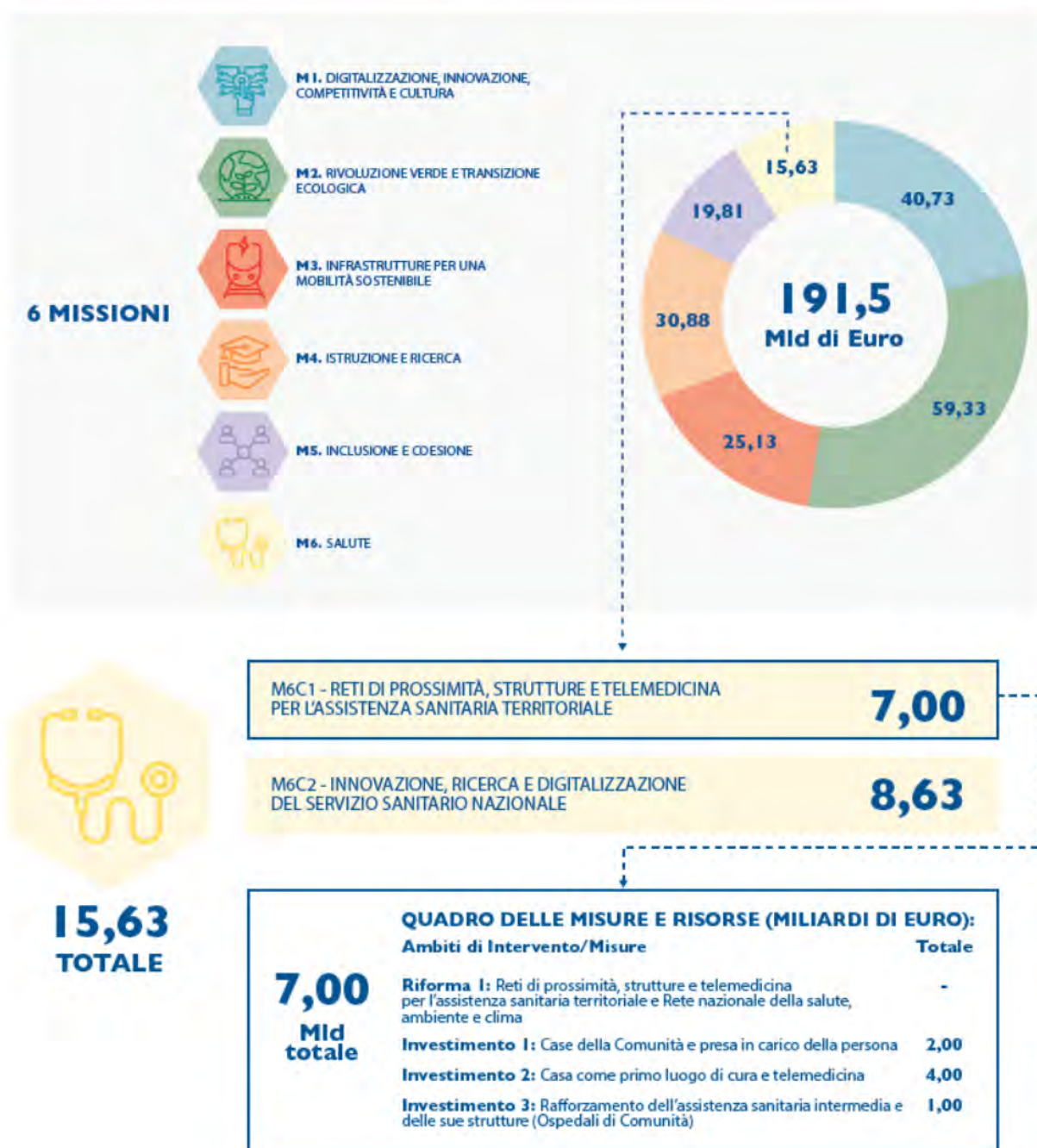


(Da Quaderni di Monitor – Agenas – 2022)





6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in Investimenti tra cui Riforma 1 della M6C1 - Piani Urbani Integrati (PNRR, 2021).



(Da Quaderni di Monitor – Agenas – 2022)





A seguito della pandemia COVID-19, il Governo italiano ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per rilanciare l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale. Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea Next Generation Eu, un fondo dal valore di 750 miliardi di Euro (di cui 191,5 miliardi assegnati all'Italia) che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Il piano si articola in 6 Missioni, a loro volta articolate in Investimenti con il corrispettivo importo assegnato.

Le 6 Missioni del Piano sono:

- 1) Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica;
- 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- 4) Istruzione e ricerca;
- 5) Inclusione e coesione;
- 6) **Salute.**

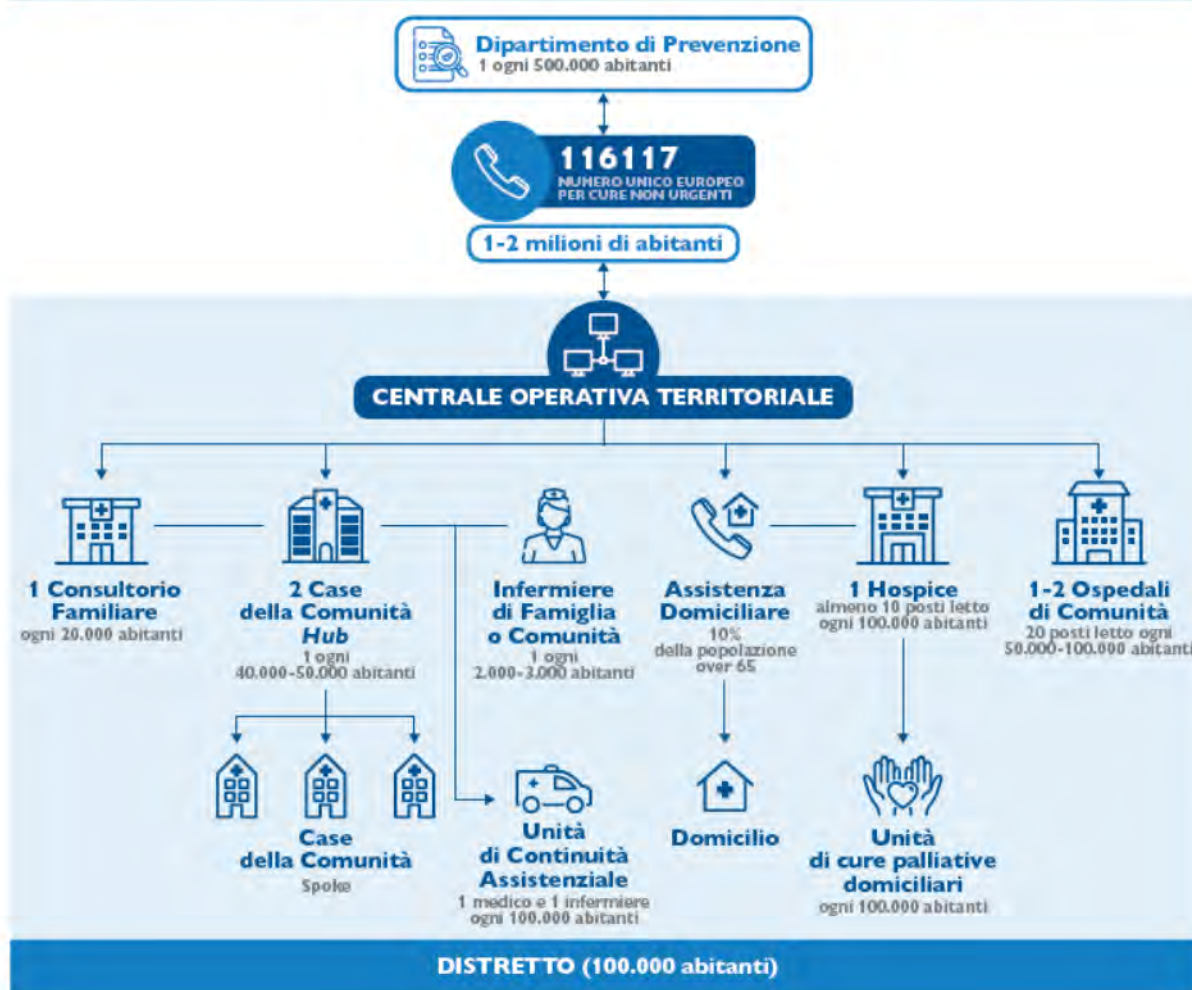
La Missione 6 è a sua volta suddivisa in 2 componenti: **Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1)** “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” a cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, in 3 linee di investimento:

- ✓ 2,00 miliardi di euro: **Case della Comunità** e presa in carico della persona;
- ✓ 4,00 miliardi di euro: Casa come primo luogo di cura e telemedicina; l'investimento mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l'istituzione delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**;
- ✓ 1,00 miliardi di euro: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (**Ospedali di Comunità**).

e **Missione 6 “Salute” Componente 2 (M6C2)** “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”.

Per l'attuazione di tali obiettivi, sono stati successivamente emanati decreti nazionali di supporto come il D.M. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022.

### Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



(Da Quaderni di Monitor – Agenas – 2022)

A livello di Regione Lombardia sono state emanate delle delibere attuative come la Delibera di Regione Lombardia RL XI/5723 del 15/12/2021 che definisce e localizza tutte le CdC, gli OdC e le COT nel territorio lombardo.

L'obiettivo generale dell'introduzione delle **Case di Comunità (CdC)**, **Ospedale di Comunità (OdC)** e **Centrali Operative Territoriali (COT)** è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali **punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento**.

Nella sezione di dettaglio relativa agli interventi del Polo Territoriale il cronoprogramma di ASST Lariana per la realizzazione della rete territoriale.

La linea di investimento 2. Case come primo luogo di cura e telemedicina si prefigge il miglioramento dei servizi domiciliari e dell'efficienza della presa in carico della persona. L'investimento si pone l'obiettivo di aumentare le prestazioni erogate in assistenza domiciliare, arrivando a prendere in carico fino al 10% dei cittadini sopra i 65 anni, in particolare quelli che presentano una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.



Tramite questo investimento il Governo italiano punta a:

- ✓ individuare un modello condiviso per fornire **cure domiciliari** che si servano delle nuove tecnologie che possono essere utilizzate nel settore sanitario (telemedicina, domotica e digitalizzazione), 2,72 MLD €;
- ✓ applicare un sistema informativo che possa rilevare dati clinici in tempo reale all'interno di ogni ASL e/o similare;
- ✓ attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (0,28 MLD €);
- ✓ utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche (1 MLD €).

Regione Lombardia con Delibera n° XI/7592 del 15/12/2022 ha individuato a livello regionale ed aziendale gli obiettivi dell'area territoriale, ha fornito indicazioni relative all'implementazione e sviluppo delle strutture sopra indicate e sulle funzioni degli infermieri di Famiglia o Comunità che dovranno fornire assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità sul territorio ed infine ha declinato per singola ASST l'obiettivo delle cure domiciliari vero perno della linea d'investimento 2.

Strutture territoriali in Provincia di Como		
Tipo UDO	Strutture a contratto	Posti a contratto
ADI	24	0
CDD	16	405
CDI	13	293
CONS	5	0
CPDom	7	0
CPRes	3	32
CSS	9	83
INT	1	60
POST_ACU	4	30
RIA	2	115
RSA	54	4.324
RSD	10	289
TOX	7	151
<b>Totale complessivo</b>	<b>155</b>	<b>5.782</b>



## Obiettivo target PNRR per ASST

ATS	ASST	% PIC OVER 65 ANNO 2019	TARGET PIC TOTALI 2025 LOMBARDIA	25% IN BASE AL GAP	75 %IN BASE ALLA POP OVER 65 ANNI	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	% PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	INCREMENTO % NETTO AL 2025 VS 2019 OVER 65 ANNI
MILANO CM	LODI	4,73%	214.400,67	592,36	2.045,71	2.638,06	5.068,00	9,48%	4,75%
MILANO CM	MELEGNANO-MARTESANA	2,10%		2.472,31	5.437,46	7.909,76	10.777,19	7,58%	5,49%
MILANO CM	NORD MILANO	2,75%		1.098,36	2.652,49	3.750,85	5.580,33	8,05%	5,30%
MILANO CM	OVEST MILANESE	4,08%		1.405,10	4.253,81	5.658,90	10.018,24	9,01%	4,93%
MILANO CM	RHODENSE	3,33%		1.684,12	4.460,79	6.144,91	9.873,72	8,47%	5,14%
MILANO CM	COMUNE DI MILANO	3,08%		5.050,23	12.842,02	17.892,25	27.819,58	8,29%	5,21%
BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	5,33%		593,41	2.357,61	2.951,03	6.108,49	9,91%	4,58%
BERGAMO	BERGAMO EST	5,03%		881,34	3.257,04	4.138,38	8.254,23	9,70%	4,67%
BERGAMO	BERGAMO OVEST	4,59%		1.134,69	3.803,52	4.938,20	9.322,76	9,38%	4,79%
BRESCIA	FRANCIACORTA	3,95%		720,28	2.126,54	2.846,83	4.954,71	8,92%	4,97%
BRESCIA	GARDA	3,94%		1.107,95	3.265,49	4.373,44	7.602,69	8,91%	4,97%
BRESCIA	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	3,69%		1.630,10	4.594,03	6.224,13	10.481,61	8,73%	5,04%
BRIANZA	BRIANZA	2,92%		2.495,97	6.191,04	8.687,00	13.227,74	8,18%	5,26%
BRIANZA	LECCO	5,35%		803,20	3.203,20	4.006,40	8.308,50	9,93%	4,58%
BRIANZA	MONZA	3,29%		642,14	1.689,42	2.331,56	3.726,47	8,44%	5,15%
INSUBRIA	LARIANA	2,57%		2.264,93	5.330,74	7.595,67	11.042,21	7,93%	5,35%
INSUBRIA	SETTE LAGHI	3,92%		1.474,65	4.335,60	5.810,25	10.083,26	8,90%	4,98%
INSUBRIA	VALLE OLONA	3,77%		1.435,38	4.106,57	5.541,95	9.434,70	8,79%	5,02%
MONTAGNA	VALCAMONICA	7,86%		88,21	948,40	1.036,61	2.908,77	11,74%	3,88%
MONTAGNA	VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	9,23%		12,93	1.904,17	1.917,10	6.332,70	12,73%	3,50%
PAVIA	PAVIA	3,42%		1.956,03	5.262,18	7.218,21	11.739,54	8,54%	5,12%
VAL PADANA	CREMA	6,53%		262,22	1.487,38	1.749,60	4.190,21	10,78%	4,25%
VAL PADANA	CREMONA	6,35%		367,49	1.959,60	2.327,10	5.454,49	10,65%	4,30%
VAL PADANA	MANTOVA	8,15%		289,00	3.872,47	4.161,47	12.090,54	11,95%	3,80%
REGIONE LOMBARDIA		4,03%	214.400,67	30.462,42	91.387,25	121.849,67	214.400,67	8,98%	4,95%

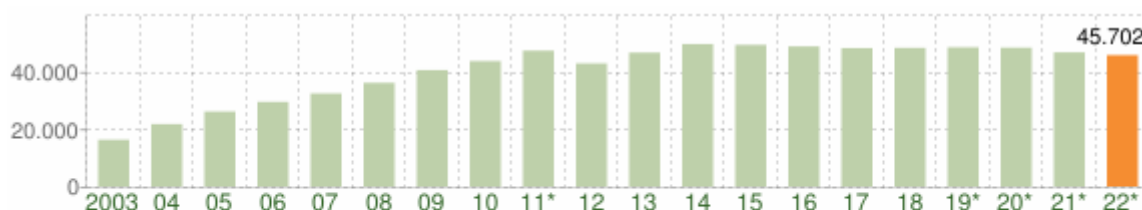
ASST Lariana come da indicazioni della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia dovrà rispondere: “in una logica unitaria, in grado di superare i tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione, di integrare l’attuale separazione tra ambiti sanitari e socio-sanitari coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, e di garantire la presa in carico del paziente lungo l’intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale.

Costruzione di un percorso di cura integrato, definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda, nell’ambito di quella che la scienza chiama medicina personalizzata o della medicina di precisione.

Interventi che dovranno tenere conto della stratificazione della domanda di salute, che dovrà essere portata alla “granularità del distretto, così articolata:

- ✓ fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenza a domicilio;
- ✓ cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users;
- ✓ cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali/ frequent users;
- ✓ soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri);
- ✓ non usano i servizi ma sono comunque potenziali utenti sporadici.”

La diminuzione dell'indice di natalità è stata compensata in termini di popolazione totale residente nella Provincia di Como dal crescente numero di persone straniere residenti in provincia di Como rappresentato dal seguente grafico (sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia).

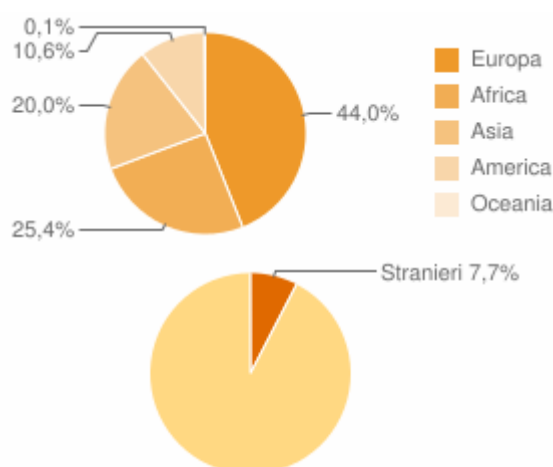


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2022

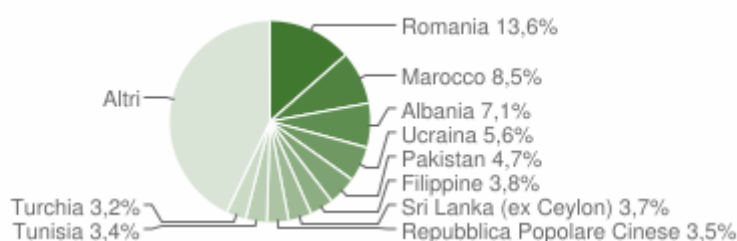
PROVINCIA DI COMO - Dati ISTAT 1° gennaio 2022 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

Gli stranieri residenti in Provincia di Como al 1° gennaio 2021 sono 45.702 e rappresentano il 7,7% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 13,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (8,5%) e dall'Albania (7,1%).







Anche in questo caso gli indici demografici sono importanti per indicare gli impatti, in termini di complessità degli interventi, che diverse etnie possono avere sul sistema socio-sanitario in cui opera ASST Lariana: popolazione con storia sanitaria in termini di prevenzione ricevuta completamente diversa; differenze linguistiche, di usi e consuetudini che possono influire sui processi sanitari quali ad esempio il percorso materno-infantile.

L'offerta di ASST Lariana che deve rispondere a molteplici bisogni di salute si compone di un Polo ospedaliero e di un Polo territoriale collegati fra loro per intercettare e soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Il **Polo Ospedaliero** di ASST Lariana assume una configurazione “monopresidio”, denominato “**Ospedali Riuniti del Lario**”, articolato negli stabilimenti ospedalieri afferenti al network aziendale differenziati secondo livelli gerarchici di complessità e intensità di cure.

La logica di progettazione macro-strutturale persegue una soluzione di “organizzazione a rete” che si caratterizza per una rielaborazione dei paradigmi organizzativi ad integrazione verticale, “hub & spokes”, e orizzontale per “poli/antenna”.

Tale soluzione è funzionale non solo all'opportunità di garantire un adeguato coordinamento delle reti cliniche ma anche all'esigenza di assecondare una costante e fisiologica rivisitazione del profilo di offerta delle strutture ospedaliere aziendali, tenendo necessariamente co-presenti la complementarietà delle vocazioni strutturalmente presenti e relative sia al livello di intensità clinico-assistenziale sia al polimorfismo specialistico dei singoli stabilimenti ospedalieri.

Il modello organizzativo del Polo Ospedaliero descritto nel presente POAS prevede una rete a governance unificata che, in coerenza con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera), si articola su più livelli:

- ✓ **Ospedale “Sant’Anna” di San Fermo della Battaglia** - HUB - struttura dotata di un profilo di offerta ad elevata complessità clinico-assistenziale in grado di coniugare un crescente livello di specializzazione su una diffusa e differenziata area di discipline cliniche con una consolidata disponibilità generalista. Sede di DEA di II livello e di SPDC;
- ✓ **Ospedale “San Antonio Abate” di Cantù**, struttura ospedaliera di base, SPOKE, dotata di Pronto Soccorso con la presenza di specialità ad ampia diffusione territoriale (Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Anestesia e Rianimazione) e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (Radiologia, Laboratorio, Emoteca). Sede di SPDC;
- ✓ **Ospedale “Felice Villa” di Mariano Comense**, identificato nella programmazione aziendale come “hub delle cure transizionali”, sede di attività di ricovero riabilitativo, di Hospice, con un profilo polispecialistico e servizi adeguati al livello di offerta della struttura;





- ✓ **Ospedale “Erba Renaldi” di Menaggio**, struttura collocata in area geomorfologicamente disagiata con collegamenti di rete viaria complessi, SPOKE. E’ una realtà a basso volume di attività, dotata di PS sulle 24 ore, di letti di medicina interna e riabilitazione, con funzioni chirurgiche elettive ridotte non prettamente di emergenza (Day Surgery e eventualmente Week Surgery). E’ prevista per l’area dei servizi Radiologia, Laboratorio, Emoteca l’erogazione in sede e, con particolare riguardo alle indagini radiologiche, anche attraverso trasmissione di immagini collegate in rete al centro hub. Sede di SPDC.

Il personale finalizzato a garantire gli standard sopradescritti deve essere, ai sensi di quanto previsto dal DM 70 n.15, assegnato a rotazione dalle strutture hub e/o spoke.

La riorganizzazione del Polo Ospedaliero di ASST Lariana risulterebbe insufficiente rispetto all’esigenza di garantire una piena copertura dei bisogni assistenziali se, in una logica di continuità delle cure, non venisse affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali. Per questo motivo, perfezionando l’attuale modello operativo e al fine di favorire una reale integrazione ospedale-territorio, nelle strutture SPOKE (stabilimenti ospedalieri di Cantù, Mariano Comense e Menaggio) è prevista l’implementazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, come più avanti descritto nelle sezioni del presente documento. Tutto ciò affiancando e non depotenziando la linea di offerta per pazienti acuti.

La rete dei servizi si svilupperà privilegiando la logica del network di patologia avvalendosi dell’organizzazione dipartimentale, quale strumento principale di integrazione e di governo clinico a livello aziendale.

**L’organizzazione dipartimentale, infatti, nel rispetto della Legge 502/92, si conferma quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività ospedaliere.**

L’architettura organizzativa aziendale, avuto particolare riguardo al polo ospedaliero, intende integrare la concezione di dipartimento come insieme di strutture organizzative e come sistema di relazioni.

I Dipartimenti Gestionali e Funzionali Sanitari, afferenti alla Direzione Sanitaria Aziendale, sono i seguenti:

- ✓ Dipartimento Gestionale Emergenza/Urgenza
- ✓ Dipartimento Gestionale di Area Medica
- ✓ Dipartimento Gestionale di Chirurgia
- ✓ Dipartimento Gestionale Materno Infantile
- ✓ Dipartimento Gestionale dei Servizi
- ✓ Dipartimento Funzionale Oncologico
- ✓ Dipartimento Funzionale Cardiovascolare
- ✓ Dipartimento Interaziendale Oncologico (DIPO)
- ✓ Dipartimento Trasfusionale Interaziendale
- ✓ Dipartimento Interaziendale Regionale Emergenza Urgenza Extra Ospedaliera Interaziendale AREU
- ✓ Dipartimento Interaziendale Trapianti



In esito al progressivo consolidamento del modello per intensità di cura e complessità assistenziale, le linee di attività del Polo Ospedaliero sono attualmente così strutturate:

- ✓ **Area intensiva e ruolo di filtro del DEU**
- ✓ **Linea della Chirurgia in urgenza**
- ✓ **Linea della Chirurgia programmata**
- ✓ **Linea Medica – sub acuti**
- ✓ **Linea Riabilitativa**
- ✓ **Linea outpatients**

Raggruppa le attività per utenti non ricoverati. Comprende sia prestazioni ambulatoriali più semplici, che percorsi coordinati, anche con il coinvolgimento di risorse di elevata complessità (servizi di Emodialisi, di Endoscopia digestiva, di Chirurgia ambulatoriale, trattamenti chemioterapici, etc...).

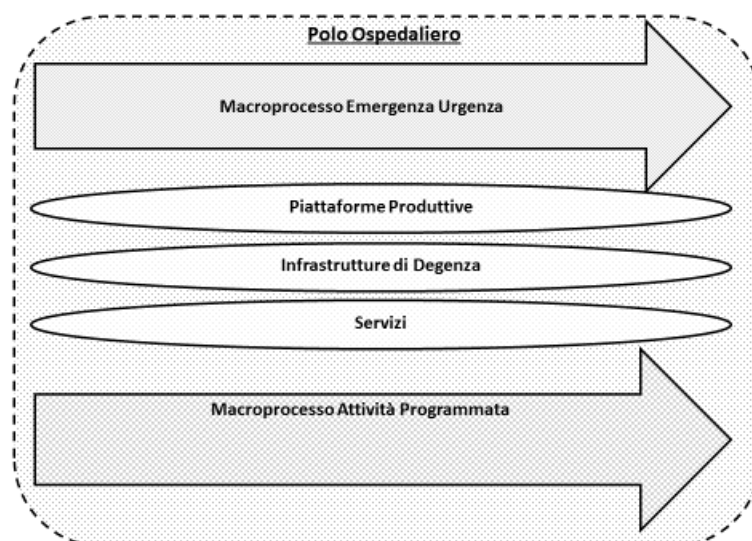
- ✓ **Percorso nascita**

L'attuale assetto del patrimonio organizzativo della rete ospedaliera facilita la nuova strategia di aggregazione dei processi.

I fattori di contesto aziendale, di seguito elencati:

- ✓ Consolidamento del modello per intensità di cura e continuità assistenziale;
  - ✓ Aggregazione delle UUOO per aree funzionali omogenee in settori di degenza multidisciplinari;
  - ✓ Accentuata flessibilità di utilizzo dei posti letto;
  - ✓ Fruizione condivisa di piattaforme produttive e infrastrutture ad alto costo consentono una ulteriore rivisitazione dei processi clinico-organizzativi e la conseguente riconfigurazione della struttura organizzativa di base articolata su due macro-processi orizzontali
- 
- ✓ **Emergenza/Urgenza**
  - ✓ **Attività Programmata**

e su strutture di servizio condivise (centri di prestazioni intermedie, piattaforme logistiche e produttive, infrastrutture di degenza)



In relazione alle aree produttive e clinico-assistenziali caratterizzanti i due macro-processi vengono identificate le principali tipologie di percorsi centrati sul paziente e presidiati da articolazioni organizzative dipartimentali di natura gestionale:

- ✓ **Percorso di emergenza/urgenza (PE)**
- ✓ **Percorso ordinario chirurgico (POC) – include week/day surgery**
- ✓ **Percorso ordinario medico (POM) – include day hospital**

In un modello organizzativo orizzontale e reticolare che si pone quale obiettivo strategico la ricostruzione della filiera erogativa tra ospedale e territorio, attraverso il criterio prevalente della presa in carico del paziente, le UO si trasformano da “entità funzionali” a “team” di processo.

In tale concezione organizzativa il macro-processo funge da “attrattore” rispetto al percorso clinico-assistenziale assunto come sistema dinamico, evolutivo che interfaccia tra loro fasi cliniche e spazi di cura contribuendo a ridefinire i confini operativi delle singole UO, perfezionando, peraltro, l’impostazione del modello per intensità di cura già adottato.

Il modello proposto si caratterizza per una maggiore flessibilità, “variabilità dei confini” delle diverse unità organizzative coinvolte e, quindi, per l’attenuazione dei livelli di autoreferenzialità delle stesse.

Infatti, a seconda del livello di attrattività dei macro-processi e in relazione alla tipologia dei percorsi dei pazienti, alcune strutture possono svolgere in modo significativamente rilevante il ruolo esclusivo di “produttore” in un macro-processo, pur conservando funzioni di “co-produzione” a favore dell’originario asset organizzativo.



Ciò vale anche per la ricollocazione di aree di produzione/infrastrutture di degenza attribuite secondo una responsabilità organizzativa coincidente con la natura del percorso clinico-assistenziale del paziente avuto particolare riguardo alle aree afferenti alle reti di patologia, ai sensi di quanto previsto dalla DGR n° X/4873 del 29.02.2016.

La prevalenza dei volumi di produzione e la caratteristica del percorso condiziona, di conseguenza, l'affenza della struttura alla linea gerarchica dipartimentale che presidia il macro-processo in questione.

La direzione del Polo Ospedaliero promuove modalità di gestione proattiva delle possibili complessità organizzative emergenti.

Appare di tutta evidenza che tale modello organizzativo si propone, implicitamente, l'obiettivo di facilitare l'allineamento e lo sviluppo dei processi di presa in carico dei pazienti in ambito intra-ospedaliero e territoriale, consentendo di definire sia una meno approssimativa traiettoria del supporto logistico al percorso del paziente sia una programmazione maggiormente adeguata delle risorse (tecnico-professionali, piattaforme produttive, infrastrutture di degenza, servizi) destinate alla pluralità dei nodi della rete in relazione alle differenziate vocazioni erogative ed alle diverse tipologie di setting clinico-assistenziali. Questo approccio, inoltre, potrà consentire di clusterizzare con maggiore accuratezza target di pazienti con bisogni omogenei (acuti, cronici, fragili, occasionali, distinti per patologia o complessità assistenziale, ecc.) che necessitano di servizi e percorsi dedicati, garantendo loro, indipendentemente dalle unità organizzative o piattaforme produttive interessate, una reale unità di fruizione.

Il settore aziendale **Polo Territoriale** è articolato in **distretti** e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali della stessa ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. L' ASST favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati congiuntamente alla ATS di riferimento, sentito il collegio dei sindaci, nell'ambito della funzione programmatica. L'organizzazione persegue la finalità di ricomporre la filiera erogativa ospedale-territorio quale "rete estesa" (non limitata in via esclusiva alle entità operative istituzionali ma con l'integrazione interattiva di ulteriori attori del sistema).

In relazione alla necessità di assicurare omogeneità e coordinamento dei diversi punti di offerta, con una relazione di diretta dipendenza dalla Direzione Sociosanitaria, è stata adottata una architettura organizzativa prevalentemente orizzontale, a cui afferiscono tutti i **Distretti, coincidenti con gli ambiti territoriali provinciali**.

Il settore aziendale Polo Territoriale, a cui è attribuito il coordinamento dell'attività relativa alle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie. Erega, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie territoriali e domiciliari, in base a livelli di intensità di cura, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.



Il sistema di intervento territoriale si deve caratterizzare per una forte proattività e per l'attenzione verso il soggetto già prima che la patologia insorga e peggiori.

Le attività di prevenzione sanitaria sono svolte dal Dipartimento Funzionale di Prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria delle ATS, e con il Piano Regionale Prevenzione che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni. Al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono:

- ✓ **gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);**
- ✓ **le case di comunità;**
- ✓ **le centrali operative territoriali (COT).**

Di seguito si riporta il cronoprogramma di ASST Lariana per la realizzazione della rete territoriale:

COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	Ospedali di Comunità			
			DAL 31/12/2021	ENTRO 31/12/2022	ENTRO 31/12/2023	ENTRO 31/12/2024
Como	Via Napoleona, 60	SSR			1	
Mariano Comense	Via Isonzo, 42/b	SSR	1			
Menaggio	Via Casartelli, 7	SSR		1		
Cantù	Via Domea, 4	SSR				1
<b>TOT LARIANA</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	Case di Comunità				
			HUB/ SPOKE	DAL 31/12/2021	ENTRO 31/12/2022	ENTRO 31/12/2023	ENTRO 31/12/2024
Bellagio	Via Del Lazzaretto 12	Ente locale	SPOKE				1
Campione d'Italia	Corso Italia, 10	Ente locale	SPOKE		1		
Lomazzo	Via del Rampanone, 1	SSR	HUB			1	
Olgiate Comasco	Piazza Italia, 8	SSR	HUB		1		
Ponte Lambro	Via Giuseppe Verdi, 3	SSR	HUB			1	
Cantù	Via Domea, 4	SSR	HUB		1		
Mariano Comense	Via Isonzo, 42/b	SSR	SPOKE			1	
Porlezza	Via Garibaldi, 64	Ente locale	SPOKE				1
Centro Valle Intelvi	Via Andreotti, 12	Ente locale	SPOKE		1		
Como	Via Napoleona, 60	SSR	HUB	1			
Menaggio	Via Casartelli, 7	SSR	HUB		1		
<b>TOT LARIANA</b>				<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Gli **ospedali di comunità** sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.



Le **case di comunità** erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali; possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria; garantiscono il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multi-professionale assicurata anche dall'attività dei MMG e PLS, anche riuniti in cooperativa e in collaborazione con le farmacie convenzionate ai sensi del d.lgs. 153/2009, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, anche nelle zone rurali e della fascia montana, considerando le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento anche in rete con gli ambulatori sociosanitari territoriali. In ogni casa di comunità è presente un punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale. Sempre nell'ottica di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, nella casa di comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, anche in collaborazione con gli operatori degli Uffici di piano e degli enti locali, dello psicologo e del consultorio, pienamente integrato nei servizi distrettuali.

Le **COT** sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto. È istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

L'organizzazione distrettuale in linea con la l. r. 33/2009 come modificata dalla l. r. 22/2021, ASST Lariana, con delibera nr. 322 del 29/03/2022, ha individuato sei distretti – Como/Campione d'Italia, Cantù/Mariano Comense, Erba, Olgiate Comasco, Lomazzo/Fino Mornasco, Medio Lario – coincidenti con gli ambiti territoriali di Como, Campione d'Italia, Cantù, Mariano Comense, Erba, Olgiate Comasco, Lomazzo-Fino Mornasco e Menaggio e ne ha assegnato gli incarichi di direzione.

I sei distretti sono in linea alla Direzione Socio Sanitaria (DSS) e si configurano come Strutture Complesse a valenza dipartimentale. Ad uno dei direttori di Distretto viene assegnata la funzione di coordinamento inter-distrettuale a supporto della DSS.

Sempre *in line* si trovano le SC "Cure palliative e Hospice", "Cure primarie", "Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive", "Coordinamento Attività Consultoriale", "Direzione delle Attività Cliniche del Territorio" ed il DSMD, le cui Strutture Semplici restano gerarchicamente afferenti al dipartimento ma collaborano e si integrano con i singoli distretti su cui insistono i relativi servizi.

La lettura del crescente bisogno nell'ambito della salute mentale, in tutte le aree ad esso afferenti, anche a seguito del periodo pandemico con la conseguente restrizione sociale, ha motivato l'istituzione di una seconda SC di psichiatria nel Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) per governare più agevolmente un territorio vasto e geomorfologicamente variegato di circa 600 mila abitanti.





In staff alla DSS sono situati i Dipartimenti Funzionali di “Riabilitazione e Cure Transizionali”, “Cure Primarie”, “Prevenzione” e “Interaziendale di Cure palliative”.

Oltre ai Dipartimenti funzionali, sono in staff alla DSS, come si evince dalla figura qui sotto rappresentata, la SS “ADI” e la SS “Struttura di Raccordo per gli Aspetti Igienico-Sanitari – Polo Territoriale”.

Le SC *in line* alla DSS, così come le singole SS in staff, garantiscono l’attività in modo uniforme su tutto il territorio di ASST con personale distrettuale che dipende gerarchicamente dal direttore di distretto.

In questo modo i modelli di intervento delle singole specificità vengono garantiti e applicati in tutto il territorio di competenza mentre gli aspetti gestionali e organizzativi vengono declinati in ogni distretto dai direttori che devono dare risposte adeguate alla domanda di quell’area.

Progressivamente, secondo il cronoprogramma presentato nel capitolo descrittivo del Polo territoriale, i distretti si articoleranno in COT, Case della Comunità e Ospedali di Comunità per effettuare tutte le attività con particolare attenzione alla continuità delle cure e alla presa in carico in stretto raccordo con la Medicina territoriale e i PLS, in una logica di “rete estesa”.

Il modello organizzativo adottato consente di mantenere l’uniformità di intervento secondo le linee guida delle UOC ricondotte a Distretti o presenti in line alla DSS. Tutte le UOS hanno il compito di armonizzare l’attività a cui presiedono in ogni singolo distretto.

L’ offerta territoriale della ASST è costituita da diverse linee di attività con punti di accesso/erogazione:

- ✓ **Punti di accesso per i servizi al cittadino**
- ✓ **Sportelli Unici Welfare (SUW)**
- ✓ **Consultori**
- ✓ **Centri vaccinali**
- ✓ **Presidi per l’erogazione di prestazioni ambulatoriali di 1° livello**
- ✓ **Centro per la presa in carico dei pazienti cronici**
- ✓ **SerT**
- ✓ **Centri Psico-Sociali (CPS)**
- ✓ **Residenzialità psichiatrica (CPA, CRA, CPM, Residenzialità Leggera)**
- ✓ **Poli territoriali NPIA**
- ✓ **Cure Palliative**

Ad eccezione dei servizi del DSMD che possono essere dislocati autonomamente, questi punti sono compresi all’interno delle Case di Comunità, configurate come unità di offerta strutturate (presidi ben identificabili dal cittadino), con un’attività organizzata per la presa in carico del paziente e della corretta tenuta dei propri percorsi assistenziali.

Nell’ambito dei distretti sono previsti gli operatori afferenti alle SS in staff alla DSS e alle SC *in line*. Alcuni esempi a titolo esplicativo:



- ✓ Alla **SS ADI**, spetta un ruolo significativo nel processo di presa in carico della persona attraverso una sempre più qualificata attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che costituisce la modalità più adeguata per superare rischi legati della frammentazione delle unità d'offerta e garantire una risposta globale ai bisogni assistenziali. Tale struttura facilita inoltre il realizzarsi di modelli di cura orientati all'appropriatezza dei percorsi di cura (PDPA), alla proattività della presa in carico e alla personalizzazione dei percorsi di cura con la definizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che può costituire un elemento importante per garantire la necessaria continuità assistenziale. Tale UOS avrà il compito di armonizzare in ogni distretto la specifica attività, così come la valutazione multidimensionale che implica l'individuazione di prestazioni e/o "misure" fruibili dall'utente anche attraverso un ente erogatore accreditato. Accreditamento che dovrà necessariamente avvenire nel rispetto dei criteri individuati da Regione;
- ✓ La SS **"Coordinamento delle attività assistenziali- sanitarie al cittadino"** afferente alla UOC Cure Primarie si occuperà, avvalendosi di referenti e operatori individuati in ognuno dei distretti della corretta erogazione delle prestazioni connesse ai servizi alla persona di carattere distrettuale, assicurando il mantenimento e il miglioramento delle attività su tutto il territorio di competenza;
- ✓ Il coordinamento di specifici servizi erogativi dedicati all'attività vaccinale sarà assicurato a livello territoriale dalla SC **"Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive"**; in particolare l'attività di vaccinazione universale, la vaccinazione delle categorie a rischio e la profilassi internazionale secondo le indicazioni e gli obiettivi individuati da ATS. La stessa SC doterà i distretti di attività dedicate alla medicina dello sport, prevenzione e agli stili di vita, nonché a livello domiciliare con particolare attenzione alla gravidanza e peripartum.

L'organizzazione a matrice garantisce la stretta integrazione degli operatori distrettuali e l'omogeneità in tutti i distretti. L'affermamento gerarchico degli operatori delle SS al direttore del distretto in cui operano per la maggiore parte del tempo, assicura il governo del singolo distretto.

Tale modello necessita di grande collaborazione tra gli operatori, dei responsabili in primis, oltre che elevata conoscenza delle diverse prestazioni distrettuali, capacità comunicative e rispetto delle singole professionalità.

### **ASST Lariana – Rappresentazione quantitativa delle prestazioni offerte**

Per meglio esplicitare la dimensione dell'offerta di prestazioni sanitarie di ASST Lariana si rappresenta la dotazione di posti letto ordinari e DH accreditati, nonché dei posti letto tecnici/di Comunità:



RIEPILOGO POSTI LETTO OSPEDALIERI / COMUNITA'												
	COMO			CANTU'			MENAGGIO			MARIANO COMENSE		
	Ordinari	Day Hospital	Tecnici/Comunità	Ordinari	Day Hospital	Tecnici/Comunità	Ordinari	Day Hospital	Tecnici/Comunità	Ordinari	Day Hospital	Tecnici/Comunità
AREA RIABILITATIVA	36	0	4	15	0	1	16	0	0	37	0	3
AREA MEDICA	248	18	125	51	3	23	22	1	15	0	1	20
AREA PSICHIATRICA	19	1	167	14	1	1	13	1	1	0	0	0
AREA CHIRURGICA	215	35	3	56	9	3	22	3	2	0	0	0
AREA CRITICA	78	1	24	6	0	0	6	0	0	0	0	0
ALTRO (HOSPICE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10
<b>TOTALI</b>	<b>596</b>	<b>55</b>	<b>323</b>	<b>142</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>79</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>33</b>

la produzione dei ricoveri in termini di numero di pazienti dimessi e la serie storica dei ricavi relativi alle stesse prestazioni (periodo 2019-2020-2021-stima chiusura 2022):

Ricoveri								
Presidio	Nr pazienti dimessi				Valore economico			
	2019	2020	2021	2022 (prov)	2019	2020	2021	2022 (prov)
Cantù	6.167	4.101	3.217	4.755	17.834.659	13.508.598	10.072.724	13.772.337
Mariano	590	568	524	342	2.593.013	3.169.377	3.242.219	2.420.164
Menaggio	1.863	1.260	1.155	1.125	6.400.041	4.921.654	4.392.197	3.715.031
S. Fermo	21.563	17.907	17.731	19.643	76.764.685	68.404.582	68.747.708	71.062.574
<b>Totale</b>	<b>30.183</b>	<b>23.836</b>	<b>22.627</b>	<b>25.865</b>	<b>103.592.398</b>	<b>90.004.211</b>	<b>86.454.848</b>	<b>90.970.106</b>

il numero di interventi chirurgici nel periodo 2019-2020-2021-2022:

Interventi chirurgici				
Blocco Operatorio	Nr Interventi Chirurgici			
	2019	2020	2021	2022
S. FERMO	14.245	10.052	11.094	12.291
CANTU'	3.557	1.863	1.620	3.291
VIA NAPOLEONA *	2.547	1.760	2.237	913
MENAGGIO	906	469	226	583
<b>Totale</b>	<b>21.255</b>	<b>14.144</b>	<b>15.177</b>	<b>17.078</b>

\*: Per l'anno 2022 non sono più conteggiati gli interventi eseguiti da Dermatologia

la produzione ambulatoriale/di psichiatria/di neuropsichiatria infantile in termini di numero di prestazioni e la serie storica dei ricavi relativi alle stesse prestazioni ambulatoriali (periodo 2019-2020-2021-stima chiusura 2022):



Prestazioni ambulatoriali								
Presidio / tipologia	Nr prestazioni				Valore economico (lordo)			
	2019	2020	2021	2022 (nov)	2019	2020	2021	2022 (nov)
NPI	44.565	40.790	47.187	35.550	1.794.905	1.800.634	1.960.677	1.533.400
POLI - S. FERMO	861.282	799.771	943.244	846.028	29.274.294	28.665.929	31.017.331	28.598.932
PSICHIATRIA - TERRITORIO	8.223	6.982	8.518	8.211	141.291	119.026	145.275	143.264
VIA NAPOLEONA - POLI	753.873	536.882	641.282	640.207	7.888.749	6.050.647	7.556.803	7.308.737
MARIANO - CAL/DIALISI	8.983	8.914	9.289	7.452	1.252.986	1.246.510	1.222.326	996.620
VIA NAPOLEONA - CAL/DIALISI	12.938	13.165	13.880	12.408	1.618.086	1.551.336	1.616.634	1.454.398
CANTU' - POLI	554.797	432.735	460.484	435.705	6.635.252	5.168.014	5.982.949	6.357.722
PONTELAMBRO - POLI	127.714	117.373	144.167	119.418	971.797	794.165	962.071	841.699
LOMAZZO - POLI	161.268	101.552	105.334	105.875	1.131.430	705.872	788.342	809.324
OLGIATE - POLI	217.916	141.489	178.901	190.023	1.552.939	992.506	1.286.743	1.336.697
MARIANO - POLI	302.756	223.534	233.529	231.924	2.126.131	1.482.272	1.641.871	1.638.315
CANTU' - CAL/DIALISI	3.801	4.284	4.026	3.339	471.851	555.925	497.361	425.164
MENAGGIO - CAL/DIALISI	5.893	5.020	6.042	4.956	799.604	653.961	742.522	618.605
MENAGGIO - POLI	164.377	170.437	221.837	212.906	1.768.162	1.686.005	2.013.421	1.983.681
CANTU' - PS	211.486	186.521	206.863	197.621	2.459.489	2.155.997	2.374.684	2.283.513
MENAGGIO - PS	51.617	37.815	42.720	43.997	660.622	529.621	598.898	615.060
S. FERMO - PS	392.156	290.404	370.323	342.880	5.768.535	4.616.046	5.638.355	5.213.584
CERNOBBIO - AMB	12.149	7.831	8.644	7.701	111.641	75.705	91.722	75.689
<b>Totale</b>	<b>3.895.794</b>	<b>3.125.499</b>	<b>3.646.270</b>	<b>3.446.201</b>	<b>66.427.763</b>	<b>58.850.171</b>	<b>66.137.985</b>	<b>62.234.404</b>

Dalle tabelle sopra presentate si rileva chiaramente il forte impatto della pandemia COVID-19, con un attenuazione verso fine 2022, periodo che ha coinciso con le richieste di Regione Lombardia di effettuare dei piani di intervento straordinari per recuperare le prestazioni “non connesse alle patologie Covid” non fornite negli anni 2020 e 2021 e per ritornare ai livelli di prestazioni di ricoveri ospedalieri e ambulatoriali ospedalieri e territoriali del 2019.

Nel 2022 per adempiere alle note regionali per il recupero delle liste di attesa sono state messe in atto delle azioni che hanno visto interessati diversi attori del sistema.

Ciò premesso si è incrementata l'attività produttiva per un numero di prestazioni pari a 12.574 suddivise come da tabella seguente:

MESE CHIUSURA	R – INFRASETTIM.	F - FESTIVA	P – PREFESTIVA	S - SERALE	Totale complessivo
04 - APR	1.612				1.612
05 - MAG	1.917	40	96	25	2.078
06 - GIU	1.259	40	102	62	1.463
07 - LUG	1.104	29	125	61	1.319
08 - AGO	854	7	64	45	970
09 - SET	1.177	26	143	64	1.410
10 - OTT	1.023	28	125	65	1.241
11 - NOV	1.181	27	109	63	1.380
12 - DIC	919	21	125	36	1.101
<b>Totale complessivo</b>	<b>11.046</b>	<b>218</b>	<b>889</b>	<b>421</b>	<b>12.574</b>



Per quanto riguarda la “presa in carico della prenotazione” è stato costituito il team di back office, che prende in carico tutte le richieste dei pazienti che si presentano allo sportello aziendale di qualsiasi sede e, tramite il ricorso all’attività aggiuntiva concordata con i servizi o tramite la procedura di overbooking (laddove già strutturata), dà un appuntamento al paziente nei tempi (ove possibile) previsti dalla prescrizione medica.

Ciò per rispondere al sempre più espresso bisogno del paziente di non essere rimandato senza presa in carico della richiesta.

A partire da luglio 2022 vengono anche gestite le richieste inserite da Regione Lombardia nella cosiddetta “lista di galleggiamento” che dal 2023 dovrebbe essere estesa a tutte le prestazioni che non trovano posto nei tempi indicati dalla priorità in prescrizione.

Per il 2023 le linee di indirizzo regionali prevedono, per le prestazioni individuate come critiche:

- ✓ aumento delle disponibilità di slot per l’erogazione della singola prestazione, al fine di garantire un volume pari all’erogato del 2019 incrementato del 10%;
- ✓ aumento delle agende trasparenti prenotabili;
- ✓ ottimizzazione da parte delle strutture sanitarie della propria capacità organizzativa.

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali complessive, si ribadisce la necessità di:

- ✓ aumentare il numero delle agende trasparenti e rese prenotabili alla Rete Regionale di Prenotazione;
- ✓ prevedere un incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni;
- ✓ utilizzare i sistemi incentivanti previsti dalla normativa vigente per il coinvolgimento del personale ospedaliero.

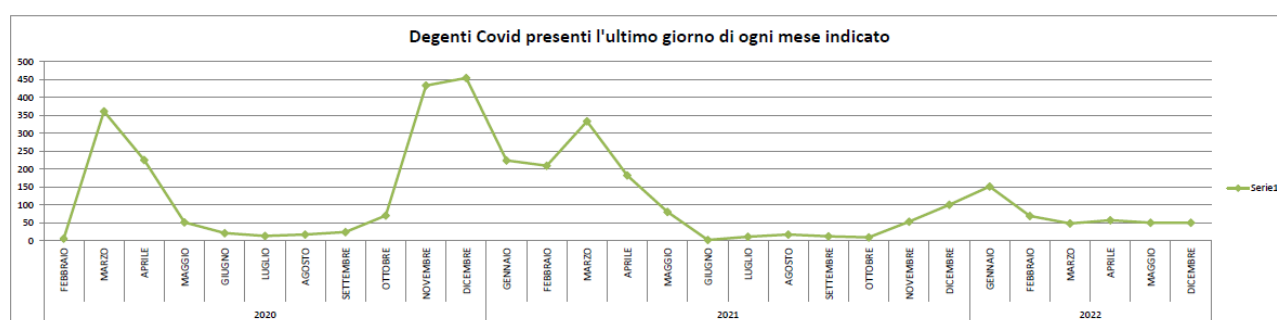
In risposta a queste linee si rende necessaria una riorganizzazione dell’attività istituzionale laddove, dal monitoraggio dell’attività, emergano criticità di gestione; nonché l’estensione dell’overbooking a tutte le discipline per quanto riguarda la risposta alle Prime Visite in classe U e B, e una più performante gestione dell’attività aggiuntiva per tutte le discipline interessate.

Quanto sopra descritto sarà puntualmente monitorato al fine di una continua rimodulazione dell’attività ove necessario.

Il grafico seguente con l’indicazione del numero di ricoverati per COVID-19 in Regione Lombardia, ben rappresenta l’andamento della pandemia COVID-19, con l’evidenza che l’offerta ospedaliera e territoriale si è dovuta spostare, particolarmente negli anni 2020 e 2021, in modo prevalente verso la cura dei pazienti affetti da COVID-19. Nell’anno 2022, dopo che la curva di picco pandemico di fine 2021 si è esaurita nei primi mesi del 2022, la situazione si è pressoché stabilizzata. Ciò è equivalso per ASST Lariana a circa 50 ricoverati per Covid die.



Regione Lombardia – Dashboard Coronavirus – Ricoverati - Periodo 01 maggio 2020 – 01 gennaio 2023



Degenti COVID – ASST Lariana - Periodo 2020 – 2022

Nell'anno 2023 e successivi, gli obiettivi principali di D.G. Welfare di Regione Lombardia declinati da ASST Lariana negli obiettivi aziendali saranno proprio quelli di recuperare il numero di prestazioni di ricovero e ambulatoriale perse durante il periodo pandemico, e di lavorare sulle liste di attesa per garantire l'offerta nei tempi richiesti dai pazienti attraverso i medici prescrittori.

La soluzione organizzativa che ASST Lariana ha adottato conferma un forte accento sui processi come chiave per ottimizzare il funzionamento organizzativo, con un miglioramento delle dinamiche di integrazione ospedale-territorio. Processi che dovranno garantire livelli qualitativamente adeguati rispetto agli standard e all'evoluzione scientifica e tecnologica, nonché garantire sempre più una medicina definita rispetto alle peculiari caratteristiche del paziente.

Per quanto riguarda l'emergenza da COVID-19, ASST Lariana, nel 2023 e negli anni futuri, dovrà garantire la capacità di gestione della fase endemica nelle sedi della rete territoriale che progressivamente dovranno essere completamente attivate. In ogni caso l'organizzazione della SC Vaccinazioni e sorveglianze malattie infettive sarà fondamentale per rafforzare le attività di prevenzione all'interno del Dipartimento funzionale di Prevenzione e per rendere operativo il piano pandemico aggiornato ed approvato in data 12/08/2022.





In prospettiva della fase terminale dell'Autunno-Inverno 2022-2023 e nel caso di nuove varianti COVID-19, ASST Lariana dovrà essere pronta, inoltre, con la corretta flessibilità e capacità organizzativa a rispondere nuovamente alle richieste degli organi di coordinamento centrali in termini di reperimento di sedi/logistica e personale dove effettuare vaccinazioni e tamponi.

L'Unità di Crisi Vaccinazioni ha gestito tutti gli aspetti della campagna vaccinale ed in particolare:

- ✓ Individuazione e gestione delle sedi vaccinali; specialmente degli hub dove effettuare le vaccinazioni massive;
- ✓ Gestione delle agende di prenotazione e delle somministrazioni dei vaccini ai diversi target di cittadini; attività di rendicontazione delle somministrazioni effettuate;
- ✓ Controllo della programmazione nella consegna dei vaccini in relazione alle agende di prenotazione e in funzione di una efficace e puntuale distribuzione dei vaccini;
- ✓ Formazione al personale interno e esterno (es. delle strutture per anziani (RSA) e per disabili) sia dal punto di vista sanitario che amministrativo di rendicontazione delle vaccinazioni effettuate;
- ✓ Coordinamento dell'attività con ATS Insubria e l'Unità di Crisi regionale;
- ✓ Programmazione e gestione delle risorse umane all'interno delle sedi vaccinali;
- ✓ Supporto alla Direzione Strategica in termini di comunicazione istituzionale;
- ✓ Attività di rendicontazione e supporto amministrativo correlato alle somministrazioni effettuate: es: inserimento nelle liste delle vaccinazioni da somministrare di persone senza tessera sanitaria o straniere e adempimenti legati all'emissione del Green Pass Europeo.

L'Unità di Crisi Tamponi a sua volta ha gestito i medesimi aspetti per quanto riguarda l'effettuazione dei tamponi COVID-19.

Queste unità di crisi dovranno rientrare in una logica di gestione endemica della pandemia nelle attività consuete della SC Vaccinazioni e sorveglianze malattie infettive.



## SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 VALORE PUBBLICO

Le istituzioni pubbliche, con le finalità di perseguire l'interesse generale, assolvono ad un numero di funzioni molto ampio e articolato, tutte con un impatto molto rilevante su individui e collettività. (\* si veda Elio Borghonovi – Management Pubblico). ASST Lariana, come le aziende che operano nel settore sanitario, in particolare in Regione Lombardia, svolge la propria attività in un ambito di competenza in cui sono presenti forme di mercato parziali e dove avvengono processi di consumo individuali. L'offerta di un'istituzione sanitaria pubblica ha la sua motivazione sia in una parziale inefficacia del mercato, che privilegia le prestazioni con una remunerazione positiva, a fronte dell'obbligo di un'istituzione pubblica di avere un'offerta più ampia che copra la molteplicità dei bisogni dei cittadini-pazienti sia l'affermazione di principi di equità e solidarietà che hanno portato fino a definire come diritti del cittadino anche la soddisfazione di bisogni ritenuti essenziali come quello della salute.

La strategia di ASST Lariana deve quindi tenere in considerazione contemporaneamente tutti questi fattori: essere il punto di riferimento territoriale per una serie di servizi e prestazioni che solo l'istituzione pubblica offre, riuscire ad essere efficiente nella gestione delle risorse e dei fattori produttivi quale un'azienda privata, garantire una cultura in termini di sanità pubblica che favorisca un corretto stile di vita e favorisca la prevenzione delle malattie.

La recente esperienza del periodo pandemico non ancora del tutto esaurita ha mostrato che la già rilevante complessiva organizzativa ed operativa è ulteriormente aumentata vista la necessità di: riorganizzare i processi ospedalieri alla luce delle degenze COVID-19, gestire nei reparti ospedalieri contemporaneamente i degenti per acuzie e i degenti COVID-19, creare una rete per le acuzie intra-ospedaliera con sanitari condivisi da più strutture, organizzare una campagna vaccinale COVID-19 e di vaccinazioni "normali" come attore primario sulla provincia di Como (circa 1.000.000 di somministrazioni effettuate da inizio pandemia dalla sola ASST Lariana), riorganizzare gli interventi sul territorio privilegiando i collegamenti da remoto. Questa fase di forte cambiamento, pur mettendo sotto stress l'organizzazione ha reso evidenti i prodromi di un cambiamento repentino in ottica di digitalizzazione dei servizi e per questo di reingegnerizzazione dei servizi esistenti.

#### 2.1.1 L'accessibilità digitale

Nel processo di trasformazione tecnologica e transizione al digitale, l'ASST Lariana si pone l'obiettivo di rivedere e potenziare i percorsi di accoglienza del cittadino in ASST Lariana, come da indicazioni poste dalle DGR XI/4386 del 03/03/2021 e DGR XI/4928 del 21/06/2021 armonizzandole con i processi organizzativi e il patrimonio hardware e software già presenti e funzionanti in Azienda.



In particolare, gli obiettivi che si intendono raggiungere sono:

- ✓ Progressiva disintermediazione dello sportello CUP;
- ✓ Eliminazione del contante;
- ✓ Unico accesso in struttura;
- ✓ Trasferire l'esperienza di accoglienza fuori dalla struttura;
- ✓ Abilitare l'interazione digitale tra cittadino e strutture sanitarie;
- ✓ Rispetto degli Standard (PagoPA, SPID, GDPR, ecc.).

Per fare ciò è importante comprendere lo stato dell'arte dei percorsi funzionali e delle integrazioni già realizzate, in modo da analizzare e pianificare le evoluzioni necessarie.

In ASST Lariana, realtà composta da quattro Ospedali e numerosi Poliambulatori territoriali, sono presenti e funzionanti 10 casse automatiche fornite dal Tesoriere dell'azienda (Banca Intesa San Paolo) nell'ambito del contratto di tesoreria. Le casse sono dislocate sulle varie sedi territoriali. Le casse automatiche consentono il pagamento di prestazioni attraverso una integrazione realizzata con il software utilizzato per la gestione dei CUP/Cassa. Attualmente è in fase di consolidamento l'integrazione per consentire i pagamenti PagoPA; al riguardo si stanno analizzando gli errori che occasionalmente si presentano, intervenendo con modifiche applicative o con revisioni ai processi, a seconda della fattispecie di problematica riscontrata. Inoltre, le casse automatiche non sono strutturate per il self accodamento e per la stampa/ritiro dei referti.

Sono, inoltre, presenti e funzionanti presso gli sportelli CUP/Cassa e presso le sedi di Pronto Soccorso aziendali, sistemi di accodamento automatici che prevedono l'utilizzo di totem di accodamento e monitor per la visualizzazione dello stato di accodamento.

ASST Lariana prevede l'attivazione di un portale web per il ritiro dei referti, che sarà impiegato, in particolare, per il ritiro online di referti di Laboratorio e Radiologia. Per quanto riguarda la Radiologia, il portale consentirà anche di scaricare le immagini diagnostiche.

Per quanto concerne le integrazioni software, il progetto prevede la predisposizione dei servizi di integrazione realizzati utilizzando i metodi *web service* definiti da ARIA; ciò consentirà di beneficiare di standard di comunicazione, permettendo la più ampia integrabilità del sistema informativo ospedaliero (SIO) con le soluzioni offerte dal mercato. Le modifiche software interesseranno il SIO utilizzato in ASST Lariana, nei moduli per la gestione del CUP/Cassa e Repository per la storicizzazione dei referti. Per quanto riguarda i totem multifunzione, si prevede un rinnovamento dell'hardware, uniformando tutte le sedi dell'Azienda e implementando le seguenti funzionalità:

- ✓ Identificazione appuntamento: il cittadino inserisce nel totem i dati necessari per l'identificazione dell'appuntamento o degli appuntamenti che lo riguardano presso l'Ente relativamente a prestazioni contenute in prescrizioni elettroniche;



- ✓ Pagamento: il totem offre al cittadino, tramite un'apposita procedura a video, la possibilità di procedere al pagamento in autonomia degli appuntamenti non ancora saldati;
- ✓ Accodamento: per gli appuntamenti che risultano correttamente pagati permette la prosecuzione della self-accettazione, producendo la stampa di uno o più ticket con l'indicazione del reparto ed il numero di accodamento;
- ✓ Stampa codice ritiro: il totem permette opzionalmente al cittadino di ottenere la stampa di uno o più codici di ritiro referti, da utilizzarsi successivamente qualora intenda servirsi del totem anche per il ritiro/stampa dei referti.

Alcuni dispositivi totem già presenti, acquisiti diversi anni fa, non supportano tali funzionalità, pertanto è previsto un ammodernamento dei dispositivi nonché l'estensione dei sistemi ai servizi ancora non supportati.

ASST Lariana, prevedendo lo sviluppo di servizi di interoperabilità come definiti dalle linee guida regionali, si accinge a creare i presupposti affinché i propri servizi di accoglienza possano essere fruiti tramite l'app. FSE o le altre piattaforme multi canale di Regione Lombardia, comprendendo anche la gestione delle prestazioni in televisita attraverso apposite agende configurate sul sistema di accoglienza CUP/Cassa aziendale. In particolare, il cittadino avrà la possibilità, ad es. tramite app. FSE, di effettuare il pagamento e l'accettazione della prestazione, nonché la visualizzazione del referto, una volta effettuata la televisita.

In particolare, tra i servizi digitali a cui cittadino potrà accedere tramite le piattaforme regionali (App. o portale FSE, App. Salutare) troviamo la prescrizione NRE, la prenotazione da rete regionale di prenotazione, pagamento PagoPa, accodamento in ambulatorio, servizio di self check-in e sistemi di wayfinding.

Nel processo di digitalizzazione dei servizi territoriali dell'Azienda, orientata alla fruibilità dei servizi al cittadino, è in corso di realizzazione l'implementazione di un portale web che permetterà a tutti i cittadini di effettuare richieste verso l'**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lariana** direttamente **online**, evitando code agli sportelli.

Le funzionalità previste saranno:

- ✓ Cambio del medico di medicina generale o del pediatra per i soggetti minorenni a carico;
- ✓ Revoca del medico di medicina generale o del pediatra per i soggetti minorenni a carico;
- ✓ Richiesta Duplicato Tessera sanitaria /Carta Regionale dei Servizi;
- ✓ Scelta in deroga del medico di medicina generale /pediatra;
- ✓ Rinnovo dell'iscrizione al servizio sanitario regionale;
- ✓ Richiesta di esenzione (patologia, invalidità, reddito);



- ✓ Nuova iscrizione al servizio sanitario Regionale per neonati o soggetti immigrati;
- ✓ RSA/RSD/Comunità - Modulo dedicato alle Strutture sociosanitarie;
- ✓ Richiesta rilascio Modulo S1/S2.

Si prevede di sviluppare sistemi di prenotazione online anche per i servizi di visita medica finalizzati al rinnovo/rilascio delle patenti. Tale sistema dovrà prevedere anche il pagamento della prestazione con PagoPA.

ACCESSIBILITA' DIGITALE						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Predisposizione del sistema di accoglienza e adeguamenti per nuove funzionalità	Realizzazione dei nuovi servizi web per predisporre l'interoperabilità con i sistemi regionali e progettazione di nuove funzionalità	UOC SIA, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo; 4) report andamento del servizio.	Messa in esercizio e collaudo (3)	Monitoraggio (4)	
Acquisto nuovi dispositivi e integrazioni con sistemi esterni (interoperabilità)	Realizzazione nuove funzionalità di interoperabilità con sistemi regionali - installazione nuove piattaforme hardware orientate ai servizi al cittadino (totem)	UOC SIA, UOC Servizi Tecnici e Patrimonio, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo	Messa in esercizio e collaudo (3)	-	-
Realizzazione portale servizi al cittadino/	Processo di digitalizzazione per la fruizione di nuovi servizi al cittadino. Offerta di un set di servizi di richieste fruibili mediante portale web	UOC SIA, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo; 4) report andamento del servizio.	Messa in esercizio e collaudo (3)	Monitoraggio (4)	-

### 2.1.1.1 Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, informatiche e telefoniche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio 2022-2024

(art. 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244)

#### Premessa

Ai fini della predisposizione del Piano per il triennio 2022-2024, si è proceduto a considerare l'inventario delle dotazioni strumentali informatiche e telefoniche in essere al 31/12/2022, in uso presso le sedi di ASST-Lariana, di seguito riportate:

#### Inventario dotazioni informatiche:

- ✓ n. 2300 PC di cui n. 300 portatili,
- ✓ n. 330 stampanti multifunzioni monocromatiche (fax e scanner),
- ✓ n. 1344 stampanti monocromatiche,
- ✓ n. 16 stampanti a colori,
- ✓ n. 89 scanner da tavolo,
- ✓ n. 260 lettori barcode,
- ✓ n. 80 lettori QR-code,
- ✓ n. 400 stampanti di etichette.



### Inventario dotazioni telefoniche

- ✓ n. 430 telefoni mobili cellulari,
- ✓ n. 2720 telefoni di cui 1170 voip fissi e 260 voip wifi, 1150 analogici e 140 digitali,
- ✓ n. 245 linee fax (attestate su stampanti multifunzione),
- ✓ n. 270 pager di cui 40 integrate con il sistema di chiamata infermieri.

### Dotazione informatica standard

La postazione di lavoro standard all'interno delle sedi di ASST Lariana consiste in:

- n. 1 PC fisso e relativi accessori (tastiera, mouse, monitor 20 pollici),
- n. 1 apparecchio telefonico fisso,
- n. 1 stampante multifunzione d'ufficio condivisa,
- n. 1 casella di posta elettronica personale ([nome.cognome@asst-lariana.it](mailto:nome.cognome@asst-lariana.it)).

Ogni postazione di lavoro standard è equipaggiata con i seguenti software base:

- ✓ 7.zip,
- ✓ Acrobat reader,
- ✓ DigitalSign,
- ✓ EDGE Chromium,
- ✓ Google Chrome,
- ✓ Java VM,
- ✓ Client VPN,
- ✓ Mozilla Thunderbird,
- ✓ LibreOffice,
- ✓ Software Antivirus e di protezione,
- ✓ Matrix42 (gestione parco informatico),
- ✓ MPS (monitoraggio stampe),
- ✓ Moduli software gestionali aziendali amministrativi/sanitari/direzionali presenti nel catalogo pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda.

Su motivate esigenze di servizio, ovvero previa sottoscrizione di modulistica aziendale da parte del responsabile di Unità Operativa e/o direttore di dipartimento, la succitata dotazione standard può essere così variata:

1 Pc portatile al posto del PC fisso; tale dotazione è prevista per il personale che opera in più sedi.

1 stampante monocromatica ad uso personale; tale dotazione è prevista per le postazioni di Cassa/CUP, ambulatoriali, studi medici, e più in generale in tutti quei contesti in cui è fondamentale la riservatezza delle informazioni.





1 stampante a colori: tale apparecchiatura è concessa in quantità limitata per motivate e specifiche esigenze di servizio, es: centro stampa, staff Comunicazione e Immagine; 1 lettore bar-code, lettore smart-card, stampanti di etichette; tale dotazione è prevista per le postazioni di Cassa/CUP, ambulatoriali, studi medici, laboratorio analisi, ed in generale per le postazioni in ambito sanitario, Ms Office standard o professionale, per esigenze di calcolo statistico avanzato.

### Dotazione Telefonica standard

La postazione telefonica standard all'interno delle sedi di ASST Lariana consiste in:

n. 1 telefono analogico o VOIP base, con limitazioni alle chiamate esterne (di default: solo interni telefonici o Chiamate urbane).

Su motivate esigenze di servizio, ovvero previa sottoscrizione di modulistica aziendale da parte del responsabile di Unità Operativa e/o direttore di dipartimento, la succitata dotazione standard può essere così variata:

n. 1 telefono digitale e/o VOIP fisso evoluto, oppure telefono VOIP WiFi,

n. 1 telefono cellulare tradizionale e/ smartphone con roaming nei paesi EU.

- variazione della classe di servizio telefonica (abilitazione) in "Lombardia e cellulari" o "Nazionali" (tutte).

L'abilitazione alle chiamate telefoniche internazionali rappresenta un caso eccezionale subordinato a una procedura autorizzativa che vede coinvolto il Direttore Amministrativo o il Direttore di Dipartimento. Si applica perlopiù nel settore farmaceutico per contattare i propri fornitori.

### Piano di razionalizzazione

Nel biennio 2022-2024 è in essere un piano di razionalizzazione basato sui seguenti criteri:

- ✓ Razionalizzazione degli apparati di stampa (printer consolidation): maggior condivisione tra più postazioni informatiche degli apparati di stampa multifunzione all'interno degli uffici e/o nelle aree dipartimentali,
- ✓ Riduzione del numero di dispositivi fax a favore di mail aziendali e/o PEC,
- ✓ Monitoraggio del tasso di utilizzo delle risorse informatiche (PC e stampanti) volto ad individuare apparecchiature non utilizzate con l'obiettivo di procedere con la loro dismissione / ricondizionamento.

## 2.1.2 L'accessibilità fisica

L'accessibilità fisica viene garantita ai cittadini dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) cui le persone si possono rivolgere per:

- ✓ ricevere informazioni sui servizi e sulle attività erogate dall'Azienda negli Ospedali e nelle strutture ambulatoriali;
- ✓ segnalare eventuali disservizi o criticità. A seguito delle segnalazioni o reclami, l'URP avvia le necessarie verifiche, favorisce le conseguenti azioni di miglioramento e fornisce risposta al cittadino entro 30 giorni dal ricevimento della segnalazione;
- ✓ esprimere l'apprezzamento per l'assistenza ricevuta. Gli elogi verranno inoltrati agli interessati dagli operatori dell'URP.

Gli operatori dell'URP accolgono le richieste e le segnalazioni del cittadino:

- ✓ in forma scritta, tramite telefono o e-mail;
- ✓ con ricevimento diretto.

Ad ogni istanza presentata corrisponde un'informazione fornita in forma orale o scritta, a termini di legge.

Le funzioni dell'URP, in sintesi, sono:

- ✓ Accoglienza ed ascolto del cittadino-utente;
- ✓ Informazioni telefoniche;
- ✓ Informazione sui servizi sanitari;
- ✓ Informazione di primo livello: attività aziendale in genere, dove rivolgersi, orari, documenti necessari, ecc.;
- ✓ Informazione specifica: modalità di accesso e di fruizione dei servizi;
- ✓ Diffusione di prodotti informativi specifici: guide ai servizi, opuscoli, ecc.;
- ✓ Accettazione segnalazioni e reclami;
- ✓ Promozione della partecipazione del cittadino al miglioramento dei servizi sanitari.

L'ACCESSIBILITA' FISICA		
Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
Gestione dei reclami/segnalazioni/ricieste scritti	Risposte ai cittadini entro i 30 giorni previsti dalla normativa	100% delle risposte fornite entro i termini previsti



### 2.1.3 Le procedure di reingegnerizzazione

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lariana svolge la sua attività su tutto il territorio della provincia di Como, erogando prestazioni socio-sanitarie e sanitarie di pronto soccorso, di ricovero, di riabilitazione e ambulatoriali impiegando al 31 dicembre 2020 3.591 dipendenti, di cui circa 560 medici, 2.500 comparto sanitario e 430 amministrativi.

In relazione allo stato dei Sistemi Informativi Aziendali, da una rilevazione effettuata da Aria S.p.A. nel 2020 emerge che il livello di evoluzione del Portafoglio Applicativo risulta superiore alla media regionale. Nello specifico, risulta particolarmente evoluto nella gestione dei processi amministrativi (es. gestione documentale e risorse umane), oltre che nei servizi messi a disposizione per il cittadino (es. gestione degli accessi ambulatoriali e di ricovero). In relazione all'infrastruttura, è presente una buona connettività a livello aziendale e generalmente risulta adeguatamente presidiata la gestione operativa. Risulta più arretrato, ma comunque allineato al panorama regionale, l'integrazione con il territorio per l'erogazione dei servizi socio-sanitari. In riferimento al portafoglio applicativo clinico, non è presente una Cartella Clinica Elettronica con funzionalità complete e diffuse presso tutta l'ASST, mentre risultano ad un buon livello di evoluzione i sistemi dipartimentali.

Attualmente il parco dei sistemi informativi è composto dai seguenti elementi:

Descrizione	Nome Applicativo (modulo specifico)	Fornitore attuale
ADT	PRIAMO (WinDeg)	BCS
Amministrativo Contabile	NFS	Dedalus
Anatomia Patologica	PRIAMO (WinAna)	BCS
Archiviazione segnali ECG	TracemasterVUE	Philips
Assistenza farmaceutica	PARMA GTS / AN- THEMA	Werfen
Assistenza farmaceutica	FARMADATI WEB	Farmadati
Prescrizione e rendicontazione farmaci File F	FARMAWEB	SW sviluppato interna- mente
Prescrizione farmaci oncologici	PRESCRIVO WEB	IDEA SOFTWARE
Assistenza protesica	ASSISTANT RL	Aria
Base dati clinica (EPR)	PRIAMO (Accessi e AccessiWeb)	BCS
Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale	PLUS WEB	SW sviluppato interna- mente
Cartella Clinica Elettronica Gastroenterologia ed Endoscopia	PRIAMO (WinEnd)	BCS
Cartella Clinica Elettronica di Ricovero	PROSAFE	GiViTi
Cartella Clinica Elettronica di Ricovero per Hospice	WHOSPITAL	Dedalus
Cartella Clinica Elettronica Diabetologia	SMART DIGITAL CLI- NIC	METEDA



Cartella Clinica Elettronica Nefrologia e Dialisi	GEPADIAL	Cooperativa La Traccia
Cartella Clinica Elettronica Nefrologia e Dialisi	TELEDIAL	Cooperativa La Traccia
Cartella Clinica Elettronica Terapia Intensiva	MARGHERITA TRE	GiViTi
Cartella Clinica Elettronica verticale Psichiatria	PSICHEWEB	Aria
Consultori	CONSULTORI FAMILIARI	Assocons
Cartella Clinica elettronica per le dipendenze (SERT)	GeDi /MFP	CI.DI.TEC
CUP	PRIAMO (WinCUP)	BCS
Datawarehouse	REPORT MED	OSLO
Datawarehouse	PRIAMO (BI)	BCS
Eliminacode	Mr-You	Artexe
Generazione prescrizioni	PRIAMO (WinImp e webImp)	BCS
Generazione prescrizioni	PIANI TERAPEUTICI	ATS Insubria
Gestionale di conservazione sostitutiva	LArchive	Aruba
Gestione della logistica	MERCURY	Essegi Software
Gestionale di reparto	PRIAMO (WinDeg)	BCS
Gestionale Imm. e medica trasfusionale	EMONET	GPI
Richieste di emocomponenti da reparto	EMOWARD	GPI
Gestionale Sala Operatoria	ORMAWEB	Dedalus
Gestione ADI	ADIWEB	TeKne
Gestione anagrafiche e codifiche (BAC)	PRIAMO (modulo base)	BCS
Gestione asset	XATLAS	AXESS
Gestione dichiarazioni nascite	NASCITE WEB	SW sviluppato internamente
Gestione invalidi civili	BUTTERFLY	Praezision
Gestione pazienti cronici	PRIAMO (GPC)	BCS
Gestione ordini	PRIAMO (WinRic – WinAcc)	BCS
Gestione risorse umane	INFORMO IP	Tecnel
Gestione risorse umane	IRISWIN / IRISWEB	Mondo EDP
Gestione risorse umane	STAFFROSTER	FirLab
Gestione risorse umane	MY STAR	Windex
Gestione risorse umane	TOM	Nouvelle
Gestione risorse umane	WHR	Dedalus
Laboratorio Analisi	PRIAMO (WinLab)	BCS
Medicina Legale	CML PATENTI	TeKne
Medical Repository	PRIAMO (EPR)	BCS
PACS	SYNAPSE	Fuji
Raccolta dati rete regionale emergenza urgenza	EUOL	Aria spa
Pronto Soccorso	PRIAMO (WinPS)	BCS



Protocollo informatico	FOLIUM /CIVILIA WEB	DEDAGROUP
Refertazione ambulatoriale	PRIAMO (WinRef)	BCS
RIS	PRIAMO (WinRad)	BCS
RIS per la Medicina Nucleare	PRIAMO (WinNuc)	BCS
Televisita – refertazione ambulatoriale	PRIAMO (Televisita)	BCS
Vaccinazioni	Archivio Vaccina- zioni	Assocons

Come riportato in tabella, l'ASST Lariana ha adottato diversi moduli dell'applicativo PRIAMO (BCS), che consentono di gestire attività e processi in diversi ambiti. Di questi, i moduli WinNuc e WinRad, utilizzati rispettivamente presso la Medicina Nucleare e la Radiologia, sono integrati con il sistema PACS Synapse (Fuji). Il modulo WinRef è il principale sistema di refertazione della ASST, ma non risulta completamente integrato con tutti gli applicativi e sistemi necessari: nell'ambito dei progetti PNRR, sarà infatti oggetto di evoluzione, ad esempio, l'integrazione con il sistema utilizzato presso il Servizio di Endoscopia dove vengono archiviati immagini e filmati, oppure l'integrazione con il nuovo sistema per l'archiviazione delle registrazioni elettro-encefalografiche e poligrafiche in uso presso la Neurologia.

Per l'applicativo TracemasterVUE (Philips), utilizzato attualmente per la raccolta dei dati ECG e l'elaborazione automatizzata dei dati, dovrà essere prevista un'integrazione con l'applicativo PRIAMO (modulo base, BCS), su cui è presente l'anagrafica pazienti, con il repository e la Cartella Clinica Elettronica per il recupero dei dati in fase di accettazione e l'archiviazione di un referto per cui dovrà essere attivata la firma digitale, ad oggi non prevista.

Attualmente sul gestionale di Sala Operatoria Ormaweb (Dedalus) sono tracciati i dati anagrafici paziente, i dati relativi all'intervento e i dati rilevati dalla strumentazione di monitoraggio. Tuttavia, non risultano integrate le altre apparecchiature biomedicali utilizzate in sala operatoria, ad esempio, per l'archiviazione di segnali, immagini e video: tale scenario sarà sviluppato nell'ambito dei progetti PNRR.

Presso alcuni servizi e Unità (Gastroenterologia ed Endoscopia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Nefrologia e Dialisi, Terapia Intensiva, Psichiatria, Hospice) sono presenti applicativi di Cartella Clinica Elettronica, molti dei quali sono verticali per determinate Specialità. L'ASST Lariana ha già aderito all'iniziativa regionale per l'adozione di una CCE come servizio condiviso; un'alternativa sarebbe costituita dall'estensione dell'applicativo Whospital (Dedalus), il sistema che tra quelli già adottati meglio si adatta alle esigenze dell'azienda.

Per la gestione del magazzino di farmacia e di tutti i beni, sia farmaceutici sia economici, stoccati fuori dagli armadi robotizzati, viene attualmente utilizzato l'applicativo Mercury (Studiofarma). Poiché è prevista la sostituzione degli armadi robotizzati, acquisiti nel 2010 ma non più mantenuti, e dell'applicativo per la loro gestione, dovrà essere prevista l'integrazione con l'applicativo amministrativo contabile NFS (Dedalus) per consentire la gestione del ciclo passivo. Relativamente all'applicativo amministrativo-contabile, potrebbe essere valutata la sua sostituzione ed il passaggio a un sistema fruibile in Cloud.





Nel contesto dell'acquisizione di un sistema per il tracciamento dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere, è prevista l'integrazione con il software IrisWeb (Mondo EDP) per la rilevazione delle presenze del personale, in modo da identificare l'operatore che utilizza la Cartella Clinica Elettronica del paziente specifico.

Infine, dal 2010 sono presenti totem multifunzione del sistema Mr-you (Artex) che consentono di gestire l'accoglienza del paziente con funzioni di eliminacode. Tale sistema, oltre a richiedere un rinnovamento tecnologico, dovrà prevedere l'integrazione con il software Priamo (BCS) per la gestione della cassa, dei sistemi ambulatoriali e per la consegna dei referti.

L'Azienda si può considerare ad un livello avanzato vicina al livello 4 di digitalizzazione. Le progettualità all'interno del PNNR, dettagliate di seguito, sono finalizzate ad accelerare il raggiungimento dell'obiettivo.

Considerati il numero, la complessità e la durata prevista delle le diverse progettualità, molte attività potranno essere parallelizzate, ma sarà comunque necessario assegnare a ognuna di esse una priorità, in coerenza con le iniziative Regionali.

Il piano di attuazione di alcuni progetti prevede la seguente scansione temporale:

- ✓ L'adozione prioritaria di un applicativo di Cartella Clinica Elettronica unificato per tutti i reparti, poiché propedeutica alla realizzazione delle integrazioni con i diversi applicativi, da realizzare negli altri progetti previsti;
- ✓ La realizzazione dei primi progetti ritenuti più prioritari: la revisione del sistema di logistica del farmaco, poiché la soluzione automatizzata attualmente in uso non è più mantenuta, l'acquisizione di un sistema di archiviazione per la Neurologia, per cui è già stata emanata una manifestazione di interesse, da integrare con l'applicativo Priamo (BCS) per la refertazione e il rinnovamento dei sistemi di accodamento;
- ✓ Un ulteriore gruppo di progetti è quello relativo alle attività propedeutiche all'introduzione della Cartella Clinica Informatizzata. Fra queste progettualità troviamo: l'aggiornamento tecnologico degli applicativi clinici esistenti, basati su tecnologia Client-server, verso l'architettura web-based; implementazione dell'infrastruttura di rete dati Wi-Fi in modo da consentire la fruizione della cartella clinica elettronica in mobilità; acquisto delle componenti hardware locali, fra cui, workstation per implementare gli scenari di resilienza presso i reparti, dispositivi portatili per l'uso della CCE al letto del paziente, periferiche a supporto del processo (es. tavole per firma grafometrica); dovranno inoltre essere sviluppate le integrazioni con la cartella clinica elettronica da parte degli applicativi esistenti; sarà implementato un sistema per la tracciabilità del paziente e la geolocalizzazione all'interno dell'ospedale, oltreché l'identificazione dell'operatore sanitario, tale sistema sarà integrato con la CCE per consentire i controlli in fase di erogazione delle prestazioni o delle somministrazioni con identificazione certa del paziente e dell'operatore. Le progettualità previste in questo gruppo rivestono carattere prioritario, essendo propedeutiche all'introduzione della cartella clinica elettronica, pertanto sono state avviate già nel corso dell'anno 2022;



- ✓ Infine, tra la metà del 2022 e la fine del 2023, si svolgerà un'attività di analisi finalizzata alla stesura dei requisiti aziendali relativi a tutti gli altri progetti attuati nei due anni successivi: entro il 2024 la realizzazione delle integrazioni HL7 con i sistemi ECG per una più appropriata gestione dei tracciati e consentire il recupero dei dati dalle anagrafiche in fase di accettazione; entro il 2025 l'adozione di sistemi di acquisizione, elaborazione e archiviazione di segnali, immagini e video prodotti dalle apparecchiature ambulatoriali di diverse specialità (Oculistica, Cardiologia, Dermatologia, Urologia, ecc.), l'estensione del sistema per l'Anatomia Patologica attualmente in uso nell'ambito di un progetto con ASST Valle Olona, ASST Sette Laghi e ATS Insubria, l'acquisizione di un sistema per l'acquisizione, l'elaborazione e l'archiviazione di immagini e filmati dell'Endoscopia, l'evoluzione delle Sale Operatorie, in cui le apparecchiature biomedicali siano integrate con i sistemi opportuni per l'archiviazione di segnali, immagini e video prodotti durante l'intervento.

### Denominazione Progetto: Evoluzione e diffusione di una Cartella Clinica Elettronica

#### Il contesto specifico

Con particolare riferimento agli applicativi a supporto dell'attività clinica, presso l'ASST Lariana sono stati informatizzati tutti i reparti e tutti gli ambulatori per quanto attiene le funzionalità di gestione del ricovero (ADT, richiesta esami diagnostici e visite parere, refertazione esami e visite e lettere di dimissione). Inoltre, presso alcuni servizi e Unità è già presente un applicativo di Cartella Clinica Elettronica, ad esempio GEpadial (La Traccia) presso la Nefrologia, Smart Digital Clinic (Meteda) presso la Diabetologia o Whospital (Lutech) presso l'hospice e alcuni ospedali di comunità.

#### Obiettivo del progetto

L'iniziativa prevede l'acquisizione, l'introduzione e l'evoluzione di un applicativo di Cartella Clinica Elettronica Regionale di ricovero e ambulatoriale, l'installazione del software presso un fornitore di servizi in cloud. È inoltre previsto lo sviluppo di integrazioni lato CCE verso moduli standard dell'Ente; eventuali specifici adeguamenti andranno valutati a parte. Il progetto ha come obiettivo la realizzazione di un sistema informatico per la gestione dei dati clinici del paziente attraverso l'adozione di cartelle cliniche di reparto e ambulatoriali. Si introduce il concetto di pluralità di cartelle, in quanto i processi clinici di diagnosi e cura che si vogliono informatizzare sono condizionati in modo significativo dalla specialità medica e dal diverso setting di cura del singolo reparto/ambulatorio; di conseguenza, gli applicativi a supporto delle cartelle devono essere specifici e personalizzati sulla base delle esigenze di ciascun reparto/ambulatorio. Poiché le informazioni cliniche devono essere orientate alla visione complessiva ed unica del paziente si ritiene opportuno procedere con una progettazione unificata senza una netta differenziazione tra cartelle di reparto e cartelle ambulatoriali. Gli applicativi di gestione delle cartelle dovranno integrarsi con tutti gli altri moduli software preposti alla gestione delle attività sanitarie, di seguito descritti:



## CUP

Questo modulo gestisce l'offerta sanitaria relativamente alle attività ambulatoriali; consente quindi di effettuare informaticamente attività di prenotazione, accettazione, incasso e rendicontazione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

## ADT

Questo modulo gestisce l'offerta sanitaria relativamente alle attività di ricovero; consente quindi di effettuare informaticamente attività di movimentazione del Paziente ricoverato in Azienda (accettazione, dimissione, trasferimento) e la rendicontazione dei ricoveri.

## PS

Questo modulo gestisce le attività di Pronto Soccorso, nello specifico i processi che vanno dall'accesso del paziente all'esecuzione delle attività di diagnosi e cura, la richiesta di esami diagnostici o visite a parere, la dimissione del Paziente comprensiva della predisposizione e registrazione del verbale di pronto soccorso o la sua accettazione in regime di ricovero.

**Sistemi di gestione servizi diagnostici (LIS, RIS, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Servizio Immuno-Trasfusionale)**

Questi moduli sono preposti alla gestione dei processi produttivi propri dei servizi a cui sono rivolti. In particolare ricevono le liste di lavoro o le richieste di esecuzione esami rispettivamente dal CUP o dal sistema di gestione delle richieste prestazioni, supportano le fasi di esecuzione esami, raccolgono i risultati degli esami svolti dalla strumentazione, producono il referto fino alla sua registrazione nel Repository Aziendale.

## RIC

Questo modulo è preposto alla gestione delle richieste di esami ai Servizi diagnostici e di consulenze ai reparti; consente quindi di gestire l'inserimento delle richieste e la visualizzazione degli stati di avanzamento delle stesse, e permette di visualizzare i referti prodotti.

## IMP

Questo modulo consente la produzione di prescrizioni RUR, sia per farmaci che per prestazioni specialistiche.

## REP: Gestione

Questo modulo è preposto alla gestione dei processi operativi relativi al reparto di ricovero, quali la presa in carico del paziente comunicata dal sistema ADT e/o da altro reparto, la comunicazione di chiusura del ricovero, la gestione delle risorse del reparto (es. gestione dei posti letto) ed in genere la gestione delle attività produttive che vengono svolte in reparto. Le attività di natura propriamente clinica sono svolte dalla Cartella Clinica di Reparto.

#### AMB: Gestione

Questo modulo è preposto alla gestione dei processi operativi dell'ambulatorio quali la ricezione delle liste di lavoro e la ricezione delle richieste, la chiamata del paziente, la comunicazione al sistema richiedente dell'avvenuta erogazione di una prestazione al fine della sua rendicontazione. Le attività di natura propriamente clinica sono svolte dalla Cartella Clinica di Ambulatorio.

La figura seguente riassume quanto finora espresso.

#### INT: Gestione

E' un modulo preposto alla gestione del processo connesso all'intervento chirurgico, che va dall'inserimento del paziente in lista d'attesa alla gestione del pre-ricovero, comprensiva di chiamata del paziente, sua presa in carico in termini di gestione degli esami pre-operatori; inoltre il modulo gestisce i tempi di sala operatoria e la produzione del registro operatorio. Tutte le informazioni presenti in questo modulo sono integrate con il modulo "REP: Gestione".



Analizzando le caratteristiche funzionali che deve possedere un applicativo per la gestione della cartella di reparto/ambulatorio, si evidenzia che esso deve rispondere alle seguenti esigenze:

- ✓ raccogliere le informazioni e i dati clinici del paziente;
- ✓ organizzare le informazioni cliniche strutturandole secondo le specificità di ciascun reparto/ambulatorio;
- ✓ supportare e monitorare i processi decisionali clinici e assistenziali
- ✓ integrare le informazioni cliniche ed amministrative inerenti il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente per consentire analisi epidemiologiche, di processo ed organizzative;
- ✓ adeguamento alla normativa riferita alla dematerializzazione dei documenti della Pubblica Amministrazione con particolare riferimento alla dematerializzazione dei documenti clinici;
- ✓ assicurare l'integrazione con il Repository aziendale consentendo la pubblicazione e consultazione di referti, garantendo al clinico l'accesso a tutte le informazioni necessarie a supportare il processo di cura, ivi compreso l'accesso ai precedenti.

Relativamente alla Cartella clinica di reparto essa dovrà fornire soluzioni per la gestione clinica ed assistenziale del paziente comprensiva del monitoraggio del processo di erogazione delle terapie (es. farmaci), integrandosi con i sistemi di prescrizione e di richieste di prestazioni (richieste visite a parere, richieste esami ai servizi diagnostici, etc..).



Le informazioni cliniche ritenute importanti per la storia del paziente, prodotte a livello di reparto e gestite dalla Cartella Clinica, devono essere archiviate sul Repository aziendale in modo da essere disponibili agli operatori abilitati che operano all'esterno dello specifico reparto. La Cartella clinica di reparto, supportando il clinico nel processo di cura, consente una raccolta di informazioni cliniche specifiche che, oltre ad essere di aiuto al clinico stesso, vengono automaticamente utilizzate nella predisposizione della Lettera di dimissione. Per quanto riguarda la Cartella clinica di ambulatorio, essa dovrà raccogliere le informazioni generate nei processi di diagnosi e cura svolti in ambulatorio e, sulla base di queste informazioni, predisporre il relativo referto. Resta inteso che tutte le informazioni raccolte dalle Cartelle Cliniche di Reparto e di Ambulatorio, dovranno essere collezionate in maniera strutturata, offrendo in questo modo la possibilità di accedere a tutti i precedenti eventi clinici del paziente attraverso meccanismi di ricerca potenti e di facile utilizzo.

## Fasi progettuali

Per la realizzazione di questo progetto si propone l'utilizzo di metodologie standard e consolidate, che prevedono le seguenti fasi:

- analisi dei requisiti e delle funzionalità desiderate
- progettazione
- sviluppo
- test
- messa in produzione

La prima fase è di fondamentale importanza, in quanto per la buona riuscita del progetto è indispensabile che requisiti e obiettivi vengano individuati in maniera chiara e completa. In un settore organizzativamente complesso come quello sanitario si deve considerare che non sempre ciò è possibile sin dalla prima stesura, pertanto è fondamentale che, al fine di ridurre i rischi connessi ad una errata raccolta dei requisiti e progettazione, si adotti una metodologia basata su ripetuti cicli di analisi e progettazione che unitamente all'introduzione di fasi di prototipazione, consente una progressiva individuazione e validazione dei requisiti ed un conseguente affinamento del progetto.

## Metodo di lavoro

Si propone la costituzione di un gruppo di lavoro, preposto alla conduzione delle fasi di progetto sopra evidenziate. Il ruolo del gruppo sarà fondamentale nelle fasi di analisi dei requisiti/funzionalità anche attraverso sopralluoghi presso realtà ospedaliere che hanno già adottato soluzioni di questo tipo; il gruppo dovrà inoltre effettuare la valutazione dei prototipi e modelli sperimentali che si renderà opportuno realizzare al fine di prendere decisioni strategico/organizzative. La struttura del gruppo dovrà essere tale da consentire agilmente l'assunzione di tali decisioni in maniera autonoma, efficace ed efficiente; al tempo stesso, però, dovrà avere le competenze per poter entrare, laddove necessario, nel dettaglio di problematiche specifiche. Si propone quindi una struttura così articolata: un nucleo ristretto composto da poche persone delegate ad operare scelte a livello strategico/organizzativo, più un gruppo allargato composto dalle figure rappresentative delle specificità aziendali.





Il gruppo di lavoro procederà affrontando l'analisi come nucleo ristretto per quanto riguarda gli aspetti strategici di ogni tema e coinvolgendo il gruppo allargato, o una sua porzione, nell'affrontare gli aspetti specifici.

Per quanto riguarda il nucleo, si propone la seguente composizione:

Area aziendale	Nominativo
Referente Sistemi Informativi	Dott. Daniele Turconi, coadiuvato dai collaboratori dott. Nicola Pingitore e Ing. Rufino Vernillo
Referente Direzione Medica di Presidio	Dr.ssa Rosanna Catella, Dr.ssa Elena Amina Scola
Referente della Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie	Dr.ssa Manuela Soncin
Referente Risk Management e Qualità	Dr.ssa Angela Trentin, coadiuvata dai collaboratori Dr.ssa Daniela Bordoli e Dr. Federica Muglia
Referente di Farmacia	Dr.ssa Paola Ardovino
Referente di Ingegneria Clinica	Ing. Eliana Malanchini, coadiuvato dai collaboratori Ing. Giorgio Aiello e Ing. Chiara Antonini
Referente del dipartimento di chirurgia	Dr. Maurizio Bignami
Referente del dipartimento di medicina	Dr. Alessandro Squizzato
Referente del dipartimento di emergenza – urgenza	Dr. Andrea Lombardo
Supporto al change management	<b>Risorsa messa a disposizione da Regione nell'ambito delle attività della CCE</b>

## Pianificazione

Si intende avviare un processo di analisi che coinvolgerà tutte le Unità Operative e che sarà volto ad individuare fabbisogni e requisiti.

Una volta completata una prima analisi generale volta ad individuare quei requisiti che dovranno essere comuni alle cartelle, si procederà con gli step successivi che prevederanno l'analisi di dettaglio relativa alle varie discipline mediche, la successiva progettazione di dettaglio, fino alla realizzazione di prototipi e all'avvio di sperimentazioni volte a valutare la bontà della progettazione fatta.

## Dettagli realizzativi del progetto

Il progetto prevede le seguenti fasi di seguito dettagliate per ciascuno dei due scenari in valutazione.

1. Verifica della scheda tecnica redatta da ARIA spa e inserimento delle clausole inerenti le specificità per l'ASST Lariana
2. Partecipazione all'iniziativa regionale condivisa per l'adozione della nuova Cartella Clinica Elettronica
3. Implementazione tecnica
  - a. Installazione
  - b. Integrazione con gli opportuni applicativi del sistema informativo aziendale (si veda l'apposita progettualità dedicata alle integrazioni)
4. Implementazione funzionale
  - a. Reparto pilota:
    - i. Raccolta dei requisiti del reparto
    - ii. Implementazione delle personalizzazioni/configurazioni (es. campi specialistici, calcolo parametri, scale, stampe, etc.)
    - iii. Interfacciamento elettromedicali/ acquisizione di segnali dati da sistemi elettromedicali
    - iv. Test e validazione
    - v. Formazione
    - vi. Affiancamento all'avviamento (training on the job)
    - vii. Sottoscrizione verbale di avvenuta messa in esercizio (collaudo finale pilota)
  - b. Rilascio livello funzionale sui reparti selezionati:
    - i. Raccolta dei requisiti del reparto
    - ii. Implementazione delle personalizzazioni/configurazioni (es. campi specialistici, calcolo parametri, scale, stampe, etc.)
    - iii. Interfacciamento elettromedicali/ acquisizione di segnali dati da sistemi elettromedicali (se applicabile)
    - iv. Test e validazione
    - v. Formazione
    - vi. Affiancamento all'avviamento (training on the job)
    - vii. Sottoscrizione verbale di avvenuta messa in esercizio su tutti i reparti (collaudo finale della funzionalità)
  - c. Per ogni gruppo di funzionalità si itera quanto previsto al precedente punto b.
  - d. Per i reparti di ogni Ospedale si itera quanto previsto ai precedenti punti b e c.
5. Evoluzione della CCE per l'integrazione Ospedale-Territorio



## Dati economici

La tabella seguente dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento. Tutti gli importi sono da ritenersi IVA Inclusa.

ID Attività	Attività	Importo Totale
5.1	Installazione pilota delle funzionalità di ricovero, ambulatoriale e farmacoterapia	425.000 €
5.2	Installazione su tutti i reparti delle funzionalità di ricovero, ambulatoriale e farmacoterapia	1.720.000 €
5.3	Installazione su quattro reparti di Terapia intensiva	134.000 €
5.4	Interventi MEV (manutenzione evolutiva post collaudo)	77.000 €
Totale		2.356.000 €

Infine, il costo della manutenzione ordinaria è pari a € 208.000 IVA inclusa all'anno.

## Referenti del progetto

Il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) del progetto è Daniele Turconi o suo delegato (mail: segreteria.sia@asst-lariana.it tel: 031/5854756).

## Fornitore del progetto

L'Ente farà ricorso alla società individuata a seguito delle procedure di gara regionale per la parte software e alla società individuata sempre con le procedure regionali per il servizio IAAS (Infrastructure as a service) per il posizionamento in Cloud della CCE.

## Rischi

Attività	Rischi	Note
Approvvigionamento	Rischi legati alla procedura e alle tempistiche di approvvigionamento	L'unica ditta aggiudicataria dovrà sostenere in un breve arco temporale l'analisi, la personalizzazione, l'installazione, la configurazione della soluzione, oltreché la formazione e l'affiancamento all'avviamento del personale sanitario per un elevato numero di Aziende sanitarie
	Rischio legato alle potenziali difficoltà dell'unico fornitore nel soddisfare le necessità entro i tempi previsti dal PNRR	



Attività	Rischi	Note
Formalizzazione della progettualità	Potenziale mancanza di commitment per il personale clinico nell'iniziativa generale	È necessario un mandato da parte della Direzione affinché l'area clinica garantisca presenza e disponibilità. Potrebbero essere posti degli obiettivi per i Direttori delle SC Cliniche.
Quantificazione del budget di progetto della CCE	Sottostima del budget e riarticolazione dello stesso per le diverse progettualità PNRR	Definizione della priorità dei progetti da parte della Direzione Strategica
Sviluppo delle integrazioni esistenti	Rischio legato ad una elevata complessità delle integrazioni che dovranno essere sviluppate rispetto agli applicativi esistenti	L'adozione di una soluzione CCE unica comporta la messa a disposizione di interfacce di comunicazione verso i moduli software esistenti e complementari che, se da un lato rispondono a principi di maggiore standardizzazione, dall'altro rischiano di essere meno adattabili alle interfacce esistenti, comportando un maggiore onere nella modifica e adeguamento di queste ultime.
Servizio di hosting in cloud	Rischio legato ai costi emergenti connessi all'adozione di un servizio di hosting in cloud della soluzione software	L'Ospedale Sant'Anna oggi dispone di un contratto di gestione dell'infrastruttura server nell'ambito della concessione legata alla costruzione del nuovo ospedale. L'attivazione di servizi in cloud potrebbe comportare un costo emergente in capo all'ASST Lariana (allo stato attuale non è noto se il costo sarà sostenuto direttamente da Regione Lombardia per tutti gli ES interessati o dai singoli enti) a cui non corrisponderebbe alcuna riduzione dei costi esistenti, stante la durata pluriennale dei contratti in essere (scadenza 2032 - 2033)



AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI		
				TARGET		
				2023	2024	2025
Completare la fase di ideazione e analisi	Analisi dei processi assistenziali e dell'organizzazione aziendali, valutazione della documentazione clinica e della tecnologia in essere con consenso degli applicativi aziendali per definire le esigenze di integrazione.	Team multidisciplinare di progetto ASST Lariana	1) Documento di analisi preliminare; 2) Progetto inerente tutte le attività propedeutiche all'introduzione della CCE. 3) implementazione interventi previsti in (2) 4) Collaudo interventi	Analisi preliminare dei requisiti (1)	Definizione dei requisiti relativi alle attività propedeutiche all'introduzione della CCE (2) implementazione (3)	implementazione (3) Collaudo interventi (4)
Progettazione	Analisi dei processi e della nuova organizzazione, predisposizione della documentazione necessaria ad effettuare le corrette configurazioni del software.	Team di progetto dell'ASST Lariana e fornitore	1) Documento di analisi dei processi e formalizzazione degli stessi. Specifiche di configurazione del software per i reparti interessati 2) Attività di realizzazione a carico del fornitore, sulla base delle specifiche derivanti dall'analisi dei processi 3) implementazione a carico del fornitore, con supervisione di ASST Lariana 4) formazione a carico del fornitore, co supervisione dell'ASST Lariana 5) Collaudo finale	Progettazione (1) Realizzazione (2)	Implementazione (3) Formazione (4) NB: (3) e (4) sulle sedi previste per l'anno	Implementazione (3) Formazione (4) Collaudo Finale (5) NB: (3) e (4) sulle sedi previste per l'anno

## 2.1.4 Le azioni per il risparmio energetico

Visti gli eccezionali incrementi dei costi delle utenze: energia elettrica e gestione energia gas, pari a circa il 100% del costo (anno 2022 vs anno 2021) si ritengono strategiche e prioritarie le misure volte a ridurre tale costo rendendo più efficienti impianti ed apparecchiature e fornendo formazione e sensibilizzazione verso il risparmio energetico. A tal proposito ASST Lariana con Determinazione a gennaio 2023 ha affidato un incarico per una consulenza esterna che affiancherà e supporterà l'energy manager aziendale nel percorso di analisi, monitoraggio ed ottimizzazione dell'uso dell'energia, con l'obiettivo di conseguire benefici a livello economico, energetico e ambientale.

Gli interventi previsti rientrano nel Programma "nEW – nuova Energia per il Welfare" (approvato dalla Giunta regionale con DGR XI/6709 del 18 luglio 2022) che si pone come il programma di azione della sanità lombarda nella prospettiva della transizione energetica e della de-carbonizzazione disegnata dai piani europei (Green Deal, Fit for 55 e RePowerEU) e regionali (PREAC – Programma Regionale Energia Ambiente e Clima) per il contrasto ai cambiamenti climatici e il passaggio ad un nuovo modello energetico, che veda efficienza, risparmio e fonti rinnovabili come le proprie determinanti. Il Programma ha per protagonista la cooperazione tra la Regione, le Aziende e gli Istituti del sistema welfare e si propone di mettere in atto azioni concrete che possano dare risultati nel breve periodo ma ancor più nel medio e lungo periodo, puntando a cambiare radicalmente la gestione dell'energia in ambito sanitario. Il programma presentato da Regione Lombardia prevede l'avvio di un lavoro di ricognizione degli interventi, la loro programmazione, il monitoraggio dei consumi e della spesa, la progettazione e attuazione di un programma di formazione permanente, l'individuazione di una nuova logica di organizzazione degli acquisti di beni e servizi, il coinvolgimento dei migliori attori della competenza tecnica in ambito energetico.





Le azioni previste si possono suddividere in:

✓ **Ricognizione edifici e impianti e successivo monitoraggio**

L'attività da effettuare negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture territoriali di ASST Lariana prevede:

- ✓ la costruzione e successivo aggiornamento di un file di anagrafica per singola struttura;
- ✓ l'analisi dei consumi energetici con dettaglio almeno mensile e dei costi;
- ✓ la raccolta degli schemi degli impianti termici ed elettrici e delle planimetrie di ciascuna struttura (attività una tantum);
- ✓ il sopralluogo in ciascun sito per censimento impianti e verifica stato di funzionamento degli stessi; (attività una tantum e non prevista per presidi esterni);
- ✓ l'individuazione ambiti di attenzione e miglioramento;
- ✓ la pianificazione delle attività da effettuare per adempiere agli obblighi normativi in ambito energetico con orizzonte 2023 – 2024. (es.: nomina dell'Energy Manager, redazione della diagnosi energetica di uno o più edifici anche in funzione della possibilità di clusterizzazione, obbligo di implementazione sistema di monitoraggio in continuo, redazione degli attestati di prestazione energetica APE, obbligo rendicontazione annuale ENEA dei risparmi conseguiti, installazione del controllore centrale d'impianto in presenza di impianti di autoproduzione elettrica ecc.)

✓ **Forniture energetiche – servizi energia o similari**

Per le strutture e i presidi esterni in cui la fornitura energetica avviene mediante acquisto diretto da parte di ASST Lariana dei vettori energetici (energia elettrica, gas metano, energia termica e/o frigorifera da teleriscaldamento/raffrescamento) l'attività prevede:

- ✓ l'analisi dei contratti di fornitura in essere, delle condizioni generali di fornitura, dei costi e l'individuazione di eventuali anomalie o ambiti di miglioramento;
- ✓ il supporto nella rinegoziazione delle forniture incluso eventuale passaggio a nuove convenzioni messe a disposizione dalle centrali di committenza (es: Consip).

Per le strutture e i presidi esterni nei quali sono attivi contratti di Servizio Energia/Gestione Calore, Energy Performance Contract EPC o similari l'attività prevede:

- ✓ l'assunzione del ruolo di tecnico di controparte incaricato di monitorare lo stato dei lavori e la corretta esecuzione delle prestazioni previste dal contratto di Servizio Energia così come previsto dall'allegato II del D.Lgs 115/08, punto 4, lettera p.
- ✓ il supporto nella rinegoziazione del servizio incluso eventuale passaggio a nuove convenzioni messe a disposizione dalle centrali di committenza (es: Consip).



### ✓ Impianti di autoproduzione di energia elettrica

Per gli impianti di produzione di energia elettrica di proprietà di ASST Lariana l'attività prevede:

- ✓ la verifica da effettuarsi una volta all'anno relativa alle performance degli impianti e l'individuazione delle opportunità di miglioramento;
- ✓ la verifica da effettuarsi una volta all'anno del corretto adempimento delle pratiche burocratiche;
- ✓ l'aggiornamento del personale di ASST Lariana in merito agli adeguamenti tecnici/normativi obbligatori.

Per la sperimentazione gestionale in ambito di neuro-psichiatria infantile e psichiatria nella messa a regime del modello gestionale si prevedono investimenti precipuamente incentrati verso l'efficientamento energetico con l'istallazione di impianti fotovoltaici e misure volte a migliorare gli edifici e gli impianti esistenti.

## 2.2 PERFORMANCE

In questa sezione viene descritta la programmazione e gli obiettivi di ASST Lariana secondo quanto previsto dall'art. 10 del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009.

ASST Lariana nell'applicazione di logiche e strumenti di performance management ha implementato un sistema di controllo manageriale basato sulla produzione ed utilizzo di dati e di informazioni che permettono una valutazione e gestione dell'ente che vuole arrivare alla misurazione della capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini-utenti e superi una stretta valutazione di criteri di sola efficienza.

### 2.2.1 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici sono stati definiti sulla base della mission e della vision aziendale:

- ✓ Migliorare e promuovere la reputazione aziendale investendo nella comunicazione, sia interna, sia esterna, sviluppando un proprio stile, inteso come un insieme di regole comportamentali che aumentino il senso di appartenenza tra i dipendenti e siano al contempo apprezzati dai pazienti. Presupposto fondamentale sarà la valorizzazione delle competenze e l'impulso alla tempestività, cioè la capacità di reagire in tempi adeguati alla domanda;
- ✓ Promuovere la competitività, puntando sull'introduzione di cure innovative, potenziando l'attività di ricerca e garantendo una copertura totale e veloce dei bisogni assistenziali;
- ✓ Promuovere lo sviluppo di sempre nuove competenze cliniche e assistenziali sia attraverso logiche di accreditamento professionale, sia con specifici piani di formazione per i profili più critici;
- ✓ Investire nella sanità digitale (sistema di telemetria, devices per il monitoraggio, telemedicina territoriale e inter-presidio, terapie digitali). Redigere un piano di rinnovo che, accanto alle tecnologie da sostituire, individui anche le tecnologie "distintive" per aumentare l'attrattività;
- ✓ Promuovere e aumentare la qualità dell'integrazione ospedale/territorio ed ampliare le reti clinico/assistenziali analizzando gli outcomes clinici ed organizzativi dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) implementati (introducendo misure correttive laddove necessario) e supportando le reti cliniche con logiche di lean management e ottimizzazione dei flussi;
- ✓ Sviluppare un'organizzazione centrata sul paziente, che promuova la co-produzione dei servizi e sviluppi la health literacy nella popolazione ed una collaborazione istituzionale solida con le associazioni dei pazienti quali veicolo e risorsa per migliorare l'organizzazione dei servizi e l'esperienza di fruizione degli stessi da parte degli assistiti;
- ✓ Realizzare il principio di centralità del paziente nel percorso di cura potenziando l'interazione tra operatore sanitario e paziente, puntando sull'empowerment del paziente, curando anche gli aspetti che ruotano intorno al mero atto clinico, fidelizzando i pazienti con logiche di customer relationship management;



- ✓ Sviluppare la medicina di iniziativa nella gestione del paziente cronico potenziando l'integrazione tra ospedale e territorio, l'offerta di cure intermedie e di cure primarie. Affiancare all'attenzione della gestione del paziente cronico quella del paziente affetto da patologia rara (tipologia di pazienti molto tutelata dalle Associazioni di Volontariato);
- ✓ Potenziare l'innovazione continua e la ricerca anche attraverso l'istituzione di un clinical trial center che supporti i ricercatori nella gestione delle sperimentazioni cliniche con strategie organizzative efficaci ed efficienti. Mantenersi costantemente disponibili ad adottare nuove soluzioni e a modificare i percorsi attuati;
- ✓ Ispirare nei dipendenti fedeltà alla propria Azienda. Rendere l'ASST un posto di lavoro ideale promuovendo adeguate politiche di welfare, celebrando internamente i successi dei dipendenti che ci lavorano anche per creare un sistema di competizione sana, puntando su un sistema meritocratico che premi le eccellenze e individui percorsi di carriera per i professionisti fidelizzandoli;
- ✓ Acquisire proattivamente risorse economiche, fisiche e disponibilità di tempo e lavoro per contribuire ai progetti aziendali.

### 2.2.2 Il ciclo della performance

Secondo quanto previsto, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico- finanziaria e di bilancio.

Presso ASST Lariana il sistema di budget riguarda obiettivi sia di tipo economico/finanziario, sia di tipo quali-quantitativo definiti di anno in anno dall'Alta Direzione in stretta correlazione sia con gli obiettivi strategici assegnati da Regione Lombardia, sia tenendo conto delle peculiarità aziendali, territoriali e specialistiche; in particolare per l'anno 2023 - e seguenti – gli obiettivi saranno condizionati dalla nuova configurazione organizzativa delineata dal POAS appena approvato e dall'implementazione della Riforma che punta ad una forte integrazione fra ospedale e territorio.

Gli obiettivi aziendali vengono assegnati alle varie articolazioni dell'Azienda attraverso il processo di budget che fissa per ogni centro di responsabilità - unità operativa obiettivi e risorse collegate.

La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle unità operative aziendali e del personale assegnato alle stesse concorre alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è altresì uno strumento in stretta connessione con il Piano triennale della prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) e con la relativa sezione del PIAO.

Di conseguenza, i processi e le attività di programmazione illustrati nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione di ASST Lariana e nella relativa sezione del PIAO, integrato con il programma per la trasparenza e l'integrità, consentono l'individuazione di obiettivi del ciclo della performance.



### 2.2.3 Gli obiettivi per l'anno 2023

Così come anticipato nel punto precedente, gli obiettivi sono derivati sia da obiettivi regionali che da necessità aziendali. Con DGR XII/512 del 26 giugno 2023 e successivi provvedimenti attuativi, Regione Lombardia ha delineato gli obiettivi strategici e operativi da assegnare ad ASST Lariana:

#### AREA STRATEGICA

Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 - Salute	Raggiungimento target e milestone	Raggiungimento dei target e delle milestone delle proposte progettuali 2023
Piano per le liste di attesa 2023	Abbattimento delle liste di attesa	Raggiungimento dei target specifici 2023 individuati dalle DGR e dalle ATS di riferimento
Azioni per il miglioramento dei Pronto Soccorso	Adeguamento alle indicazioni regionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minor ricorso alle cooperative di servizi</li> <li>• Miglioramento sistema di accoglienza</li> <li>• Diminuzione indici di affollamento PS</li> </ul>
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare	<p>Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.</p> <p>Di seguito i target di donazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di CAM/decessi per neurolesione in ospedale &gt; 15%</li> <li>• Tasso di CAM/decessi per neurolesione in Terapia Intensiva &gt; 40%</li> <li>• Multitessuto Rapporto tra n. donazioni multitessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") &gt;2%.</li> <li>• Cornee Rapporto tra n. donazioni di cornee con esito positivo/n. totale decessi &gt;10%.</li> </ul>
Area Prevenzione	Prevenzione patologie neoplastiche	Screening (HCV, mammella, colon retto, cervice uterina): % copertura degli screening (residenti che hanno fatto screening) rispetto alla popolazione dei propri distretti

**AREA OPERATIVA**

Obiettivi	Risultati attesi/Indicatori
Garanzia dei L.E.A.	Raggiungimento dei target per la garanzia dei L.E.A.
Indirizzi di Programmazione Anno 2023	Puntuale attuazione degli adempimenti previsti dalla DGR 7758 del 28/12/2022.
Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente





## 2.2.4 Sistema operativo di valutazione della performance individuale dell'ASST Lariana

Il Sistema operativo di valutazione della performance individuale dell'ASST Lariana è uno strumento gestionale delle risorse umane, ispirato al modello dello sviluppo delle competenze. L'ASST Lariana ha adottato un regolamento aziendale che disciplina un sistema di regole del "Sistema di Valutazione" del personale della dirigenza e del comparto nell'ambito, in coerenza con il sistema di misurazione e valutazione della performance vigente in azienda. Il sistema di valutazione prevede un'applicazione integrata degli strumenti gestionali delle risorse umane: - job description di ruolo – assegnazione dei privileges, schede di valutazione individuali basate sulla misurazione delle competenze - schede obiettivi di budget assegnati - sistema sviluppo formativo. Il regolamento si propone di gestire la semplificazione del processo valutativo, definendo un contesto unitario ed integrato nel quale trovano collocazione le informazioni necessarie per gestire le differenti tipologie di valutazione previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva: valutazioni annuali, anche ai fini premianti (retribuzione di risultato/produttività), valutazioni di fine incarico, valutazioni ai fini delle progressioni orizzontali, etc..

Pertanto, a partire dal 2018, anno di introduzione del nuovo sistema di valutazione aziendale, le schede individuali di valutazione vengono adottate per le valutazioni della performance individuale del collaboratore annuale e costituisce un elemento di giudizio per la valutazione degli esiti degli incarichi assegnati. Il regolamento ha, inoltre, la finalità di fornire le indicazioni metodologiche e operative necessarie per una gestione omogenea e uniforme del processo di valutazione individuale dei collaboratori assegnati. Nell'attuazione del principio di trasparenza, la pubblicazione del regolamento nell'area intranet, permette ai valutatori e ai valutati di avere tutte le informazioni utili per aumentare il livello partecipativo e informativo sul processo valutativo.

L'ASST Lariana ritiene importante esplicitare i principi e i valori cui ispira il sistema di valutazione aziendale:

- ✓ Applicare in modo concreto il principio della Trasparenza e quindi permettere la conoscenza e la consapevolezza chiara, fin dal momento della firma del contratto individuale, da parte di tutti gli interessati (valutati e valutatori), dei criteri e delle regole che disciplinano i sistemi di valutazione adottati;
- ✓ Identificare i parametri di valutazione (che cosa valutare), ai quali rapportare i risultati e/o i giudizi espressi, da definire in via preliminare ed in modo inequivocabile;
- ✓ Definire i valutatori nel rispetto della conoscenza diretta dell'attività del valutato e rendere chiaro il processo della catena delle responsabilità gerarchico – funzionale;
- ✓ Equità: evitare di valutare in modo difforme casi simili ed in modo simile casi differenti;
- ✓ Rafforzare il legame tra la valutazione individuale ed il risultato dell'U.O. in cui opera la risorsa umana;
- ✓ Formare i valutatori, in modo da realizzare condivisione e comprensione delle metodologie di valutazione adottate e garantire omogeneità nelle attitudini valutative.



L'ASST lariana con delibera n. 124 del 6 febbraio 2020 ha approvato un regolamento aziendale che recepisce le premesse definite precedentemente e fissa le regole di sistema in un'ottica di trasparenza e di massima partecipazione di tutti i dipendenti.

Nell'area intranet aziendale sono pubblicate le schede di valutazione individuali sia dell'area del comparto sia dell'area della dirigenza e un documento contenente i descrittori comportamentali delle competenze richieste.

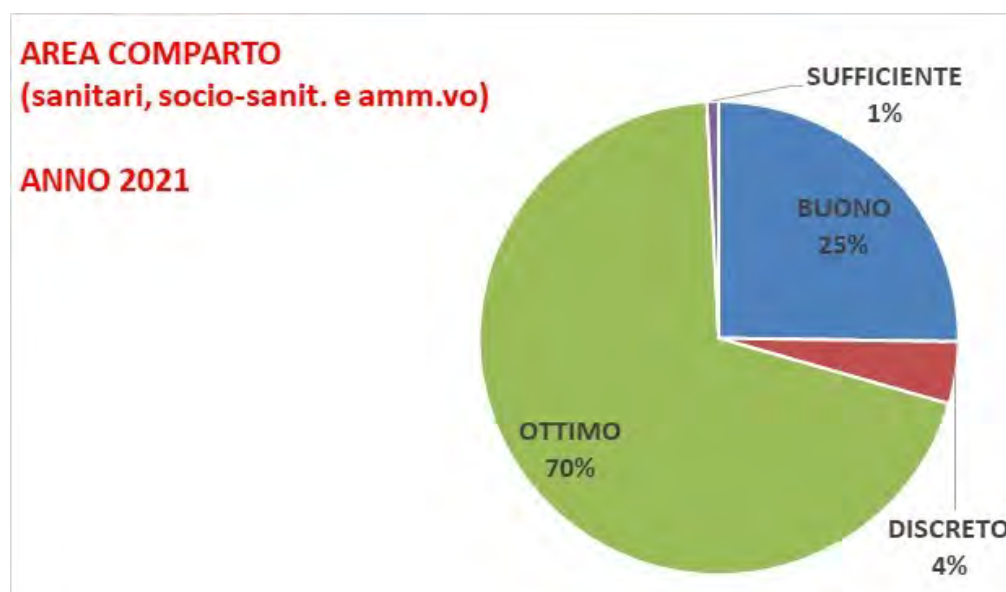
Ogni anno il responsabile della Formazione fornisce alla Direzione strategica un report con gli esiti della valutazione individuale che costituiscono un utile feedback per aggiornare le regole di sistema e fornire indicazioni per azioni formative per colmare i gap valutativi emersi dalla valutazioni.

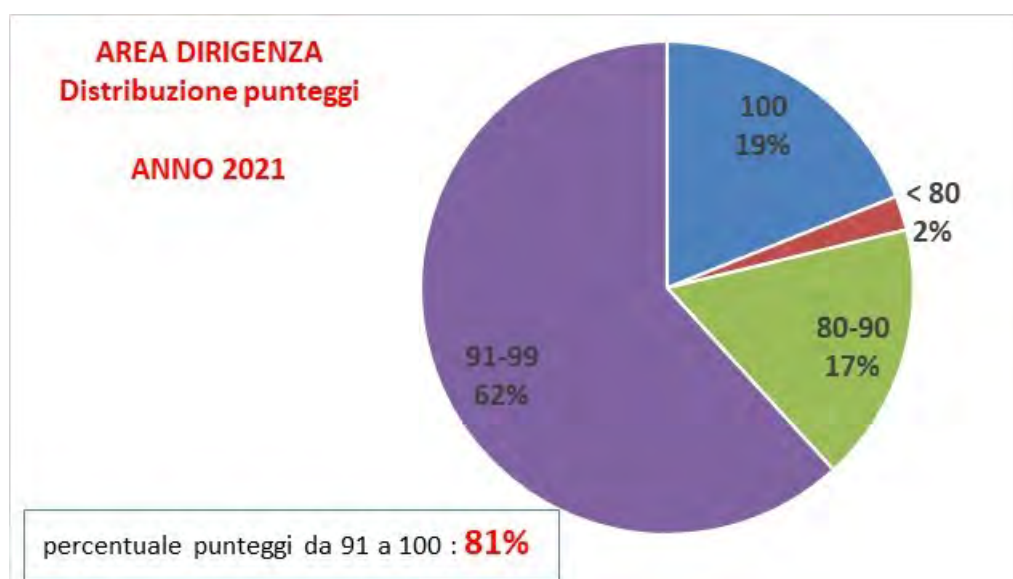
Per il 2023 si prevede un aggiornamento delle schede di valutazione in funzione delle modifiche contrattuali già individuate nel nuovo CCNL del comparto sanità.

A titolo esemplificativo si riporta nella tabella seguente i dati dell'applicazione del sistema di valutazione per l'anno 2021:

	N. VALUTATI
AREA DIRIGENZA	670
AREA COMPARTO	3162
TOT DIPENDENTI VALUTATI	3832

VALUTATORI AZIENDALI	145
VALUTAZIONI CONTESTATE	16





SOLO N. 15 VALUTAZIONI SONO SOTTO IL PUNTEGGIO DI 80 (2%)

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI

L'ASST Lariana riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza ed ha provveduto ad identificare i propri rischi corruttivi e a declinare la programmazione strategica per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e, in senso lato, di situazioni di malfunzionamento dell'attività dell'amministrazione, attraverso il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, adottato con decreto n. 93 del 27/01/2022. Il PTPCT è pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente\Altri contenuti\Prevenzione della Corruzione e nella sezione Disposizioni Generali. Il Piano è stato assorbito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024 specificatamente nella sezione rischi corruttivi e monitoraggio dei rischi corruttivi che verrà aggiornata annualmente.

Si rappresenta che in caso di un eventuale periodo di assenza temporanea del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza lo stesso sarà sostituito dal Dott. Davide Mozzanica referente internal auditing aziendale nonché coordinatore del presente piano.

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, come noto, ha determinato una situazione di crisi a livello nazionale che ha impattato in misura significativa su tutti gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Una tale situazione ha comportato la modifica della programmazione di tutte le attività e dell'assetto organizzativo anche in ASST Lariana.

Gli ambiti di prioritario intervento, realizzati in coerenza con specifiche indicazioni regionali, hanno riguardato il potenziamento e la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale a cui si è aggiunto, a partire dalla fine dell'anno 2020, l'impegno per l'attuazione dei piani vaccinali nazionale e regionale anti Sars-COV2, ed in particolare nell'anno 2022 il recupero delle liste di attesa.



Specifiche ed ulteriori esigenze sono derivate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), in particolare “rafforzare la capacità amministrativa” dell’ente al fine di cogliere e sapere concretizzare velocemente le opportunità che il programma Next Generation EU (NGEU) offre al Paese e gli investimenti che ne conseguiranno, oltre che rendere più efficiente – con riduzione di tempi e costi – l’azione della Pubblica Amministrazione e fornire strutturalmente beni e servizi pubblici adeguati alle esigenze di cittadini e imprese.

La struttura aziendale competente ha indicato di aver provveduto ad inserire nel sistema ReGIS i dati relativi all’avanzamento fisico, procedurale e finanziario relativo ai 44 progetti in carico all’ASST Lariana. Il sistema ReGIS è uno strumento che assicura maggiore trasparenza in termini di risorse utilizzate e risultati raggiunti.

Nell’anno 2022 è proseguita l’applicazione della L.R. 22/2021 e s.m.i ed è stato approvato il Piano di Organizzazione aziendale strategico 2022-2024.

### 2.3.1 Rischi corruttivi e obiettivi strategici del Sistema aziendale di Prevenzione della corruzione e Trasparenza

Le riforme introdotte con il PNRR e con la disciplina sul Piano integrato di organizzazione e Attività (PIAO) hanno importanti ricadute in termini di predisposizione degli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La nozione di valore pubblico implica che la prevenzione della corruzione non vada, in assoluto, limitata solo ai processi interessati dagli obiettivi del PNRR né esclusivamente a quelli legati alla programmazione della performance.

Tra i contenuti necessari del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co. 8, come novellato dall’art. 41 del d.lgs. 97/2016).

Il Direttore Generale ha declinato gli obiettivi strategici della ASST Lariana, da esplicitare nel PIAO 2023-2025, funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico:

- Integrazione nell’effettuazione dei controlli tra RPCT ed Internal Auditing dell’ASST Lariana;
- Monitoraggio stato attuazione/efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza già esistenti e/o future ed eventuali criticità con relative azioni intraprese (rif. schede analisi del rischio e di programmazione monitoraggio misure);
- Monitoraggio eventuali criticità nell’assolvimento obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e relative azioni intraprese.



TITOLO	DESCRIZIONE	INDICATORE	CDR
Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Verifica fideiussioni (rif. Deliberazione ORAC N. 17 del 21 novembre 2022)	Monitoraggio annuale con effettuazione di audit al fine di analizzare le verifiche effettuate da parte dei CDR coinvolti riguardo la legittimazione del soggetto che rilascia la fideiussione, il rischio di contraffazione e l'idoneità della garanzia e della solvibilità del garante.	Direttore SC Affari Generali e Legali; Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale; Direttore SC Acquisti (Provveditorato-Economato);
Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Verifica programmazione e comunicazione deroghe	Monitoraggio annuale con effettuazione di audit al fine di verificare l'avvenuta comunicazione della programmazione e delle deroghe come previsto dalla DGR N° XI/6387 del 16/05/2022 e DGR N° XI / 7758 del 28/12/2022. Verifica comunicazione fabbisogno da parte della SC Farmacia	Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale; Direttore SC Acquisti (Provveditorato-Economato); Direttore SC Farmacia
Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Verifica liste di attesa	Monitoraggio annuale con effettuazione di audit al fine di verificare la corretta gestione delle disdette effettuate nei termini previsti e l'applicazione della sanzione per mancata o tardiva disdetta delle prenotazioni di visite od esami specialistici ambulatoriali.	Direttore SC Area accoglienza - CUP- Attività di monitoraggio della libera professione



Effettuazione audit congiunti RPCT e Refe- rente Internal Auditing	Verifica accesso all'assi- stenza sanitaria - codice STP	Monitoraggio annuale con effettuazione di au- dit al fine di verificare la procedura applicata per l'accesso all'assistenza sanitaria da parte degli stranieri non comuni- tari e non in regola con le norme relative all'in- gresso e al soggiorno (clandestini/irregolari)	Direttori SS.CC. Distrettuali; Direttore SC Area accoglienza - CUP- Attività di monitorag- gio della libera professione
--	--	--	--

### 2.3.2 Analisi del contesto esterno e interno

La valutazione del rischio corruttivo, in ossequio alla normativa in materia di anticorruzione, nonché alle linee programmatiche statuite dai PNA emanati dall'ANAC, costituisce un presupposto necessario per comprendere le dinamiche socio-territoriali che possano influire sulla *mala gestio* della cosa pubblica.

La parametrizzazione del grado di rischio non può prescindere, pertanto, da un'analisi del contesto esterno in cui l'Ente opera; le variabili del contesto sociale, economico e culturale, la verifica dei dati relativi all'attività criminale, sono parametri imprescindibili per definire la cornice di rischio in cui l'Azienda è chiamata a garantire la propria funzione pubblica.

Il contesto provinciale in cui si inserisce l'attività di ASST è quindi caratterizzato da un'economia dinamica, in passato caratterizzata dall'industria tessile, che in questi ultimi anni ha dovuto subire un significativo ridimensionamento a seguito dei processi di globalizzazione, nonché della crisi economica successiva al 2008.

Polis Lombardia ha pubblicato, nel dicembre 2018, un rapporto dal titolo "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia", dedicando uno specifico paragrafo alla sanità, reperibile sul sito [www.polislombardia.it](http://www.polislombardia.it). Nel marzo del 2019 è stato presentato il secondo monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia e nell'aprile 2020 è stato presentato il "Monitoraggio dell'Antimafia in Lombardia". Nel 2022 è stato presentato il report Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia.

Il rilevante contesto industriale e turistico ha da sempre costituito un potenziale rischio, che si è in taluni casi concretizzato con l'infiltrazione della criminalità organizzata, che, specie in questi anni di crisi economica, ha approfittato della debolezza di taluni imprenditori, per inserirsi nel tessuto economico provinciale, attraverso attività di usura e, in taluni casi, giungendo a sostituirsi nella direzione di intere realtà produttive. Le famiglie saranno interessate sempre più dal fenomeno del sovra-indebitamento di sussistenza, e le aziende sottoposte a sofferenze sempre maggiori in conseguenza della pandemia.





Negli anni è cresciuto l'interesse delle mafie, in particolare per il settore del turismo regionale. I fattori che hanno contribuito ad accrescerne l'attrattività sono lo sviluppo turistico di alcune aree geografiche nella stagione estiva, la crescente offerta turistica e la crescente presenza di "seconde case" di cittadini stranieri.

Sul punto va osservato che l'emergenza sanitaria determinata dall'epidemia SARS COVID-19 dal mese di febbraio 2020 ha inciso profondamente sulla definizione del contesto esterno e conseguentemente sull'attività della ASST.

Ai rischi e ai timori per la salute si è aggiunto anche il disagio materiale (sul fronte del lavoro, del reddito, dell'organizzazione familiare) e quello emotivo (legato alle difficoltà nelle relazioni sociali e all'incertezza nei confronti del futuro). La demografia è uno degli ambiti più colpiti dalla pandemia, non solo per l'effetto diretto sull'aumento della mortalità, ma anche per le conseguenze indirette sui progetti di vita delle persone.

L'attuazione del PNRR rappresenta un'enorme opportunità per la generazione di valore pubblico. Allo stesso tempo, il rischio di frodi è altissimo.

Per ridurre questi rischi ogni Amministrazione dovrà dotarsi di un adeguato sistema di gestione e controllo, con l'inclusione di misure finalizzate alla prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi.

I dati rilevanti per l'analisi del contesto esterno sono stati reperiti attraverso:

- ✓ [Relazione Dia I e II semestre 2021](#) nella quale è indicato che la provincia di Como continua ad essere caratterizzate dalla marcata presenza di diverse forme di criminalità organizzata nazionale e straniera.
- ✓ Report Camera di Commercio pubblicati con cadenza periodica e suddivisi nelle seguenti macro categorie: "[Rapporti annuali- Giornata dell'economia lariana](#)", "[Congiunture trimestrali](#)", "[Altri studi e ricerche](#)";
- ✓ [Rapporto annuale Istat – Il rapporto annuale 2022 esamina la situazione del Paese](#): Di rilevanza strategica per sostenere lo sviluppo è anche la modernizzazione delle amministrazioni pubbliche, che dispongono di un organico ridotto e invecchiato: oggi l'età media dei dipendenti è di quasi 50 anni rispetto ai 42 circa nel settore privato. Oltre che nella semplificazione delle procedure amministrative, la sfida è rivolta allo sviluppo del capitale umano e al pieno sfruttamento delle tecnologie digitali per l'offerta di servizi.



- ✓ Relazione annuale sull'attività svolta dall'ANAC nel 2021 presentata dal Presidente dell'Autorità Avv. Giuseppe Busia: tra i temi affrontati la lotta alla corruzione attraverso le tecnologie informatiche, i controlli digitali preventivi e l'incrocio dei dati; la necessità di maggiore semplificazione e trasparenza nella Pubblica amministrazione; la richiesta di efficienza negli acquisti pubblici in Italia riducendo e qualificando le stazioni appaltanti; PNRR; Whistleblower; Pantouflage; Conflitto di interessi.
- ✓ [Relazione del Presidente della sezione Giurisdizionale per la Lombardia Antonio Marco Canu inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 della Corte dei Conti;](#)
- ✓ [Relazioni ORAC primo semestre 2022](#) nella quale in particolare si raccomanda agli enti del sistema sanitario, la pianificazione e lo svolgimento di audit interni riguardanti il preciso tema della gestione dei contratti del servizio di smaltimento dei rifiuti sanitari, da svolgersi nel secondo semestre del 2022, riportandone gli esiti all'Organismo Regionale per le Attività di Controllo.
- ✓ [Indice di percezione della corruzione Transparency International Italia:](#) L'Italia guadagna 3 punti importanti rispetto allo scorso anno, che le consentono di compiere un balzo in avanti di 10 posizioni nella classifica dei 180 Paesi oggetto dell'analisi. Il CPI2021 posiziona l'Italia al 42esimo posto, con un punteggio di 56. Sul fronte anticorruzione e trasparenza rimangono tuttavia ancora alcuni temi in sospeso. "Tra le questioni più rilevanti" la trasposizione della Direttiva europea 2019/1937 sul tema del whistleblowing che consentirebbe di completare la disciplina contenuta nella legge 179/2017. Siamo inoltre in attesa della pubblicazione del registro dei titolari effettivi.

L'analisi del contesto interno affronta gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità dell'ASST Lariana al rischio corruzione.

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

È consultabile sul sito internet aziendale alla voce ["L'azienda"](#).

Con deliberazione ASST Lariana nr. 612 del 09 giugno 2022 è stato adottato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana per il triennio 2022-2024, provvedimento che ai sensi dell'art. 17 commi 4, 5 e 6 - della L.R. 30 dicembre 2009 n. 33 è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale.

Con deliberazione n.863 del 01.09.2022 si è preso atto della D.G.R. n. XI/6799 del 02/08/2022 avente ad oggetto "Approvazione del piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i, come modificata con legge regionale n. 22 del 14.12.2021".

L'analisi del contesto interno non può infine prescindere dall'esame dei dati relativi ai procedimenti disciplinari, comunicati annualmente dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari al RPCT. La valutazione delle principali tipologie di violazioni e delle aree nelle quali si sono realizzate permette di riflettere sulla necessità di adottare presidi più consistenti e, in generale, azioni migliorative del processo di gestione del rischio corruttivo. Si rimanda alla [relazione in merito al monitoraggio del codice di comportamento dell'Asst Lariana](#) ed alla [relazione rpct anno 2022](#).

### 2.3.3 Mappatura dei processi

Richiamate e confermate le aree a rischio individuate dalla legge 190/2012, nonché le aree a rischio individuate nell'allegato 2) del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016, si riportano le aree a maggior rischio corruttivo:

#### Aree Generali

- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario;
- ✓ Contratti pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- ✓ Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale);
- ✓ Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ✓ Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- ✓ Incarichi e nomine;
- ✓ Affari legali e contenzioso.

#### Aree specifiche per le aziende e gli enti del SSN

- ✓ Attività libero professionali
- ✓ Liste di attesa

Nel corso dell'anno 2022 è stata avviata la revisione dell'analisi del rischio di tipo qualitativo in continuità con quanto avviato nell'anno precedente indicando ai Direttori/Responsabili delle strutture coinvolte di tener conto delle misure già avviate durante l'anno, degli aspetti legati al COVID-19, dell'attuazione della Riforma Sanitaria di cui alla L.R. 22/2021 e s.m.i e del nuovo POAS.

Per la mappatura dei processi ed analisi del rischio sono state coinvolte le aree di seguito riportate:

- ✓ Risorse Umane;
- ✓ Approvvigionamenti, Logistica, Concessione;
- ✓ Economico – finanziaria e Bilancio;
- ✓ Affari Generali e Legali;
- ✓ Gestione Tecnico Patrimoniale;
- ✓ Farmacia Ospedaliera;
- ✓



- ✓ Qualità e Risk Management;
- ✓ Servizio Prevenzione e Protezione;
- ✓ Sistemi Informativi Aziendali.
- ✓ Controllo di Gestione;
- ✓ Direzione Aziendale Professioni Socio Sanitarie (DAPSS);
- ✓ Direzione Medica di Presidio;
- ✓ Distretti;
- ✓ Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale;
- ✓ Area Accoglienza - CUP- Attività di Monitoraggio della Libera Professione;
- ✓ Formazione e Sistema di Valutazione;
- ✓ Area specialistica ambulatoriale.
- ✓ URP;
- ✓ UPD;

Si rimanda per i dettagli all'allegato relativo alle schede analisi del rischio e alle schede pianificazione misure di prevenzione della corruzione.

E' proseguita peraltro un'analisi sulle misure di prevenzione della corruzione sulle situazioni di rischio identificate in ambito COVID 19 con il coinvolgimento delle seguenti aree:

- ✓ Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale;
- ✓ Gestione Attività Amministrativa di Supporto al Polo Ospedaliero, Flussi Informativi e Libera Professione;
- ✓ Farmacia Ospedaliera;
- ✓ Approvvigionamenti;
- ✓ Economico Finanziaria e Bilancio;
- ✓ Servizi Tecnici e Patrimoniali;
- ✓ Risorse Umane;
- ✓ Sistemi Informativi Aziendali.

Le strutture coinvolte hanno rendicontato come da documentazione conservata agli atti dal RPCT.



Si riporta di seguito un estratto dell'esito dell'analisi:

### **Farmacia Ospedaliera**

#### **GESTIONE RICEVIMENTO E STOCCAGGIO NUOVI D.P.I. (Dispositivi per la protezione individuale) E D.M. (Dispositivi medici):**

##### **MISURE ESISTENTI PER L'ELIMINAZIONE E/O RIDUZIONE DEL RISCHIO:**

- ✓ Sistematicamente viene verificata la giacenza dei DPI E DM da utilizzarsi per l'emergenza COVID. Tutti i DPI e DM per Covid ricevuti sono verificati, codificati e registrati informaticamente.  
Il farmacista subentra in alcune fasi a seconda della necessità e tipologia di articolo. Il farmacista sovrintende nelle fasi di ricevimento e stoccaggio;

#### **GESTIONE DISTRIBUZIONE FARMACI, DM E DPI ALLE UUOO CLINICHE/SERVIZI/AREE AMMINISTRATIVE**

- ✓ Tutte le UUOO/Aree amministrative ricevono informazioni scritte sulle modalità di approvvigionamento dei farmaci, DPI E DM per Covid sia in fase pandemica sia in fase inter-pandemica. Tutti i movimenti in entrata e uscita, per quanto di competenza della Farmacia sono tracciati informaticamente. Il farmacista sovrintende alla distribuzione.

### **Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale**

#### **ACQUISIZIONE DONAZIONI LIBERALI A SOSTEGNO DEL CONTRASTO ALL'EMERGENZA DA COVID-19:**

##### **MISURE ESISTENTI PER L'ELIMINAZIONE E/O RIDUZIONE DEL RISCHIO:**

- ✓ Rendicontazione fiscale, contabile e relativa pubblicazione sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente > Interventi straordinari e di emergenza di tutte le donazioni ricevute sia in denaro sia in beni;
- ✓ Adozione regolamento aziendale di cui alla Deliberazione n. 1326 del 22/12/2022, pubblicato in Amministrazione Trasparente, e revisione procedura PAC.

### **Sistemi Informativi Aziendali**

#### **ABILITAZIONE UTENTI**

- ✓ Nel caso di utilizzo di computer aziendali, i dispositivi devono essere dotati di tutte le misure di sicurezza previste dai protocolli aziendali;
- ✓ Divieto di utilizzo di computer personali, fatti salvi casi particolari specificatamente autorizzati dalla Direzione Aziendale;



- ✓ Nel caso di utilizzo di computer personali, i dispositivi vengono controllati da tecnici dell'UOC SIA, vengono installati eventuali sistemi antivirus se non presenti, viene configurata una connessione VPN con modalità che limita la possibilità di attacchi nel caso in cui il computer del dipendente sia "compromesso" (collegamento in desktop remoto tramite apposito dispositivo di frontiera).
- ✓ Vi è una verifica periodica del contesto anche per eventuale modifica delle configurazioni dei computer interessati per la quale può risultare critica la convocazione in sede dei dipendenti in smart working.
- ✓ Formazione del personale circa i rischi inerenti la sicurezza informatica connessi allo smart-working per la quale può risultare critica la convocazione in sede dei dipendenti in smart working.

L'ambito Covid-19 è stato oggetto anche di verifica da parte del collegio sindacale nell'attività di controllo effettuata, in aderenza alle indicazioni della Corte dei Conti delibera 18/sezaut/2020inpr del 07 ottobre 2020, come da verbali agli atti della UOC Gestione Economico Finanziaria e Bilancio.

### 2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

L'ASST Lariana a partire dall'anno 2021, in ragione della complessità dell'organizzazione e della destabilizzazione derivata dall'emergenza Covid-19, ha avviato un'applicazione graduale della metodologia proposta dal PNA 2019 con un approccio di tipo qualitativo, richiedendo alle strutture coinvolte nell'analisi del rischio di effettuare un vero e proprio Risk Assessment al fine di identificare le aree a maggior rischio e fotografare l'eventuale esposizione dell'azienda al fenomeno corruttivo.

Per facilitare l'attività di Risk Assessment è stata elaborata dal RPCT, nel corso del 2021, una scheda analisi del rischio ed una scheda pianificazione monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, distribuite ai direttori/responsabili delle strutture.

Nell'anno 2022 l'analisi è proseguita in continuità con l'analisi svolta nell'anno precedente mediante richiesta di revisione delle schede di analisi del rischio e di programmazione monitoraggio misure.

In vista dell'adozione del PIAO è stato richiesto alle strutture aziendali di verificare se le schede necessitavano di modifiche/integrazioni.

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha evidenziato che la prevenzione della corruzione si interseca con l'antiriciclaggio e ha richiesto alle strutture aziendali facenti parte della rete dei referenti, come da regolamento aziendale vigente, di rivedere le schede di analisi del rischio nell'ottica di mappare ed analizzare i processi con riferimento sia ai rischi corruttivi che di riciclaggio.

Con riferimento ad un'applicazione graduale è importante evidenziare che nel corso del 2023 proseguirà l'attuazione della L.R. 22/2021 e s.m.i e verrà data attuazione al Piano di Organizzazione aziendale strategico 2022-2024.



La valutazione del rischio, come previsto dal PNA 2019, avviene in diverse fasi:

- ✓ **Identificazione:** individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi dell'ASST Lariana, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.
- ✓ **Analisi:** l'identificazione dei cosiddetti "fattori abilitanti" ovvero quei fattori di contesto che favoriscono / possono favorire (in caso di rischio potenziale) il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione.

Esempi di fattori abilitanti:

- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- 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 (intesa come scarso senso di responsabilità degli operatori);
- 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.
- ✓ **Stima del livello di esposizione del rischio:** una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in Alto – Medio – Basso, in base a motivate valutazioni sulla base di specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori (Key Risk Indicators):
  - Livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
  - Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
  - Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quell'attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
  - Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
  - Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
  - Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Dati oggettivi, a supporto della valutazione:

- Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione;
- Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità;
- I reclami e le risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla mala-gestione di taluni processi organizzativi;
- Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.).

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata da un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso l'ASST Lariana ed i dati riportati a supporto dell'analisi.

L'approccio utilizzato per stimare l'esposizione dell'azienda ai rischi è di tipo qualitativo, per cui l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono la loro rappresentazione finale in termini numerici.

- ✓ **Ponderazione:** individuazione delle azioni da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio (residuo) delle fasi prese in esame ed identificare le priorità di trattamento.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sulla necessità/opportunità di introdurre ulteriori misure volte ad abbattere il rischio residuo (ossia su quella "quota" di rischio che rimane una volta attuate le misure generali e specifiche) per raggiungere un livello quanto più prossimo allo zero.

Nella definizione del giudizio complessivo nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;

È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori.

È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello complessivo di esposizione al rischio dell'unità oggetto di analisi.

In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto. Le valutazioni devono essere sempre supportate da dati oggettivi: per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc., salvo documentata indisponibilità degli stessi.

L'analisi qualitativa svolta nell'anno 2022 ha evidenziato complessivamente un livello di rischio Basso.

Alcune strutture/aree hanno evidenziato un livello di rischio Medio come di seguito riportato:

- ✓ Dapps: area di rischio gestione risorse umane, gestione gara d'appalto (DEC);
- ✓ Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo: area di rischio attività di conservazione e rilascio di copia conforme della documentazione sanitaria;
- ✓ Direzione stabilimento di Cantu'/Mariano Comense/Menaggio: formulazione pareri tecnici, formulazione orale di pareri tecnici in corso d'opera, archiviazione cartelle cliniche e documentazione sanitaria, comunicazione ad ente competente decesso pazienti, registrazione della documentazione relativa allo smaltimento rifiuti, DEC del contratto con azienda esterna;
- ✓ Qualità e Risk management: prevenzione e/o contenimento dei rischi di carattere amministrativo, sanitario e sociosanitario in ambito ospedaliero e territoriale;
- ✓ Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale: recupero crediti;
- ✓ Gestione Tecnico Patrimoniale: area di rischio predisposizione dei documenti di gara, esame ed eventuale approvazione di varianti in corso d'opera, attività di collaudo, applicazioni di eventuali sanzioni in caso di inadempienze contrattuali, manutenzione ordinaria e straordinaria immobili;
- ✓ Ingegneria clinica inserimento nei capitolati di gara dell'attività di manutenzione a carico del fornitore dell'apparecchiatura elettromedicale con specificazione di modalità/tempistiche, costi;
- ✓ Sistemi informativi aziendali: area di rischio gestione credenziali, acquisto beni ICT, custodia e utilizzo dei beni ICT.
- ✓ Gestione dei rifiuti sanitari: applicazione procedura aziendale sulla gestione dei rifiuti sanitari, presidio isole ecologiche ed eventuali errori nei pagamenti.
- ✓ Concessione: Conduzione e Manutenzione Edifici, Manutenzione Apparecchiature, Pulizia, Mensa, Lavanolo, Facchinaggio e Traslochi, Gestione Spazi Commerciali, Ausiliariato, Trasporti sanitari.

Per la gestione dei rifiuti sanitari è stato evidenziato un rischio alto riguardo la governance aziendale nel processo dei rifiuti sanitari ed eventuali errori di pesatura.

Per la concessione è stato evidenziato un rischio alto riguardo il processo riferito alla conduzione e Manutenzione Impianti e Gestione Energia;



Si rimanda all'allegato relativo alle schede analisi del rischio e alle schede pianificazione misure di prevenzione della corruzione.

Anticorruzione e Trasparenza						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Attuazione misure di prevenzione della corruzione	1. Verificare stato attuazione/efficacia delle misure di prevenzione della corruzione (rif. schede analisi del rischio e di programmazione monitoraggio misure) 2. Richiesta revisione schede analisi del rischio e schede di pianificazione monitoraggio misure di prevenzione della corruzione	- Strutture ASST Lariana - RPCT	1. Verifica eventuali criticità indicate dai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali nelle rendicontazioni semestrali trasmesse al RPCT; 2. Schede aggiornate	1. Monitoraggio semestrale  2. Monitoraggio annuale	1. Monitoraggio semestrale  2. Monitoraggio annuale	1. Monitoraggio semestrale  2. Monitoraggio annuale
Aggiornamento Amministrazione Trasparente del sito istituzionale	Rispetto obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013	Strutture ASST Lariana Che detengono i dati oggetto di pubblicazione	Ottenimento dell'attestazione annuale dell'OIV	100%	100%	100%

### 2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

L'attività di trattamento del rischio è articolata negli step di individuazione delle misure, nella loro programmazione e definizione delle priorità di trattamento.

Si rimanda all'allegato relativo alle schede analisi del rischio e alle schede pianificazione misure di prevenzione della corruzione.

Nell'anno 2023 proseguiranno audit in collaborazione con la funzione Internal Auditing così come riportato nella tabella obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

A partire dal 2024 verranno effettuati audit in collaborazione con la funzione Internal Auditing sul processo PAGO PA e pagamento codici bianchi.



A partire dal 2025 verranno effettuati audit in collaborazione con la funzione Internal Auditing sul processo libera professione.

Audit in collaborazione con la funzione internal auditing						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Effettuazione audit	Integrazione controlli interni	RPCT e Referente internal auditing	n. audit realizzati/n. audit programmati	100%	100%	100%

Vengono di seguito esposte le misure generali che intervengono trasversalmente su più strutture o in taluni casi sull'intera organizzazione.

### La rotazione del personale

Il PNA 2016 ha chiarito la necessità, ma anche i limiti della rotazione del personale, soprattutto in un ambito particolare quale quello sanitario.

Con una raccomandazione del Presidente ANAC del 21 ottobre 2021, viene ribadito che il principio della rotazione “deve essere un obiettivo effettivo, documentabile e verificabile” delle aziende sanitarie, nonostante le possibili difficoltà avanzate in considerazione della complessa struttura organizzativa e della presenza in organico di profili professionali specifici. La rotazione deve in particolare interessare anche il personale non dirigenziale dell'area amministrativa, specie se preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione”.

L'ASST Lariana, evidenzia che, data l'esiguità dei profili professionali che hanno sviluppato delle specificità, sarebbe risultata svantaggiosa la possibilità di trovare adeguata sostituzione per rotazione in ambito aziendale senza che ciò comportasse un danno all'organizzazione aziendale, con evidenti ricadute sull'utenza, tenendo comunque presente di prestare particolare attenzione all'ipotesi di rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Data l'esiguità del personale e la specificità dei ruoli ricoperti, seppur non perseguibile integralmente il principio di rotazione del personale, si rappresenta che è avvenuto il cambiamento di alcune posizioni apicali di alcuni direttori/responsabili di struttura e di personale dirigenziale/comparto. Peraltro, a tal proposito si evidenziano anche gli effetti derivati dalla riforma sanitaria ex L.R. 23/2015 e s.m.i e quelli che discenderanno dall'attuazione della riforma del sistema socio-sanitario lombardo ex L.R. 22/2021 e s.m.i..



Il presente Piano rinvia la valutazione dei criteri e della disciplina della rotazione ordinaria a specifico atto organizzativo, regolamento di organizzazione sul personale o altro provvedimento di carattere generale, che dovrà essere oggetto di confronto aziendale e che, fermo restando le valutazioni al riguardo da parte della Direzione Strategica, dovrà tener conto di quanto riportato nel presente piano, anche al fine di determinare un limite massimo di durata dell'incarico per i processi più a rischio.

Misure alternative alla rotazione ordinaria						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Implementazione/attuazione di misure alternative alla rotazione ordinaria	<ul style="list-style-type: none"><li>- Segregazione delle funzioni;</li><li>- Maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;</li><li>- Condivisione delle fasi procedurali.</li></ul>	Strutture aziendali	Relazione trasmessa al RPCT da parte dei Direttori/Responsabili delle strutture aziendali	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale

### Conflitti di interessi

L'art. 1 c. 41 della L. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis "conflitto di interessi" nella L. 241/1990 sul procedimento amministrativo. Sulla base di tale disposto il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse segnalando al proprio responsabile gerarchico ogni situazione di conflitto anche potenziale.

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

In caso di conflitti di interessi, anche potenziali, del RPCT il soggetto che deve verificare l'eventuale conflitto è il superiore gerarchico, e per il caso concreto in ipotesi, qualora RPCT sia tenuto ad astenersi sarà sostituito dal Dott. Davide Mozzanica referente internal auditing aziendale.





Rispetto alla misura riferita alla gestione del conflitto di interessi saranno implementate azioni di miglioramento riguardo le verifiche delle dichiarazioni acquisite dalle strutture aziendali, anche con specifico riferimento al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici ambito per il quale si richiama quanto previsto dal PNA 2022-2024.

Dichiarazioni assenze conflitto di interessi						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Richiesta di dichiarazione assenza di conflitto di interessi	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi in tutti gli ambiti per i quali è richiesta	<ul style="list-style-type: none"><li>-SC Farmacia;</li><li>- SS Formazione e Valutazione del Personale;</li><li>- SC Affari Generali e Legali;</li><li>- SC Area Accoglienza - CUP-Attività di Monitoraggio della Libera Professione;</li><li>-SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) --</li><li>SC Gestione Tecnico Patrimoniale;</li><li>-SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</li><li>-SS Specialistica ambulatoriale e Sanità Penitenziaria</li></ul>	Verifica a campione RPCT dell'acquisizione, gestione e verifica delle dichiarazioni da parte dei soggetti coinvolti	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale



## Inconferibilità ed incompatibilità

Relativamente alle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali a componenti di Organi di indirizzo politico, è doveroso citare la deliberazione ANAC n. 149/2014, dove si indica che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Ospedaliere devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi dirigenziali di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39. L'ASST Lariana ha provveduto a far certificare la condizione di insussistenza di cause di incompatibilità (D.Lgs. n. 39/2013) ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 (per incarichi apicali della Direzione Strategica).

Nel corso del 2021 è stata avviata anche una disamina sulle indicazioni contenute nelle delibere n. 1146 del 25/09/2019 e n. 1201 del 18/12/2019 relative all'applicabilità del D.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali – non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario.

A partire dall'anno 2022 il RPCT ha ritenuto opportuno dare indicazione alla UOC Gestione Risorse Umane di procedere con l'acquisizione di tali dichiarazioni da parte del personale appartenente al personale dirigenziale del ruolo PTA. Le dichiarazioni in argomento dovranno essere rese con cadenza annuale.

Inconferibilità ed incompatibilità						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Richiesta di dichiarazione	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni	- SC Affari Generali e Legali; - SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	n. dichiarazioni acquisite /n. dichiarazioni da acquisire	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale

## Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici – art. 35 bis D.Lgs. 165/2001

L'articolo 35-bis del D.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- ✓ componente di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, neanche con compiti di segreteria;



- ✓ essere assegnati ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- ✓ far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Rispetto alle verifiche saranno implementate azioni di miglioramento.

Formazione di commissioni e assegnazione agli Uffici						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Richiesta di-chiarazione	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni	- S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)- - SC Gestione Tecnico Patrimoniale; SS Specialistica ambulatoriale e Sanità Penitenziaria.	Verifica dichiarazioni da parte dei soggetti coinvolti	100%	100%	100%

## Formazione

In esito delle analisi svolte, emerge l'utilità di interventi formativi/informativi – da attuarsi mediante il Piano Formativo di ASST Lariana (PFA) – di approfondimento degli istituti generali, con riserva di corsi/approfondimenti specifici a cura dei Direttori delle Strutture aziendali come peraltro è avvenuto nel 2022 con l'avvio di percorsi formativi per i DEC. Al riguardo si rappresenta che nel corso del 2023 verrà realizzato un evento residenziale in materia trasparenza ed uno in materia di antiriciclaggio e sarà fruibile per tutti i dipendenti una FAD che sarà obbligatoria per i neoassunti ed in altri casi quali passaggio a ruoli o a funzioni superiori nonché in caso di trasferimento.



Partecipazione ad eventi formativi in materia di anticorruzione e trasparenza						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza	Partecipazione ad eventi formativi in materia di anticorruzione e trasparenza	Direttori/Responsabili delle Strutture coinvolte e personale afferente alle strutture stesse	Direttore/Responsabile della struttura coinvolta indica i collaboratori da iscrivere e autorizza la loro frequenza tramite la piattaforma TOM. Per il personale proveniente da trasferimenti interni verifica che il percorso formativo sia stato già effettuato, altrimenti si procede come sopra. Al termine della formazione il Direttore/Responsabile attesta l'avvenuta partecipazione da parte del personale afferente alla sua struttura mediante invio comunicazione al RPCT. - il personale neoassunto in ASST verrà iscritto d'ufficio dalla SS Formazione e Valutazione del Personale. -valutazione dell'apprendimento con test finale	Monitoraggio annuale		

### Codice di comportamento

L'ASST Lariana, con Deliberazione nr. 1034 del 22 dicembre 2022, ha approvato l'aggiornamento al il Codice di Comportamento aziendale tenuto conto che il D.L. 30 aprile 2022, n. 36 all'art. 4 comma 2, convertito in legge n. 79 del 29 giugno 2022, stabilisce che il codice di comportamento di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è aggiornato entro il 31 dicembre 2022 anche al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al comma 1, lettera a). Nello specifico il codice di comportamento aziendale dovrà contenere, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.



L'Azienda nel corso dell'anno 2022 ha messo a disposizione un sondaggio che consentirà ad ognuno di auto-valutarsi in materia di etica e codice di comportamento, con un feedback delle risposte utile a rilevare il livello di conoscibilità/comprendibilità di regole comportamentali che impattano sulle diverse attività nelle quali ciascuno di noi è quotidianamente interessato.

Codice di comportamento ASST Lariana					
OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
			2023	2024	2025
Attuazione del codice di comportamento	- UPD - RPCT	Pubblicazione relazione RPCT sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente	Ogni anno	Ogni anno	Ogni anno

### Incarichi extra-istituzionali

L'ASST Lariana ha adottato con deliberazione n. 108 del 03 febbraio 2022 la modifica del Regolamento per la disciplina dell'autorizzazione incarichi extra-istituzionali del personale dipendente, approvato con deliberazione, modificazioni ed integrazioni.

Incarichi extraistituzionali						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Autorizzazione incarichi extra-istituzionali del personale dipendente	Osservanza del regolamento aziendale	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Verifica osservanza regolamento aziendale da parte della S.C. Gestione Risorse Umane	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale

### Pantouflage

L'art. 1, comma 42, della legge 6 novembre 2012, n. 190 ha introdotto, nel decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, una peculiare disciplina delle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, il c.d. pantouflage, volta a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'assunzione del dipendente pubblico da parte di un privato, successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione.



Pantouflage						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
<p>Inserimento della clausola nelle determinazioni, per le due tipologie riferite al personale dipendente cessato dal servizio per dimissioni volontarie ed al personale cessato dal servizio a seguito di dimissioni volontarie con diritto alla pensione.</p> <p>Inserimento della clausola nei bandi di gara</p>	Rendere noto ai dipendenti ASST Lariana le limitazioni previste dalla normativa	<p>- SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p> <p>- SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)</p> <p>- SC Gestione Tecnico Patrimoniale;</p>	<p>Verifica a campione RPCT dell'inserimento della clausola nelle determinazioni, per le due tipologie riferite al personale dipendente cessato dal servizio per dimissioni volontarie ed al personale cessato dal servizio a seguito di dimissioni volontarie con diritto alla pensione.</p> <p>Verifica a campione RPCT dell'inserimento della clausola nei bandi di gara</p>	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale

Nel richiamare quanto previsto dal PNA 2022-2024 si rappresenta che a partire dal 2023 verrà avviata per il campione riferito agli ex dipendenti la verifica attraverso l'interrogazione delle banche dati Telemaco e INI-PEC.

### Whistleblower

L'art.1, c. 51, L. 190/2012, al fine di consentire l'emersione di illeciti all'interno della Pubblica Amministrazione, ha introdotto un obbligo di tutela a favore del dipendente che li segnala (cosiddetto whistleblower).

La norma impone l'adozione di tre misure:

- ✓ la tutela dell'anonimato;
- ✓ il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- ✓ la sottrazione al diritto d'accesso della denuncia, fatte salve le eccezioni espressamente indicate all'art. 54, c. 2, D.lgs. 165/2001.

A fine 2017, con L. 179/2017, l'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001 è stato aggiornato, rendendo ancor più penetranti le misure sopra citate.

L' Azienda si è dotata di apposito software per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing.





L'Azienda ha, inoltre, adottato con deliberazione n. 756 del 04 agosto 2021 il regolamento per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti e soggetti equiparati, c.d. Whistleblower, che segnalano illeciti e irregolarità, che tiene conto delle "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)" di cui alla delibera ANAC numero 469 del 9 giugno 2021.

Annualmente, su richiesta della Regione Lombardia, viene riportata la sintesi delle segnalazioni emerse in ciascun ente del sistema SIREG, per le finalità di coordinamento e analisi.

Nel prossimo anno potrà essere rilevante la fase di attuazione della Direttiva UE n. 1937/2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione Europea.

E' indispensabile proseguire l'attività di informazione/formazione/sensibilizzazione anche per evitare un uso distorto dell'istituto. Nel 2022 sono state realizzate delle pillole formative.

Whistleblower						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Invio annuale alla struttura controlli di Regione Lombardia.	Coordinamento ed analisi da parte della Regione Lombardia	RPCT	Report inviati a Regione Lombardia	Ogni anno	Ogni anno	Ogni anno

## Area Tanatologica

Dal secondo semestre del 2021 è stato avviato un monitoraggio delle deleghe alle imprese funebri al fine di verificare un'eventuale eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppi di imprese funebri. Il monitoraggio è effettuato a cadenza semestrale. Nel corso del 2023 verrà effettuato almeno un incontro con le strutture SS Direzione Stabilimento Ospedaliero S. Fermo e SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù / Mariano / Menaggio al fine di analizzare ed approfondire l'esito del monitoraggio.



Monitoraggio concentrazione imprese funebri						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorare il numero di deleghe alla medesima impresa funebre o gruppi di impresa</li> <li>- Raccogliere segnalazioni ricevute da utenti e/o Dirigenti Medici responsabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica della presenza di concentrazioni eccessive di deleghe verso una stessa impresa funebre e/o gruppi di impresa</li> <li>- Verifica di eventuali prescrizioni ricevute da parte di utenti e/o operatori della camera funebre in merito alla scelta dell'impresa funebre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo;</li> <li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù / Mariano / Menaggio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- invio report semestrale da parte delle Direzioni di stabilimento sull'esito del monitoraggio</li> </ul>	Monitoraggio semestrale		

### Monitoraggio tempi procedimentali

Dal secondo semestre del 2021 è stato avviato un monitoraggio. L'esito del monitoraggio, effettuato a cadenza semestrale, è pubblicato in Amministrazione Trasparente - Attività e Procedimenti-Monitoraggio Tempi Procedimentali. Nel corso del 2023 verrà effettuato almeno un incontro con le strutture SS Direzione Stabilimento Ospedaliero S. Fermo e SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù / Mariano / Menaggio al fine di analizzare ed approfondire l'esito del monitoraggio con particolare riferimento allo scostamento.



Monitoraggio tempi procedurali						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Verifica del rispetto dei tempi procedurali	Motivazione ed analisi di eventuali scostamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SC Affari Generali e Legali</li> <li>- SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</li> <li>- SC Gestione Tecnico Patrimoniale</li> <li>- SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)</li> <li>- Funzione attività di comunicazione aziendale e relazioni esterne</li> <li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo;</li> <li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù / Mariano / Menaggio</li> <li>- SC Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale</li> <li>- SS.CC. Distrettuali</li> <li>- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</li> <li>- SC Area Accoglienza - CUP</li> <li>- Attività di Monitoraggio della Libera Professione</li> </ul>	- invio report semestrale da parte di ciascun Direttore/Responsabile di struttura sull'esito del monitoraggio per almeno un procedimento a valenza esterna	Monitoraggio semestrale		

### Misure area rischio contratti pubblici

Adozione di misure volte alla vigilanza sull'applicazione dei patti di integrità negli affidamenti di cui al nuovo patto di integrità approvato dalla Regione Lombardia con DGR n. XI/1751 del 17/06/2019 "Patti di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all'all. 1 alla L.R. 27/12/2006 n. 30".



Monitoraggio inserimento Patti di integrità						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Inserimento della clausola del Patto di Integrità di cui alla DGR n. XI/1751 del 17/06/2019 in tutte le procedure di affidamento	Accertare l'effettivo utilizzo della clausola in tutte le procedure di affidamento espletate	- SC Gestione Tecnico Patrimoniale - SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	- invio attestazione annuale da parte dei Direttori afferenti all'area acquisti/lavori	Monitoraggio annuale		

Rendicontazione procedure negoziate senza bando – acquisizioni di beni e servizi DGR XI/491 del 02/08/2018 determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 – secondo provvedimento 2018 – sub allegato c “direttive in ordine alle procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai sensi dell'articolo 63 del d.lgs. n. 50/16 (codice dei contratti pubblici).

Il Responsabile dell'area Acquisti dell'Azienda fornisce alla Direzione Strategica, con cadenza semestrale, una rendicontazione sintetica in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ai 40.000 Euro, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta.

Monitoraggio acquisizione beni/servizi infungibili						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Monitoraggio procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai	Analisi delle motivazioni inserite nelle determinazioni dirigenziali	- SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	- invio report semestrale da parte del Direttore coinvolto (rif. DGR XI/491 del 02/08/2018)	Monitoraggio semestrale		



sensi dell'articolo 63 del d.lgs. n. 50/16 (codice dei contratti pubblici).				
---	--	--	--	--

Nel corso del 2022 il responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ha trasmesso alle strutture dell'area acquisti/tecnico le check list, di cui all'allegato 8 PNA 2022-2024, predisposte dall'Autorità al fine di un'analisi.

E' stato attuato il rafforzamento della trasparenza per la fase di esecuzione dei contratti con l'attuazione delle linee guida T&T.

Nel Dicembre 2021 Regione Lombardia ha illustrato ai responsabili dell'area acquisti e lavori di questa ASST, e ad alcuni collaboratori, la D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 - Linee guida Trasparenza e Tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (T&T) - e l'applicativo T&T in fase di implementazione a tale data.

L'obiettivo principale delle linee guida T&T è la trasparenza della fase esecutiva del contratto per la quale i rischi di corruzione e di condizionamento mafioso si evidenziano con maggiore frequenza.

Le linee guida T&T prevedono, infatti, la tracciatura di tutti i sub-appalti, sub-contratti e sub-affidamenti in un portale pubblico di Regione Lombardia, al fine di poter rendere esplicita la filiera di acquisto. Per rendere vincolante a livello contrattuale al fornitore l'inserimento dei dati nel portale pubblico è necessario l'inserimento di apposite clausole a livello di capitolato e di contratto da parte della stazione appaltante.

In seguito alla prima presentazione è stato realizzato dalla Regione Lombardia un percorso formativo riguardo l'utilizzo dell'applicativo T&T.

Da ultimo è stata trasmessa da Regione Lombardia la D.G.R. XI/6605 del 30/06/2022 con la quale sono state approvate le modifiche alla D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021.

Oltre all'aggiornamento dell'allegato 1) della D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 relativo alle: "Linee guida trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" si segnala la soppressione del punto 8 della DGR XI/5408 del 25 ottobre 2021.

Riguardo l'attuazione delle linee guida T & T le strutture dell'area acquisti e dell'area tecnica hanno provveduto ad inserire il contratto originario sull'applicativo T & T solo nel caso in cui sia pervenuta comunicazione dall'aggiudicatario riguardo un sub-affidamento/sub-appalto/sub-contratto e ha monitorato l'inserimento dei dati anche da parte dell'aggiudicatario.



Per quanto riguarda le verifiche del testo delle clausole T.&T. negli atti di gara e nel contratto le strutture di cui sopra hanno indicato che in generale negli atti di gara e nei contratti delle procedure campionate è stato inserito sempre il testo previsto nelle linee guida sopra citate. Le procedure aperte prevedono un punto ad hoc nel testo del disciplinare di gara mentre per gli affidamenti diretti/procedure negoziate o è previsto il testo della clausola T&T nella lettera d'invito/RDO o è allegata la delibera T.&T. con relative linee guida.

**Audit congiunto referente internal auditing e responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza sulla verifica del contratto per la gestione dei rifiuti sanitari** (rif. Raccomandazione Deliberazione ORAC nr. 7 del 27 giugno 2022 ad oggetto: Approvazione del documento "Gestione dei rifiuti sanitari").

E' stata effettuata una verifica sulla gestione operativa del processo e dell'esecuzione del contratto valutando il rischio intrinseco, le misure di controllo già attivate e il rischio residuo per ogni fase dell'attività.

Per ogni attività è stato definito il rischio e la tipologia di rischio, nonché quantificato il rischio inerente (impatto per probabilità), le misure di controllo e contenimento del rischio già in essere e per differenza il rischio residuo.

Sono state formulate le seguenti raccomandazioni:

- di riattivare pienamente il funzionamento dell'Ufficio Aziendale per la governance degli adempimenti finalizzati alla corretta Gestione dei Rifiuti Sanitari. Ciò permetterebbe di avere un punto centrale di governo dell'attività, gestire l'esecuzione del contratto dando istruzioni precise ed uniformi a tutti gli interlocutori coinvolti nel processo;
- di completare in tempi celeri la revisione della procedura e la ricognizione dei referenti/responsabili per ciascun sito produttivo;
- di verificare che tutte le pesature in loco siano informatizzate con rilascio di scontrino. La taratura delle pesa deve essere verificata e controllata;
- di trovare una modalità più analitica di controllo del peso netto dei rifiuti smaltiti. Migliorare la modalità di controllo del peso netto dei rifiuti smaltiti tenuto conto che al momento viene solo verificato che il peso netto fatturato sia inferiore a quello riportato nella IV copia del formulario;
- di formare costantemente gli operatori sanitari soprattutto dei presidi ospedalieri per dividere e gestire correttamente i rifiuti fin dalla loro origine nei reparti;
- di informatizzare il processo che oggi consta di soli controlli manuali e cartacei, confrontandosi con il fornitore e verificando il costo di attivazione di servizi aggiuntivi già previsti nel capitolato di gara;
- di verificare il possesso della certificazione ADR che i container o similari devono possedere;
- di tenere sotto controllo i tempi di restituzione della quarta copia;





- di effettuare periodiche verifiche documentali circa il possesso delle autorizzazioni di legge relativamente agli impianti di smaltimento rifiuti prodotti dal nostro ente.

La mappatura del rischio per attività e le evidenze che portano al rischio residuo stimato sono rappresentate nell'allegato denominato: "Matrice di rischio Processo SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI".

### **Concessione per la gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como**

Con deliberazione n. 612 del 09.06.2022, questa ASST ha adottato, coerentemente con le indicazioni operative regionali, il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) per il triennio 2022-2024 nel quale è stata prevista la struttura SS Logistica afferente alla UOC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) in sostituzione della struttura SS Logistica integrata-Servizi Alberghieri-Concessionario-Esecuzione del contratto;

Con la deliberazione n. 888 del 08.09.2022 con la quale si è ritenuto nelle more dell'approvazione del funzionigramma di attribuire temporaneamente, con decorrenza 15.09.2022, la responsabilità della concessione di cui trattasi al Direttore Amministrativo, Dott. Andrea Pellegrini e di nominare un gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione.

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha partecipato all'attività svolta dal gruppo aziendale di supporto al controllo sulla concessione.

Con la nota prot. ASST Lariana 0069990 del 24.11.2022, vista la necessità di affidare l'attività di supporto al DEC e la referenza dei singoli servizi in Concessione a figure aziendali in grado, per la loro collocazione organizzativa, di interloquire operativamente e direttamente con i referenti del Concessionario stesso ed in possesso delle necessarie competenze professionali per valutare le proposte ed i preventivi di quest'ultimo e veicolare le singole richieste e risposte dell'Amministrazione, venivano designati degli assistenti al DEC.

Con determinazione n. 946 del 30.11.2022, è stato affidato un servizio di supporto durante l'esecuzione del contratto di concessione per la gestione dei servizi no core del P.O. Sant'Anna dell'ASST Lariana.

Con la Deliberazione n. 1339 del 23.12.2022 con la quale è stato disposto di conferire l'incarico di funzione – incarico di organizzazione di "Coordinatore controlli sulla concessione" a supporto del DEC.

Con la deliberazione n. 18 del 03.01.2023 è stato approvato il funzionigramma di ciascuna articolazione organizzativa, riconosciuta dalla D.G.R. XI/6799/22, nel quale è indicato che la SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) gestisce tra l'altro i rapporti con il Concessionario monitorando le attività oggetto del contratto di Concessione, con il supporto di uno specifico gruppo di lavoro.

Con la deliberazione n. 79 del 20.01.2023 l'azienda ha provveduto alla nomina del RUP, del DEC, degli ASSISTENTI DEC della concessione per la gestione del presidio ospedaliero Sant'Anna di Como ed alla nomina per parte dell'Azienda della STRUTTURA di vigilanza e controllo, nella figura del RUP e dei componenti aziendali del COMITATO DI VIGILANZA.

Per la scheda di analisi del rischio si rimanda alla scheda allegata al presente piano.

DGR XI/7758 del 28/12/2022 – Programmazione 2023



Tutti gli enti del sistema si dovranno adeguare alle seguenti raccomandazioni di Orac:

- Durante l'esecuzione degli appalti verificare costantemente la correttezza contributiva e previdenziale dell'appaltatore, e in ogni caso in occasione di rinnovi o proroghe qualora consentite;
- Verificare il puntuale rispetto delle previsioni del codice appalti in ordine all'acquisizione delle cauzioni provvisorie e definitive, a prescindere dalla durata del rapporto, e necessità di verificarne la regolarità;
- Non disporre affidamenti di sole quote orarie di lavoro che si configurino quale illecita intermediazione di lavoro;
- Nell'acquisizione di servizi di prestazioni specialistiche che rispettino le condizioni per essere realmente qualificati appalti, procedere all'attenta verifica, tra i requisiti specifici, del possesso in capo ai singoli prestatori dei requisiti di legge e professionali, possibilmente ricorrendo, per quelli di maggiore complessità, alla clausola di "riserva di gradimento da parte della s.a." relativamente ai lavoratori destinati all'esecuzione del servizio;
- Nel caso di modificazioni soggettive in contratti in essere, verificare il possesso dei requisiti generali oggetto di trasferimento o avalimento anche in relazione allo stato patrimoniale del cedente con riferimento alle passività maturate;
- Nel caso di partecipazione alla gara di una impresa costituita in forza di un contratto di locazione o di affitto di azienda o ramo d'azienda appartenente ad altro operatore, verificare, in caso di debiti di natura lavoristica, l'avvenuto accollo degli stessi da parte del locatario.

### 2.3.6 Antiriciclaggio, fidejussioni e recupero crediti

E' stato nominato il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio, con deliberazione n. 442 del 13/05/2021, nella persona del Direttore Amministrativo, ed è stato adottato il regolamento concernente la gestione delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio con deliberazione n. 608 del 24/06/2021.

La nomina del gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio è stata riportata nel PTPCT 2022-2024 e nella sezione rischi corruttivi del PIAO.

È stato realizzato nella giornata del 26/10/2022 l'evento residenziale dal titolo Prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione - Antiriciclaggio. Nell'anno 2023 verrà realizzato un evento residenziale in materia di antiriciclaggio.

Si rappresentano tra le misure attivate la creazione di una cartella di rete condivisa denominata "Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio dell'ASST e rete interna referenti", l'accesso alla banca dati del registro imprese attraverso il servizio TELEMACO, avvio della ricognizione delle fidejussioni attive ed il monitoraggio avvalendosi del documento "suggerimenti per pa 20200528" e che a partire dal 2022 verrà effettuato con cadenza semestrale. Si rappresenta che la SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità in qualità di coordinatore ha indicato che i controlli sono stati effettuati su tutte



le nuove fidejussioni sorte nell'anno 2022 e che ha reso disponibile il file di Excel per l'anno 2023 affinché ciascun ufficio lo aggiorni con l'esito dei monitoraggi successivi.

Nel 2022 durante l'incontro annuale della rete interna dei referenti per il gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio è stata richiamata l'attenzione su quanto riportato nel quaderno dell'antiriciclaggio 19/2022 e nella comunicazione UIF del 11.04.2022 sul PNRR.

In relazione al PNRR è stata richiamata l'osservanza di quanto disposto all'art. 22 Reg. UE 241/2021 e nello specifico l'acquisizione del dato riferito al titolare effettivo in oggetto per le procedure di assegnazione di fondi PNRR.

Prevenzione antiriciclaggio						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Identificazione situazioni anomale	Prevenire azioni volte al riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite	<ul style="list-style-type: none"><li>- SC Gestione Tecnico Patrimoniale</li><li>- SC Farmacia</li><li>- Funzione Internal Auditing</li><li>- SS Ingegneria Clinica</li><li>- SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)</li><li>- SC Controllo di Gestione - Gestione Operativa - Next generation EU</li><li>- SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità</li><li>- SC Affari Generali e Legali</li><li>- Responsabile Prevenzione Anticorruzione e Trasparenza</li><li>- SS Formazione e Valutazione del Personale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- n. segnalazioni trasmesse al Gestore dai Direttori/Responsabili di struttura – Rete interna dei Referenti quali soggetti coinvolti</li><li>- Partecipazione ad eventi formativi ed all'incontro annuale di aggiornamento da parte dei Direttori/Responsabili di struttura – Rete interna dei Referenti quali soggetti coinvolti</li></ul>	100%		

Prevenzione antiriciclaggio						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025



Monitoraggio dato riferito al titolare effettivo per le procedure di assegnazione di fondi PNRR.	Prevenire conflitti di interessi	SC Gestione Tecnico Patrimoniale  - SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato).	Verifica a campione RPCT dell'acquisizione, gestione e verifica delle dichiarazioni da parte dei soggetti coinvolti.  Per la verifica si evidenzia che si è in attesa della pubblicazione del registro dei titolari effettivi.	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale
--	----------------------------------	--	--	----------------------	----------------------	----------------------

Monitoraggio fideiussioni						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Verifica di anomalie per la totalità delle fideiussioni attive	Prevenire il rilascio di garanzie fideiussorie false e/o contraffatte da parte di soggetti non legittimati e verifica della solvibilità del Garante, anche tramite il documento "suggerimenti per la pa 20200528"	- SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità (in qualità di Coordinatore) - SC Affari Generali e Legali - SC Gestione Tecnico Patrimoniale - SC Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale - SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	- Alimentazione del file condiviso da parte dei soggetti coinvolti (tranne Coordinatore)  - invio report semestrale da parte del Coordinatore sull'esito del monitoraggio	Monitoraggio semestrale		

## RECUPERO CREDITI

Si evidenzia che l'obiettivo precipuo è quello di sollecitare i crediti con la tempistica corretta, per permettere un pronto recupero degli importi dovuti.

Non procedendo con sollecitudine al recupero del credito insoluto, si rischia di avere difficoltà nel raccogliere la documentazione a supporto del credito vantato e nei casi più rischiosi di andare oltre il limite di prescrizione.



Monitoraggio recupero crediti						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Invio reportistica con cadenza almeno trimestrale, all'ufficio recupero crediti, da parte delle strutture aziendali competente	Evitare grave danno economico per l'azienda e il servizio sanitario nazionale	-SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità;	- Alimentazione del file condiviso da parte dei soggetti coinvolti tramite il coordinamento della SC Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale - Invio report, con cadenza almeno trimestrale, da parte dei soggetti coinvolti	Monitoraggio trimestrale		

## 2.4 TRASPARENZA

L'art. 10 del D.lgs 97/2016, che ha modificato l'art. 10 del D.lgs. n. 33/2013, ha soppresso l'obbligo, a carico delle amministrazioni pubbliche, di redazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sostituendolo con l'obbligo di indicazione, in un'apposita sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, dei Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, nonché delle informazioni e dei dati ai sensi del D.lgs. n. 33/2013. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione è stato assorbito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024 specificatamente nella sezione rischi corruttivi e monitoraggio dei rischi corruttivi che verrà aggiornata annualmente.

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" conterrà tutti i documenti e dati relativi alla ASST Lariana. La pubblicazione di tali dati/documenti verrà monitorata al fine di assicurare il puntuale rispetto delle disposizioni normative in materia di trasparenza.

L'ASST Lariana, in tal modo, non solo adempie ad una prescrizione normativa, ma promuove e sostiene una scelta di trasparenza delle informazioni aziendali da parte del cittadino, mettendo a disposizione di quest'ultimo notizie facilmente consultabili ed estraibili, tramite la sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

Obiettivo strategico in materia di trasparenza è il miglioramento della qualità del dato.



L' Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC) è intervenuta in merito alla trasparenza dei dati e dei documenti delle pubbliche amministrazioni, con la delibera nr. 1310/2016 e con l'allegato 9 al PNA 2022-2024, quest'ultimo approvato con delibera ANAC n. 7 del 17.01.2023.

Le Linee Guida ANAC, approvate con la sopracitata deliberazione, forniscono le indicazioni operative sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, contenute nel D.lgs 33/2013, come modificato dal D.L. 97/2016.

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

L'ASST Lariana garantisce il pieno rispetto della normativa vigente in tema di trasparenza e di accesso civico ed ha approvato con deliberazione n. 450 del 23 maggio 2019 il regolamento che disciplina le diverse tipologie di accesso:

- ✓ Il diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- ✓ il diritto di accesso civico semplice;
- ✓ il diritto di accesso civico generalizzato.

Nel regolamento richiamato vengono specificate le modalità operative per l'esercizio del diritto di accesso.

Il regolamento e la modulistica sono pubblicati sul sito istituzionale – sezione Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - sottosezione Accesso Civico e sottosezione Dati Ulteriori.

In materia di accesso l'ASST Lariana sviluppa il monitoraggio semestrale attraverso il Registro degli accessi pubblicato in Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Accesso Civico).

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- a) sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
- b) assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- c) prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.





Il Piano della Trasparenza dà attuazione alla disciplina della trasparenza, finalizzata a garantire un adeguato livello di informazione e di legalità, tese allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con lo stesso s'intende perciò, garantire un duplice profilo di trasparenza dell'azione amministrativa:

- ✓ Profilo statico: consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;
- ✓ Profilo dinamico: consistente nel monitoraggio e aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici: direttamente collegato al ciclo della performance anche grazie alla partecipazione dei portatori di interesse (stakeholder).

L'Azienda provvede a pubblicare sul proprio sito istituzionale nella sezione «amministrazione trasparente» quanto riportato nella griglia trasparenza allegata al presente piano.

La sezione del sito istituzionale denominata "Amministrazione trasparente" è organizzata in sotto sezioni, all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti.

A partire dall'anno 2021 con riferimento alle modalità di pubblicazione nella sezione del sito – web aziendale denominata "Amministrazione trasparente", sono stati effettuati incontri, studi di valutazione e progettazione per automatizzare il più possibile la pubblicazione dei contenuti da parte degli uffici coinvolti per sezioni dedicate. Nell'anno 2022 sono stati effettuati monitoraggi/incontri specifici per la sezione bandi di gara e la sezione del personale, per quest'ultima con particolare riferimento ai dati dei curriculum vitae ed ai dati relativi ai dirigenti cessati. Inoltre è stato sviluppato un software ad uso interno per la pubblicazione online dei curriculum vitae ed è stato reso fruibile il format.

La sezione "Amministrazione trasparente" è organizzata con modalità tali che, cliccando sull'identificativo di una sotto-sezione, sia possibile accedere ai contenuti della sotto-sezione stessa, o all'interno della stessa pagina "Amministrazione trasparente" o in una pagina specifica relativa alla sotto-sezione.

I collegamenti ipertestuali associati alle singole sottosezioni sono mantenuti invariati nel tempo, per evitare situazioni di "collegamento non raggiungibile" da parte di accessi esterni.

L'elenco dei contenuti indicati per ogni sottosezione sono da considerarsi i contenuti minimi che sono presenti nella sottosezione stessa. In ogni sottosezione possono essere comunque inseriti altri contenuti, riconducibili all'argomento a cui si riferisce la sottosezione stessa, ritenuti utili per garantire un maggior livello di trasparenza.

Eventuali ulteriori contenuti da pubblicare ai fini di trasparenza e non riconducibili a nessuna delle sottosezioni indicate devono essere pubblicati nella sotto-sezione "Altri contenuti".

Nel caso in cui sia necessario pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" informazioni, documenti o dati che sono già pubblicati in altre parti del sito, è possibile inserire, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi, in modo da evitare duplicazione di informazioni all'interno del sito dell'amministrazione.



L'utente può comunque accedere ai contenuti di interesse dalla sezione "Amministrazione trasparente" senza dover effettuare operazioni aggiuntive.

In ogni pagina presente all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" è stata introdotta una nota relativa all'obbligo di pubblicazione (riferimenti normativi, contenuti dell'obbligo, aggiornamento ecc...) e la data dell'ultimo aggiornamento dei contenuti effettuato.

Ogni struttura competente alla produzione fornirà i documenti da pubblicare alla struttura competente alla pubblicazione, in formato aperto e accessibile, per posta elettronica, indicando anche tutti i dati necessari, di cui al paragrafo precedente.

Dal punto di vista dei contenuti, poi, l'attività di pubblicazione è mantenuta secondo le linee guida di volta in volta emanate da ANAC.

L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'amministrazione e mantenuti aggiornati.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia.

L'ASST Lariana garantisce la certezza del principio di trasparenza di cui al D.lgs. n. 33/2013, nonché del D.lgs. n. 97/2016, tramite l'adozione di un modello che coinvolge dirigenti, posizioni organizzative (incarichi di funzione), dipendenti, referenti formalmente responsabilizzati da specifici atti interni.

La pubblicazione, sul sito web aziendale, dei contenuti presenti nell'area "Amministrazione Trasparente", avviene ad opera dell'Area Web Aziendale-Comunicazione, ad eccezione delle sezioni bandi di concorso e bandi di gara e contratti.

Con deliberazione n. 761 del 06 agosto 2021 sono stati nominati i Referenti per l'Area Trasparenza/Anticorruzione ed in esito ricognizione effettuata nel 2022 e che proseguirà anche nel 2023 si dà atto dell'aggiornamento della nomina riguardo, la specialistica ambulatoriale Dott. Andrea Ferè, per la SC Area Accoglienza - CUP- Attività di Monitoraggio della Libera Professione area CUP - liste di attesa Dott. Giorgio Baggi e per area libera professione Dott.ssa Nadia Loddo, per la SC Qualità e Risk Management nella persona del Direttore di struttura Dott.ssa Angela Trentin la Gestione Acquisti(Provveditorato - Economato) nella persona del dirigente amministrativo afferente alla struttura Dott.ssa Elisabetta Terzuoli, la SC Gestione Tecnico Patrimoniale nella persona del dirigente amministrativo afferente alla struttura Dott.ssa Elisabetta Mauri, la SC DAPSS nella persona del dirigente afferente alla struttura Dr.ssa Rosalia De Marco, la SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio nella persona della Dott.ssa Raffaella Caspani assegnata alla struttura, per le SS.CC Distrettuali nelle persone dei Direttori di struttura e per il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze nella persona del Direttore.



Tra i compiti del Nucleo di Valutazione delle prestazioni in materia di Trasparenza vi è il rilascio annuale dell'attestazione in merito al rispetto degli obblighi di pubblicazione, indicati dall'ANAC. L'ASST Lariana ha ottenuto l'attestazione del NVP sull'esito positivo del controllo. Tale attestazione è pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione Amministrazione Trasparente, Controlli e rilievi sull'amministrazione Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe.

Un'ulteriore misura organizzativa di trasparenza è rappresentata dall'individuazione del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), che ha il compito di aggiornare annualmente la Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC con i dati relativi alla stazione appaltante stessa, alla sua classificazione e all'articolazione in centri di costo; per l'ASST Lariana con deliberazione n. 484 del 05 maggio 2022 è stata nominata la Dott.ssa Maria Polito, Dirigente Amministrativo della UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica.

L'ASST Lariana garantisce il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse esterni, sui temi della cultura della legalità, della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nel corso dell'anno 2022 è stata effettuata una consultazione pubblica preliminare all'adozione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'azienda. Per favorire il coinvolgimento dei soggetti portatori esterni all'azienda è prevista l'organizzazione di una Giornata della Trasparenza che rappresenta un importante appuntamento annuale per presentare le iniziative e le attività promosse in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e innovazione. E' stata effettuata una consultazione pubblica preliminare all'adozione dell'aggiornamento della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e si dà atto che non sono pervenute proposte/osservazioni.

Nel sito di Asst Lariana è stato predisposto un questionario, anonimo, proprio per rilevare il gradimento sulle pagine dedicate all'amministrazione trasparente e per raccogliere suggerimenti utili a migliorare l'accesso alle informazioni.

Nella DGR XI/7758 del 28/12/2022 – Programmazione 2023 per la pubblicazione dei Bilanci e Regole Trasparenza viene confermato l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel proprio sito internet entro trenta giorni dalla data di adozione e si richiama l'attenzione al rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza.

L'attività di gestione e trattamento dei dati personali in applicazione al GDPR 679/2016 viene svolta tramite uno staff interno ad ASST Lariana ed il supporto di una società esterna che funge anche da DPO aziendale.

Alle attività iniziali di valutazione dei processi aziendali e dell'organizzazione dell'ente ospedaliero con focalizzazione sui profili riguardanti il trattamento dei dati personali anche alla luce della necessità di tenere un registro dei trattamenti aggiornato è seguita una valutazione d'impatto per i processi che la richiedono.

In tali valutazioni d'impatto si sono analizzati in profondità i processi aziendali ed in particolar modo l'utilizzo dei sistemi informativi e le misure organizzative messe in atto per minimizzare il rischio. In tale attività risulta evidente l'importanza dell'analisi effettuata anche rispetto ad una maggiore trasparenza nella gestione interna ed esterna dei dati personali.



Sono stati aggiornati e formalizzati, inoltre, dei documenti aziendali relativi al trattamento dei dati personali: politica per la sicurezza delle informazioni, fornitori, personale e regole comportamentali per l'utilizzo di apparecchiature telematiche da parte di dipendenti. Peraltro è stata adottato il piano per la sicurezza informatica.

Monitoraggio trasparenza						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Verifica rispetto obblighi di pubblicazione ex D.lgs. 33/2013	Rispetto obblighi di pubblicazione ex D.lgs. 33/2013	Strutture ASST Lariana che detengono i dati oggetto di pubblicazione;	Verifica eventuali criticità indicate dai Direttori/Responsabili e delle strutture aziendali nelle attestazioni trimestrali trasmesse al RPCT;	Monitoraggio trimestrale	Monitoraggio trimestrale	Monitoraggio trimestrale

Registro accessi						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Monitoraggio delle richieste di accesso documentale/civico semplice/civico generalizzato	Motivazione ed analisi di eventuali ritardi nel fornire il riscontro e/o assenza di motivazione nel caso di diniego	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SC Affari Generali e Legali</li> <li>- SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</li> <li>- SC Gestione Tecnico Patrimoniale</li> <li>- SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)</li> <li>- Funzione attività di Comunicazione aziendale e relazioni esterne</li> <li>- SC Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale</li> <li>- SS.CC. Distrettuali</li> <li>- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze</li> <li>- SC Area Accoglienza</li> <li>- CUP</li> </ul>	- invio report semestrale da parte dei Direttori/Responsabili di struttura coinvolti	Monitoraggio semestrale		



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Attività di Monitoraggio della Libera Professione</li><li>- SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità</li><li>- SS Formazione e Valutazione del Personale</li><li>- SC Sistemi Informativi Aziendali</li><li>- SC Farmacia</li><li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo;</li><li>- SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù / Mariano / Menaggio;</li><li>- SC DAPSS</li><li>- SC Controllo di Gestione - Gestione Operativa - Next generation EU</li><li>- SC Qualità e Risk Management</li><li>- Ufficio Relazione con il Pubblico</li><li>- SC Medicina del Lavoro, Preventiva e Radioprotezione</li><li>-SS Specialistica ambulatoriale e Sanità Penitenziaria</li></ul>		
--	--	---	--	--

Accesso civico						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Risposte alle richieste di accesso civico semplice e di riesame	Rispetto dei termini	RPCT	Verifica numero richieste gestite nei termini rispetto alle richieste pervenute	Monitoraggio semestrale	Monitoraggio semestrale	Monitoraggio semestrale



Si rimanda all'allegato griglia trasparenza per ulteriori dettagli.

### 2.4.1 Pari opportunità e l'equilibrio di genere

In questo paragrafo sono esplicitate le azioni che si prevede di realizzare nell'area del benessere organizzativo, in materia di pari opportunità, parità di genere, inclusione, prevenzione e contrasto alle discriminazioni. Le iniziative sono state pianificate tenendo conto delle proposte formulate dal Comitato Unico di Garanzia di ASST Lariana, rinnovato con deliberazione nr. 152 del 15 febbraio 2021.

#### **CUG aziendale – Area benessere organizzativo, salute e sicurezza:**

##### *Promuovere iniziative di ascolto del personale e benessere organizzativo*

ASST Lariana vuole valorizzare le relazioni con il proprio personale mettendo al centro della propria organizzazione la risorsa umana. In questo ambito ritiene importante l'ascolto del personale.

Per il periodo 2023-2025, ASST Lariana vuole continuare in questa direzione, visti in particolare i cambiamenti organizzativi che si dovranno affrontare per una vera integrazione ospedale-territorio e per la conseguente implementazione dei distretti territoriali.

Inoltre la proficua collaborazione creatasi tra il CUG, la Consigliera di Fiducia e l'Ambulatorio Stress Lavoro Correlato anche per i prossimi anni sarà rafforzata, per una coesione sempre più incisiva sugli obiettivi volti al benessere dei dipendenti e dell'Azienda.

In riferimento all'importanza dell'ascolto del personale, nel 2022 è stato somministrato il "Questionario benessere" a tutto il personale ASST Lariana, ad iniziativa del CUG in collaborazione con la Consigliera di Fiducia.

L'utilizzo di un software gestionale ha permesso di estrapolare i risultati dei dati, raccolti in forma anonima. I risultati sono stati ulteriormente analizzati dal CUG attraverso lo sviluppo di tabelle, predisposte tramite un'analisi dettagliata dei dati ottenuti da ciascuna risposta pervenuta, permettendo così l'evidenziazione delle informazioni più rilevanti.

A titolo esemplificativo:

In riferimento al questionario somministrato e ai risultati emersi dall'elaborazione dei dati, dopo un feedback alla Direzione e ai dipendenti su quanto emerso, per i prossimi anni si valuterà se riproporre il medesimo questionario oppure orientarsi solo sulle problematiche salienti. In parallelo il SPP sta lavorando per un'indagine volta alla rilevazione dello stress lavoro correlato.

##### *Realizzare campagne di sensibilizzazione contro le aggressioni verso sanitari, violenze e le molestie*

Il fenomeno delle violenze e aggressioni su operatori sanitari riveste un'importanza crescente all'interno delle strutture sanitarie pur essendo largamente sottostimato e difficilmente quantificabile.





In questo ambito ASST Lariana si è impegnata per comprendere le determinanti del fenomeno: in particolare, verificando se le situazioni di stress correlato siano favorevoli all'esplosione di violenze o aggressioni. La partecipazione al progetto: "Valutazione dei determinanti principali delle violenze in due Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde per una efficace prevenzione" intrapreso nel 2019, grazie alla partecipazione dell'Università degli studi dell'Insubria di Varese al bando INAIL per il progetto "BriC" ha permesso di presentare i primi risultati emersi dall'analisi al Convegno tenutosi in data 18 novembre 2022 "Violazione sugli operatori sanitari: conoscere per prevenire".

Dalla presentazione è emerso che ad essere più colpiti sono i "tecnici della salute", infermieri ed educatori professionali normalmente impegnati in servizi sanitari, educativi e riabilitativi. Nel computo, anche la categoria dei "medici", che soprattutto nei reparti più esposti, quali il Pronto Soccorso, subiscono minacce verbali e fisiche sempre più frequenti.

*Effettuare la valutazione del rischio sulla salute e sulla sicurezza tenendo conto dei rischi connessi alle differenze di genere, di età e alle disabilità*

Nella valutazione dei rischi e nell'aggiornamento dei documenti relativi alla valutazione dei rischi previsti dal decreto legislativo nr. 81/2008 ASST Lariana prevede, nel triennio 2023-2025, di valutare e progressivamente inserire il genere e l'età come necessari parametri sui quali costruire una valutazione più efficace e antidiscriminatoria di tutti i rischi per la salute e la sicurezza di chi lavora.

#### **Area pari opportunità, parità di genere, prevenzione e contrasto alle discriminazioni:**

*Elaborazione annuale di statistiche di genere e per età, progettualità di rete.*

ASST Lariana riconosce l'importanza di raccogliere informazioni che forniscano la base per statistiche sulla ripartizione del personale per genere ed età. La diffusione di queste informazioni all'interno dell'azienda socio-sanitaria, in un'ottica di gestione evoluta delle risorse umane, permette di progettare politiche pensate sulle dinamiche della popolazione lavoratrice presente in azienda.

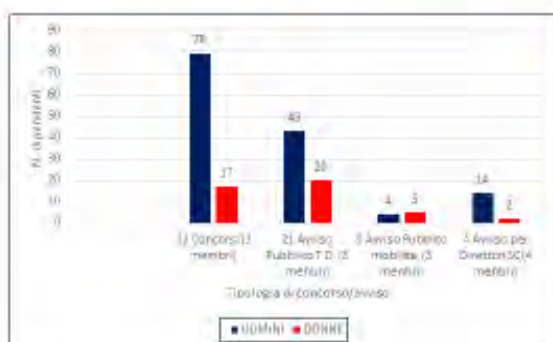
In questo ambito il C.U.G. aziendale, nella relazione che predispone annualmente secondo l'obbligo previsto dalla Direttiva 2 del Presidente del Consiglio dei Ministri: "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", continuerà a procedere attraverso l'elaborazione di una serie di statistiche, già utilizzate per il 2022, al fine di poter dare continuità alla propria azione consultiva, propositiva e di controllo.

I dati elaborati, evidenziati nella relazione, illustrano la ripartizione del personale per genere ed età nei diversi livelli di inquadramento: direzione strategica, dirigenza, comparto.

A titolo esemplificativo si presenta uno dei grafici relativo alla composizione di genere nelle commissioni di concorso (anno 2022).

**COMPOSIZIONE DI GENERE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO**

Tipo di Commissione	UOMINI		DONNE		TOTALE		Presidente [Donna/Uomo]
	N.	%	N.	%	N.	%	
32 Concorsi (3 membri)	79	82	17	18	96	100	U
21 Avviso Pubblico T.D. (3 membri)	43	68	20	32	63	100	U
3 Avviso Pubblico mobilità (3 membri)	4	44	5	56	9	100	U
4 Avviso per Direttori SC (4 membri)	14	88	2	13	16	100	U
<b>TOTALE</b>	<b>140</b>		<b>44</b>		<b>184</b>		



PERCENTUALI		
	UOMINI	DONNE
32 Concorsi (3 membri)=96	82,3	17,7
21 Avviso Pubblico T.D. (3 membri)=63	68,3	31,7
3 Avviso Pubblico mobilità (3 membri)=9	44,4	55,6
4 Avviso per Direttori SC (4 membri)=16	87,5	12,5

**Riflessioni**

TABELLA 1.8

ASST Lariana ritiene l'elaborazione e l'analisi di questa reportistica e l'alimentazione di un monitoraggio attivo importanti e conta di aderire nei prossimi anni anche a progettualità di rete sul territorio provinciale e regionale.

In questa ottica di continuo miglioramento e di promozione e diffusione del benessere organizzativo si ricorda che l'ASST Lariana, nel corso del 2022, ha rafforzato ed ampliato i rapporti con:

- Amministrazione Provinciale di Como, partecipando, con il coinvolgimento della Consigliera di Fiducia, al convegno "Il re-inserimento nel mondo del lavoro delle donne vittime di violenza". L'evento si è collocato nel palinsesto delle iniziative patrocinate dal Comune di Como, capofila della Rete Antiviolenza della Provincia e ha visto la partecipazione di più attori a livello sia di Amministrazione Statale, sia di Provincia e di Associazioni territoriali nonché di esperti della materia.
- Regione Lombardia, partecipando, con il coinvolgimento della Consigliera di Fiducia, all'incontro: "L'impegno della Consigliera di parità e i Comitati Unici di Garanzia (CUG) per il benessere sul lavoro". L'intervento di varie figure a vario titolo, sia a livello regionale che territoriale, ha permesso di far emergere la volontà di riattivare regolarmente gli incontri a livello regionale dei CUG, di confermare l'impegno da parte del welfare regionale a promuovere e a rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nella sanità lombarda.

*Favorire l'inserimento dei colleghi neo-assunti e l'inclusione dei lavoratori con disabilità.*

I temi dell'inserimento nell'organizzazione di ASST Lariana di colleghi neo-assunti e dell'inclusione dei lavoratori con disabilità sono ritenuti fondamentali in una gestione delle risorse umane che possa affrontare le profonde sfide di cambiamento del sistema sanitario.



Il processo strategico di orientamento dei neo-assunti ha lo scopo di favorire l'inserimento veloce in azienda acquisendo non solo la componente tecnica, ma soprattutto le dinamiche relazionali e la cultura dell'ente. In questa ottica già oggi per i neo-assunti sanitari vi è un percorso strutturato di accompagnamento, mentre per le figure amministrative è previsto in più casi un tutoraggio che permette alle nuove risorse di conoscere la propria mansione e l'ambiente lavorativo in tempi brevi.

Per quanto riguarda i lavoratori con disabilità la gestione della stessa sul luogo di lavoro richiede una pluralità di azioni personalizzate che vanno dall'eliminazione delle barriere fisiche e logistiche all'inclusione nella realtà lavorativa, la quale necessita di una flessibilità organizzativa che accompagni il lavoratore nell'attività di gruppo. Anche in questo caso l'azienda si è già attivata per percorsi personalizzati da costruire rispetto al tipo di disabilità e all'ambiente di lavoro inteso in senso esteso: fisico e gruppo di persone che vi lavorano.

CUG AZIENDALE – AREA BENESSERE ORGANIZZATIVO, SALUTE E SICUREZZA						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Questionario benessere organizzativo ed analisi dei dati. (Anno 2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rilevare il clima organizzativo, raccogliendo le opinioni dei dipendenti rispetto all'organizzazione, all'ambiente di lavoro e alle relazioni nei luoghi di lavoro.</li> <li>Identificare le possibili azioni per: <ul style="list-style-type: none"> <li>migliorare le condizioni di lavoro dei dipendenti elaborando azioni positive;</li> <li>valorizzare le risorse umane nell'ambito della riorganizzazione e cambiamento strategico in corso</li> </ul> </li> </ul>	CUG - Consigliere di fiducia	Questionari compilati	Verifica annuale somministrazione questionario	Da verificare se somministrare un ulteriore questionario in base agli esiti del precedente.	Da verificare se somministrare un ulteriore questionario in base agli esiti del precedente.
PARITÀ DI GENERE, PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DISCRIMINAZIONI						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2023	2024
Predisposizione di dettagliata relazione sulla situazione del personale afferente alla nostra ASST, riferita all'anno precedente, in particolare con riferimento alla parità di genere ed età.	Diffusione dei dati relativi alla parità di genere ed età. Ricongiungere i dati forniti dall'Amministrazione per trarne delle conclusioni in merito all'attuazione delle tematiche sulla parità, benessere contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche sul luogo di lavoro attraverso: - fotografia della situazione sul personale - Piano di azioni Al fine di redigere un'analisi complessiva della situazione del personale alla luce dei dati raccolti, avendo cura di formulare delle proposte di miglioramento	Componenti Comitato Unico di Garanzia	Predisposizione di dettagliata relazione annuale	ogni anno	ogni anno	ogni anno



## SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE

L'Organizzazione da POAS è già descritta nella sezione 1

### 3.1 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) si configura come un atto di programmazione per la gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica. In quanto atto di programmazione (da coordinare con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti e servizi – performance – nonché con i modelli organizzativi scelti) si colloca a monte della gestione operativa del personale e deve esser adottato nell'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.lgs. n. 165/2001.

Sul tema va innanzitutto ricordato come, per effetto della legge delega nr. 124/2015, e più concretamente dell'art. 4 del D.lgs. nr. 75/2017, che ha apportato modifiche all'art. 6 del D.lgs. n. 165/2001, è stato superato il concetto di dotazione organica quale contenitore rigido da cui partire per la gestione delle politiche assunzionali. Il nuovo concetto di dotazione organica rappresenta, invece, un valore finanziario destinato all'attuazione del Piano nei limiti delle risorse quantificate sulla base del personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente; detto valore finanziario deve necessariamente rientrare nei limiti della spesa per il personale consentiti dalla legge e degli stanziamenti di bilancio.

Riguardo alla modalità di definizione del Piano, ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. n. 165/2001, come novellato dall'art. 4 del D.lgs. n. 75/2017, con il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, sono state emanate Linee di indirizzo, di natura non regolamentare, per la predisposizione del Piano da parte delle amministrazioni pubbliche, che definiscono una metodologia operativa di orientamento per le medesime.

Il PTF rappresenta il primo step di un processo complesso che richiederà un'implementazione e miglioramento progressivo da qui ai prossimi anni. A tal proposito, lo strumento offre l'opportunità, stimolata dalla stessa Funzione Pubblica, per la messa a punto di ulteriori procedure volte ad una mappatura dei processi, delle competenze del personale e delle attività richieste ai vari profili e ruoli, con un grado di dettaglio sempre maggiore.



Il consolidamento di queste linee di attività costituisce un'opportunità per potenziare tutti quegli strumenti di management volti a misurare l'efficienza nell'uso delle risorse, nonché la relazione tra risorse umane e raggiungimento degli obiettivi.

## PROGRAMMAZIONE TRIENNALE E PIANIFICAZIONE ANNUALE

Ai sensi di quanto previsto dal D.lgs. nr. 75/2017 e dalle predette Linee guida, il Piano ha un'estensione temporale triennale e deve essere adottato annualmente al fine di coordinare costantemente il fabbisogno di risorse umane con la pianificazione pluriennale delle attività e con il ciclo della performance, nonché di tenere conto dell'eventuale mutato quadro normativo. Quanto appena sopra descritto presuppone una distinzione tra programmazione triennale e pianificazione annuale dei fabbisogni. La programmazione triennale contribuisce a definire, unitamente agli altri atti di programmazione pluriennale aziendale, le strategie di erogazione e di gestione dei servizi (fase di indirizzo strategico), mentre il piano annuale (fase organizzativa) contiene le scelte di tipo tecnico e gestionale compiute nella decodifica delle linee strategiche e dei fabbisogni di servizi individuati.

Il piano annuale deve, pertanto, costituire una vera e propria pianificazione operativa a mezzo della quale le risorse economiche assegnate alla gestione e sviluppo professionale del personale vengono tradotte in modalità di reclutamento, in inquadramento contrattuale e di progressione professionale (personale da assumere, le specifiche procedure di reclutamento o di progressione da adottare, azioni di sviluppo professionale da apprestare).

La capacità assunzionale, in linea generale, è correlata ai vincoli di spesa nel tempo vigenti e all'attuazione di eventuali interventi di esternalizzazione di servizi no-core oltre che ad eventuali internalizzazioni di attività.

Il reclutamento di personale esterno per la copertura del fabbisogno aziendale, tenuto conto dei vincoli di spesa e delle disposizioni normative, avviene secondo modalità e procedure stabilite dalla legislazione vigente utilizzando gli istituti disciplinati dalle seguenti normative specifiche oltre che dai contratti collettivi nazionali per la dirigenza area sanità, dirigenza professionale-tecnica-amministrativa e comparto sanità:

- ✓ Avvisi di mobilità in entrata: art. 30 e 34 bis del D.Lgs, n. 165/01 e s.m.i;
- ✓ Avvisi di pubblico concorso a tempo indeterminato: D.Lgs. 165/2001 Art. 35, D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 (dirigenza) - D.P.R. n. 220 del 27 marzo 2001 (comparto);
- ✓ Avvisi a tempo determinato: D.Lgs. 165/2001 art. 36, D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 (dirigenza) e D.P.R. n. 220 del 27 marzo 2001 (comparto);
- ✓ Avvisi di conferimento incarichi quinquennali di Direttore Struttura Complessa: D.lgs 502/1992 art. 15, D.P.R. n. 484 del 10.12.1997;
- ✓ Utilizzo graduatoria altri enti: Legge 24.12.2003;
- ✓ Avvisi di stabilizzazione: art. 20, commi 1 e 2, del D.lgs. n. 75/2017 e s.m.i.;
- ✓ Selezioni, per il personale del comparto cat. A e B, mediante richiesta al Centro per l'impiego: D.lgs.165/2001 art. 35 Legge n. 68/1999 D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220;
- ✓ Avvisi conferimento incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7, commi 6 e 6 bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. che possono essere attivati per:





- Specifiche attività progettuali;
- Reclutamento di personale di discipline critiche;

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 7758 del 28/12/2022 allegato 11, sono state fornite indicazioni relativamente al PTFP 2023/2025 in particolare vengono evidenziati i seguenti aspetti.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) risulta essere un documento di programmazione che richiede necessariamente una forte ed intrinseca coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance.

La programmazione proposta per i PTFP 2023-2025 tiene conto degli assetti organizzativi dei nuovi POAS approvati con DGR dalla Regione Lombardia nel corso dell'anno 2022, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.

Il Piano triennale dei fabbisogni 2023 – 2025 riporta per ogni anno:

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

Il PTFP deve essere proposto nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare per l'anno 2023, nelle annualità 2024 e 2025 potranno essere incrementati solo le teste ed i costi utili per completare gli standard previsti dal DM 77/2022 per centrali operative territoriali, case di comunità, e ospedali di comunità in base alla programmazione approvata con DGR n 7515 del 15 dicembre 2022.

L'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2023, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2024 e 2023 ha invece un valore esclusivamente programmatico, senza autorizzazione di assunzione o di spesa.

Il PTFP 2023 – 2025, comprensivo delle tabelle degli attivi e degli FTE e Costi 2022, anche in ottemperanza al DM 132/2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione", deve essere predisposto, sulla base delle indicazioni e dei costi assegnati dalla DG Welfare a seguito delle proposte degli Enti formulate nel corso del mese di dicembre 2022.





La proposta, nei termini approvati e con i costi autorizzati, dovrà essere adottata dall'ente nell' apposito atto deliberativo da armonizzarsi con l'approvazione del PIAO, validato, per quanto di competenza, dai propri Collegi dei Revisori e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 31 gennaio 2023, per l'approvazione regionale definitiva e gli atti conseguenti.

L'ASST Lariana nel rispetto degli indirizzi di programmazione 2023 di cui alla sopra citata DGR 7758 ha provveduto a definire la proposta di Piano triennale dei fabbisogni (PTFP 2023 – 2025), la stessa è stata trasmessa ai competenti uffici della DG Welfare con nota prot. n.75904 del 23/12/2022.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. XII/666 del 17/07/2023, è stato approvato il Piano dei fabbisogni di personale triennio 2023/2025 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana di cui si è preso atto con Deliberazione aziendale n. 867 del 26/07/2023.

Sotto riportate le tabelle della dotazione organica triennio 2023/2025.

DOTAZIONE ORGANICA 2023	TOTALE	TOTALE	TOTALE
	OSPEDALE	TERRITORIO	COMPLESSIVO ASST
<b>Raggruppamento profili</b>			
DIRIGENZA MEDICA	506	105	611
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	34	38	72
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4	0	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6	0	6
DIRIGENZA TECNICA	4	0	4
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	17	0	17
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>571</b>	<b>143</b>	<b>714</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.201	241	1.442
OSTETRICA	53	14	67
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	129	129
PERSONALE TECNICO SANITARIO	206	8	214
ASSISTENTI SANITARI	0	22	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	76	92	168
ASSISTENTI SOCIALI	5	38	43
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	206	6	212
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	400	64	464
AUSILIARI	104	14	118
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	345	172	517
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.599</b>	<b>800</b>	<b>3.399</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.170</b>	<b>943</b>	<b>4.113</b>



DOTAZIONE ORGANICA 2024			TOTALE
	TOTALE OSPEDALE	TOTALE TERRITORIO	COMPLESSIVO ASST
<b>Raggruppamento profili</b>			
DIRIGENZA MEDICA	506	105	611
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	34	38	72
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4	0	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6	0	6
DIRIGENZA TECNICA	4	0	4
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	17	0	17
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>571</b>	<b>143</b>	<b>714</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.201	250	1.451
OSTETRICA	53	14	67
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	129	129
PERSONALE TECNICO SANITARIO	206	8	214
ASSISTENTI SANITARI	0	22	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	76	94	170
ASSISTENTI SOCIALI	5	38	43
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	206	6	212
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	400	70	470
AUSILIARI	104	14	118
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	345	172	517
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.599</b>	<b>817</b>	<b>3.416</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.170</b>	<b>960</b>	<b>4.130</b>



DOTAZIONE ORGANICA 2025			TOTALE
	TOTALE OSPEDALE	TOTALE TERRITORIO	COMPLESSIVO ASST
<b>Raggruppamento profili</b>			
DIRIGENZA MEDICA	506	105	611
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	34	38	72
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4	0	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6	0	6
DIRIGENZA TECNICA	4	0	4
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	17	0	17
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>571</b>	<b>143</b>	<b>714</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.201	250	1.451
OSTETRICA	53	14	67
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	129	129
PERSONALE TECNICO SANITARIO	206	8	214
ASSISTENTI SANITARI	0	22	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	76	94	170
ASSISTENTI SOCIALI	5	38	43
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	206	6	212
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	400	70	470
AUSILIARI	104	14	118
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	345	172	517
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>2.599</b>	<b>817</b>	<b>3.416</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3.170</b>	<b>960</b>	<b>4.130</b>



## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### Introduzione

#### Parte 1- Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

#### Parte 2- Modalità attuative

#### Parte 3- Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

#### Parte 4- Programma di sviluppo del lavoro agile

### Introduzione

Lo smart working è stato regolamentato in Europa, con la risoluzione 13/09/2016 del Parlamento europeo che definisce il “lavoro agile” quale nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La definizione che è stata elaborata in Italia di lavoro agile introduce un “modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l’autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati”

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 nr. 77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che: “entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021 – 2023 della ASST Lariana, inteso come strumento di programmazione e delle modalità di attuazione e sviluppo dello stesso, è stato redatto secondo le indicazioni metodologiche contenute nelle: “linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance” approvate con Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020.

## PARTE 1 - LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO

In ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 1° Marzo 2020 nonché del DPCM dell’8 marzo 2020, recanti “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19” ed in considerazione delle varie proroghe intervenute nel tempo, da ultimo con il Decreto 31.12.2020, nr. 183 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall’Unione Europea” l’ASST Lariana ha provveduto ad applicare lo smart working, nella forma semplificata.



Questa forma di lavoro agile si differenzia da quella ordinaria per il fatto che, ai sensi dell'art. 2 lettera r) del DPCM 8 marzo 2020 può essere applicata dai datori di lavoro a ogni rapporto di lavoro subordinato anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla Legge 22 maggio 2017, n. 81.

In premessa, va evidenziato che l'attività amministrativa e tecnica nell'ASST Lariana, analogamente ad ogni altra azienda sanitaria pubblica, non ha subito a causa della pandemia alcuna contrazione. Gli uffici sono anzi stati sollecitati a fornire il proprio istituzionale supporto in modo più incisivo, cercando di far fronte alle esigenze che via via emergevano ed emergono nei settori clinici più direttamente coinvolti sia nella cura dei pazienti affetti da Covid che da altre patologie per cui l'Azienda è centro provinciale di riferimento.

L'organizzazione del lavoro dei settori tecnico-amministrativi è stata comunque modificata al fine di dare attuazione alle disposizioni contenute nell'art. 87 del Decreto Legge del 17.03.2020, nr. 18 in materia di lavoro agile. Con successivi provvedimenti e in particolare nr. 115 del 03.03.2020, nr. 309 del 27.03.2020 sono state disciplinate modalità e condizioni di accesso allo smart working, previsto per tutto il personale, fatta eccezione per il personale sanitario, eventualmente autorizzabile, limitatamente alla previa valutazione della sostenibilità organizzativa dell'attività in concreto svolta, nonché della necessità di garantire la tutela di personale dipendente in situazione di complessiva fragilità.

In ottemperanza alle indicazioni previste nei succitati provvedimenti aziendali, onere di ogni dipendente interessato è stato presentare al Dirigente dell'Unità Operativa di appartenenza la richiesta di attivazione del lavoro agile. Con riferimento ad ogni singola richiesta pervenuta, ciascun dirigente ha dovuto conseguentemente esprimere il proprio parere e, in caso di parere positivo, ha indicato le attività che il dipendente avrebbe svolto da remoto, al contrario, in caso di parere negativo, lo ha motivato. Da ultimo, la richiesta del dipendente, corredata dal parere del dirigente, è stata valutata dal Direttore Amministrativo. La conseguente autorizzazione o il diniego sono stati resi noti al dipendente tramite nota formale.

Successivamente con provvedimento nr. 396 del 04.08.2020, il Direttore Amministrativo ha disposto la proroga delle autorizzazioni precedentemente concesse sino al 14.09.2020. Ogni dirigente ha provveduto all'organizzazione puntuale dell'attività prevedendo eventuale turnazione tra i collaboratori ed alternanza tra attività da svolgere in presenza e da remoto. Parimenti, con disposizione n. 504 del 19.10.2020 la succitata forma di lavoro è stata nuovamente attivata in via provvisoria così come previsto dall'art. 3 comma 3 del D.P.C.M. del 13.10.2020, prevedendo la medesima procedura interna prevista nella prima fase.

Da ultimo con provvedimento n. 18 dell'11.01.2021, le autorizzazioni in questione sono state prorogate in ottemperanza alle disposizioni di cui al decreto legge n. 183 del 31.12.2020.

Le U.O. che hanno visto coinvolti i propri collaboratori e che, pertanto, hanno eseguito le attività di afferenza anche nella forma del lavoro agile nel corso del periodo emergenziale sono state le seguenti:

- ✓ Famiglia e Assistenza Consultoriale;
- ✓ Gestione Economica Finanziaria e Bilancio;



- ✓ Servizi Tecnici e Patrimonio;
- ✓ Affari Generali e Legali;
- ✓ Gestione Amministrativa di Supporto Al Polo Ospedaliero, Flussi Informativi e Libera Professione;
- ✓ Gestione Attività Amministrativa di Supporto Alla Rete Territoriale;
- ✓ Sistemi Informativi Aziendali;
- ✓ Formazione, Sistema di Valutazione;
- ✓ Gestione Risorse Umane;
- ✓ Cronicità/Fragilità;
- ✓ Servizio Di Medicina Legale;
- ✓ Miglioramento Qualità E Risk Management;
- ✓ Approvvigionamenti e Logistica;
- ✓ Farmacia Ospedaliera.

Complessivamente si rileva che l'accesso allo smart working ha coinvolto complessivamente n. 221 dipendenti attualmente in servizio.

L'utilizzo dello smart working "emergenziale", per come è stato disciplinato e gestito nella ASST Lariana, ha consentito di:

- ✓ venire incontro alle legittime aspettative del proprio personale, tenuto conto delle difficoltà oggettive nella gestione familiare durante l'emergenza Covid (scuole chiuse, etc.);
- ✓ modulare il numero di dipendenti presenti contemporaneamente in Azienda, tenuto conto delle difficili condizioni logistiche che non sempre avrebbero permesso il mantenimento delle distanze interpersonali;
- ✓ poter contare sulla prestazione lavorativa dei propri dipendenti, evitando che i medesimi potessero far ricorso a diversi istituti contrattuali a giustificazione delle assenze ma senza garantire la prestazione lavorativa;
- ✓ dare il proprio contributo al rispetto delle misure di contenimento della mobilità dei cittadini varate dal Governo.

Alla data del 31 dicembre 2020, risultavano essere stati autorizzati in smart working "emergenziale":

Comparto ruolo amministrativo		
Dipendenti Totali	Dipendenti ammessi allo smart working	% Dipendenti ammessi allo smart working
433	174	40,18 %

Risultano, peraltro, autorizzati anche n. 3 dirigenti medici, n. 4 dirigenti amministrativi, n. 2 dirigenti tecnici, n. 22 dipendenti del comparto di area tecnica non sanitaria e n. 16 dipendenti del comparto di area sanitaria.





Nello specifico è stato conferito, a ciascun Direttore, l'obbligo di controllo su attività e/o carichi di lavoro anche attraverso report e/o dati tali da poter garantire una costante rendicontazione delle attività svolte dai singoli, rispettando le disposizioni aziendali rispetto al distanziamento sociale circa l'attività lavorativa svolta in sede. Tale riorganizzazione è stata pertanto condizionata dalla mission della ASST Lariana, che in quanto Azienda sanitaria appartiene ad una tipologia di amministrazione dalle caratteristiche peculiari rispetto a quelle cui fa riferimento il generale contenuto delle linee guida della Presidenza del Consiglio dei Ministri che nulla prevedono, nel dettaglio, per le realtà sanitarie.

\*\*\*

Dal punto di vista tecnologico si elencano di seguito le predisposizioni che si è reso necessario attuare per consentire la modalità di lavoro agile.

### **Potenziamento VPN**

A seguito della necessità di permettere l'accesso da remoto alle postazioni di lavoro personali, nel mese di marzo 2020 si è provveduto all'acquisto di nr. 200 licenze "SSL VPN", aggiuntive a quelle già presenti, da installare sull'apparecchiatura firewall del presidio di San Fermo della Battaglia. Queste licenze permettono l'abilitazione di un totale di nr. 204 accessi contemporanei da remoto alla rete di ASST Lariana.

### **Verifica prerequisiti tecnici per smart working**

Per garantire ai dipendenti la possibilità di collegarsi dall'esterno della ASST Lariana, si è provveduto alla verifica, tramite intervista, delle caratteristiche di connettività dati - internet a disposizione del dipendente presso il suo domicilio.

Si è verificata, inoltre, la disponibilità di computer personali idonei all'impiego in ambito lavorativo, constatandone l'idoneità di nr. 42 che sono stati configurati in modo da consentire il collegamento da remoto.

### **Computer notebook**

Si è provveduto ad acquistare, configurare e assegnare ai dipendenti autorizzati alla modalità "lavoro agile" nr. 40 computer portatili Lenovo S145, nr. 16 portatili "gara Consip" HP440, oltreché nr. 4 portatili Lenovo IdeaPad.

### **Implementazione linee telefoniche**

Al fine di garantire la possibilità di deviazione del proprio interno telefonico su numero privato, garantendo la reperibilità telefonica durante il servizio, si è provveduto all'ampliamento dei flussi telefonici primari attestati a San Fermo con un pacchetto di ulteriori nr. 70 linee telefoniche, portando il totale a 150 flussi telefonici. Tale ampliamento è avvenuto nell'ambito dell'esistente contratto Consip SPC2.

### **Acquisto dispositivi mobili**



Sono stati acquistati 4 telefoni cellulare base ad uso dei servizi URP e Vaccinazioni, specificamente per favorire il lavoro in modalità Smart working.

### **Televisita e video-conference**

Si è provveduto ad acquistare nr. 330 webcam e nr. 330 casse acustiche per PC allo scopo di permettere l'effettuazione di riunioni in modalità videoconferenza, oltreché per consentire al personale medico di effettuare prestazioni in televisita con i pazienti.

### **Sistema di video-conferenza**

Si è provveduto ad allestire un sistema di video conferenza, impiegando la soluzione open-source Jitsi meet, usato dai dipendenti per organizzare, nel rispetto dei DPCM relativi alla gestione dell'emergenza pandemica, riunioni anche con personale situato all'esterno dell'ASST Lariana (es. dipendenti in regime di lavoro agile, dipendenti di altri enti, etc).

### **Controlli**

Fatta salva la responsabilità in capo a ciascun direttore di unità operativa circa la valutazione della compatibilità della modalità di lavoro agile con la tipologia di lavoro svolto presso l'ufficio, oltreché della verifica della qualità e quantità di lavoro svolto dai propri collaboratori, l'Amministrazione può effettuare controlli inerenti l'uso delle tecnologie informatiche in conformità alla normativa vigente e ai regolamenti approvati con la Deliberazione nr. 442 del 28 maggio 2020, avente ad oggetto: "Approvazione del Regolamento per la protezione dei dati personali" e delle "Regole comportamentali per l'utilizzo di apparecchiature telematiche da parte dei dipendenti".

Tale deliberazione è stata resa nota a tutti i dipendenti mediante pubblicazione sulla intranet aziendale.

## **PARTE 2- MODALITA' ATTUATIVE**

La regolamentazione del lavoro agile e la sua implementazione nella ASST Lariana, sono stati influenzati in primis dal Decreto Legge 30/4/2021 nr. 56 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", convertito in Legge nr. 87/2021 del 17/06/2021, che all'articolo 1) "Disposizioni urgenti di lavoro agile" modifica l'articolo 263 del D.L. 34 del 19/5/2020, convertito in L. 77/2020 e l'articolo 14 c. 1 della legge 7 agosto 2015 nr. 124, ed in particolare nelle parti in cui:

- 1) rinvia alla contrattazione collettiva la definizione degli istituti del lavoro agile, e comunque non oltre il 31/12/2021;
- 2) prevede che fino a tale data prosegue l'accesso al lavoro agile attraverso le modalità semplificate di cui all'articolo 87 c. 3 del D.L. 17/3/2020, mediante la flessibilità dell'orario di lavoro, comunque a condizione che l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese avvenga con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente;
- 3) prevede di mantenere inalterato il necessario rispetto delle misure di contenimento del fenomeno epidemiologico della tutela della salute adottate dalle autorità competenti;

- 4) conferma l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare i "Pola" entro il 31 gennaio di ogni anno, rideterminando la percentuale minima dei dipendenti che potrà avvalersi del lavoro agile - precedentemente fissata al 60% - al 15% per le attività che possono essere svolte in modalità agile;
- 5) prevede che, in caso di mancata adozione del Pola, il lavoro agile sia svolto da almeno il 15% del personale che ne faccia richiesta.

Per quanto sopra esposto, si è provveduto con determina nr. 287 del 1 luglio 2021 a prorogare al 31/12/2021 le determinazioni attuative in materia di lavoro agile, nella forma semplificata, dandone contestualmente avviso a tutti i dipendenti.

Successivamente è poi intervenuto il Decreto 8 ottobre 2021 del Ministro per la pubblica amministrazione dal titolo “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni” (GU Serie Generale nr. 245 del 13-10-2021) contenente la disciplina per il rientro al lavoro in presenza di tutti i dipendenti pubblici, dal 15 ottobre 2021, (ad eccezione dei lavoratori cosiddetti “fragili” per i quali è stata prevista una specifica tutela normativa) in attesa della definizione della disciplina contrattuale dello smart working e dell’adozione del PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione).

In data 2 novembre 2022 è stato sottoscritto il nuovo CCNL relativo al personale del comparto sanità, nello stesso è stato regolamentato il lavoro agile. La competente Struttura S.C. Gestione del Personale procederà nel corso del 2023 ad avviare con le competenti OO.SS. la contrattazione integrativa aziendale e in conformità a quelle che saranno le indicazioni della direzione strategica si provvederà a disciplinare il lavoro agile in forma ordinaria.

In attuazione dell’art. 14 della legge 124/2015 e della legge nr. 81/2017, la ASST intende dotarsi di un regolamento aziendale in materia di “lavoro agile” (smart working) che tenga conto dei seguenti obiettivi e elementi qualificanti:

**Obiettivi:**

- ✚ incrementare e migliorare la work-life balance (conciliazione vita-lavoro);
- ✚ ridurre il tasso di assenteismo;
- ✚ aumentare il livello di motivazione;
- ✚ aumentare il benessere organizzativo e la conseguente fidelizzazione del personale;
- ✚ incrementare la performance organizzativa;
- ✚ ridurre l’impatto sull’ambiente in termini di riduzione dell’utilizzo dei mezzi di trasporto collettivi e individuali contribuendo alla diminuzione del traffico veicolare e dell’inquinamento ambientale;
- ✚ rimodulare l’articolazione della presenza in servizio per favorire il distanziamento sociale;

## Gli elementi qualificanti

- ✚ A) si applicherà a tutto il personale dipendente sia a tempo indeterminato che determinato purché risulti compatibile con il profilo professionale rivestito e le mansioni svolte. A tal fine in coerenza con quanto sinora operato si intende attribuire al Dirigente responsabile della U.O./Servizio, nonché del Direttore di Dipartimento/Direttore la verifica tra la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- ✚ B) sarà attivato su base volontaristica con le modalità e i tempi stabiliti nell’emanando Piano e potrà essere concesso annualmente a seguito dell’emanazione di avviso interno, pubblicato sulla intranet aziendale;
- ✚ C) al lavoratore agile sarà consentito l’espletamento ordinario dell’attività lavorativa al di fuori della sede di lavoro per un numero massimo di giornate mensili da definire, nel rispetto dell’orario di lavoro contrattualmente previsto.

Nel regolamento saranno disciplinati i seguenti aspetti:

- ✓ l’informativa scritta riguardo i rischi generali ed i rischi specifici connessi alla modalità “agile” di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo ogni utile indicazione affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l’attività lavorativa;
- ✓ “accordo individuale sul lavoro agile integrativo del contratto di lavoro” che disciplina:
  - le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta all’esterno della sede di lavoro;
  - le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;
  - la durata del contratto, le modalità di recesso d’iniziativa del dipendente, ovvero da parte della ASST;
  - gli obblighi connessi all’espletamento dell’attività in modalità agile;
  - le fasce di contattabilità;
  - le specifiche concernenti la connettività e la manutenzione della dotazione informatica;
  - le eventuali deroghe alle previsioni generali previste in ragione della natura dell’attività svolta;
  - le tutele e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati;
  - Il monitoraggio degli obiettivi.

La ASST Lariana sceglie di sviluppare in modo progressivo e graduale il lavoro agile programmandone l’attuazione tramite il POLA, fotografando una baseline e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

Le fasi del programma di sviluppo della modalità lavorativa in argomento saranno:



- ➔ **fase di avvio.** Mappatura ed eventuale implementazione delle attività idonee alla modalità di lavoro agile a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, adozione di apposito regolamento disciplinante diritti e doveri, predisposizione di uno schema accordo individuale, monitoraggio del lavoro agile, avvio di percorsi formativi (intesi come percorsi verticali e trasversali-soft) del personale anche dirigenziale. Continua ad essere garantito l'help desk informatico a supporto dei lavoratori in smart working;
- ➔ **fase di sviluppo intermedio.** Implementazione delle competenze direzionali organizzative e digitali in materia di lavoro agile tramite percorsi formativi mirati. E' intenzione comunque di prevedere specifici momenti formativi per il personale dirigenziale e del comparto, finalizzati all'implementazione di nuove competenze digitali e di diversa organizzazione del lavoro. Il Piano formativo per i dipendenti, sarà definito e concordato per il triennio con l'ufficio formazione, i contenuti dei programmi terranno conto delle necessità formative anche a seconda della tipologia e qualifica ricoperta dal personale, ovvero di particolari tipologie di esecuzione delle prestazioni;  
Incremento del numero dei Personal Computer di proprietà dell'Azienda da assegnare ai lavoratori agili, degli applicativi e delle banche dati consultabili da remoto, dei processi e servizi digitalizzati da prevedere in fase di revisione del piano triennale per l'informatica;
- ➔ **fase di sviluppo avanzato.** Implementazione degli investimenti in supporti hardware ed infrastrutture digitali, funzionali al lavoro agile finalizzati all'estensione a tutti i settori in cui detta forma di lavoro sia ritenuta sostenibile, in modo da giungere nell'arco del triennio al pieno assolvimento degli obblighi normativi in materia.

L'implementazione del Pola, oltre a produrre effetti positivi diretti rispetto al personale coinvolto, potrebbe avere riflessi e fornire positivi stimoli anche all'innovazione dei servizi che l'Azienda si prefigge di offrire sul territorio determinando un incremento dei servizi generali all'utenza.

AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	LAVORO AGILE		
				TARGET		
				2023	2024	2025
Implementazione del lavoro agile	Mappatura dei processi e attività svolgibili in smart working	Unità operative coinvolte	Predisposizione documento ricognitivo	Tutte le SC/SS coinvolte individueranno le attività che potranno essere rese in modalità agile	-	-
Implementazione del lavoro agile	Adozione del Regolamento aziendale	SC Gestione Risorse Umane	Regolamento aziendale	Deliberazione aziendale di approvazione del Regolamento	-	-
Implementazione del lavoro agile	Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o processi		Predisposizione scheda esplicativa	Tutte le SC/SS coinvolte saranno tenute alla compilazione della scheda esplicativa	-	-
Implementazione del lavoro agile	Predisposizione scheda di valutazione obiettivi annuali		Redazione nuova scheda di valutazione obiettivi annuali	Tutte le SC/SS coinvolte saranno tenute alla compilazione della scheda esplicativa	-	-
Implementazione del lavoro agile	Monitoraggio del lavoro agile	SC Gestione Risorse Umane	Report periodici semestrali	Scheda di monitoraggio relativa al personale autorizzato	Scheda di monitoraggio relativa al personale autorizzato	Scheda di monitoraggio relativa al personale autorizzato
Implementazione del lavoro agile	Help desk informatico	SC Sistemi Informativi Aziendali	Avvio assistenza da remoto	-	-	Avvio assistenza da remoto



## PARTE 3

### SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE

#### DIREZIONE STRATEGICA

E' la "cabina di regia" del processo di cambiamento nella gestione del personale e promotrice dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

#### DIRIGENTI responsabili di UO

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

In coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitorano e verificano le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente, sulla base dei principi del sistema di misurazione e valutazione della performance in vigore, adottato dall'amministrazione, verificano la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e determinano le attività effettuabili in modalità agile e le modalità del loro monitoraggio e il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite aziendale fissato nel regolamento).

#### Comitati unici di garanzia (CUG):

Seguendo le indicazioni della Direttiva nr. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, la ASST Lariana valorizzerà il ruolo del CUG nella "realizzazione" dell'istituto del lavoro agile.

#### Organismi indipendenti di valutazione (OIV):

Come per gli indicatori definiti nel Piano della performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo del Nucleo di Valutazione è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per verificare che la definizione degli indicatori sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.





## Direttore dei Sistemi Informativi Aziendali:

L'ASST Lariana provvederà all'aggiornamento del Piano Triennale per l'informatica per la PA 2020-2022 al fine di definire un maturity model per il lavoro agile. Tale modello individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari anche alla luce del nuovo contesto connesso all'emergenza Covid-19.

## Organizzazioni sindacali

Come previsto dalle "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" adottate con Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020, il POLA è stato adottato dalla ASST Lariana dopo aver sentito le organizzazioni sindacali (in data 27.01.21), con le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

## 3.3 Formazione del personale

Il Piano Formativo Aziendale costituisce il punto di riferimento per la programmazione delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione Strategica. Le modalità adottate per la rilevazione ed analisi del fabbisogno di formazione seguono procedure codificate da tempo nel sistema qualità aziendale.

Attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi, il Piano – ad oggi, con estensione annuale, in prospettiva estendibile al triennio – si pone, insieme agli altri Piani aziendali, come strumento di compensazione dei gap di competenze rilevati e come opportunità di sviluppo per i professionisti dell'ASST.

L'ASST Lariana ha da tempo adottato il modello delle competenze come riferimento per lo sviluppo di strumenti gestionali delle risorse umane innovativi come le job description, assegnazione dei privileges al personale medico e un set di indicatori comportamentali di possesso di competenze tecnico-professionali e trasversali che vengono misurate ogni anno con schede di valutazione individuale. E' un processo integrato e i dati che emergono dal sistema di valutazione e dalla compilazione delle job description (in modo particolare con il processo di assegnazione delle autonomie professionali) costituiscono elementi del fabbisogno formativo che si traduce in progetti e iniziative ad hoc e mirate, recepite nel PFA ad adozione annuale.

Ad esempio per il 2021 la compilazione dei privileges ai medici del dipartimento chirurgico ha portato l'Azienda a progettare un corso avanzato di alta formazione sulla traumatologia di urgenza con una delle società scientifiche riconosciute a livello internazionale, mentre per il 2022 ha inserito nel PFA quattro edizioni di Corsi ACLS per implementare le capacità dei professionisti, con idoneità certificate da Enti esterni, per situazioni di emergenza –urgenza.

L'analisi del fabbisogno formativo, che è propedeutica alla programmazione delle attività formative, viene orientata fortemente da una lettera di indirizzo della Direzione Generale che detta ai responsabili le linee strategiche da osservare nella presentazione dei progetti formativi che vengono poi sottoposti all'approvazione del Comitato tecnico scientifico della formazione.

Gli indirizzi dettati dalla direzione Generale tengono conto dell'evoluzione del contesto normativo e organizzativo (ad es. la riforma sanitaria), dell'assicurare la formazione obbligatoria in materia di sicurezza dei lavoratori, garantire la qualità delle prestazioni da assicurare ai cittadini con particolare attenzione alle tematiche di Risk management e clinico.



I responsabili scientifici traducono in progetti formativi gli obiettivi di mantenimento e miglioramento delle capacità/competenze tecnico-professionali e trasversali.

I progetti vengono presentati al CTSF aziendale e successivamente approvati con deliberazione del Direttore Generale con assegnazione di specifico budget.

E' un processo altamente partecipativo che coinvolge tutte le articolazioni aziendali, utilizzando survey per i dipendenti e schede informatizzate per i responsabili scientifici. Inoltre, vengono utilizzate anche tecniche di partecipazione come il focus group e riunioni dei dipartimenti per far sì che il processo decisionale coinvolga l'azienda nelle sue più rappresentative articolazioni.

La costruzione del Piano formativo degli ultimi due anni è stato fortemente condizionato dall'emergenza COVID che ha richiesto alle organizzazioni un forte cambiamento e flessibilità organizzativa.

L'ASST Lariana per far fronte alla situazione emergenziale e assicurare ad es. la sicurezza dei lavoratori è riuscita a modificare la piattaforma digitale e fornire ai dipendenti la formazione in modalità FAD.

Inoltre il dover rispondere in modo adeguato all'emergenza sanitaria ha fatto sì che nel piano del PFA del 2021 e 2022 ci fosse una sezione dedicata in modo specifico all'implementazione delle competenze sulla tematica COVID e della realizzazione del Piano Pandemico nazionale. Una particolare attenzione sviluppata negli ultimi anni è la qualità dell'erogazione delle attività formative, con la progettazione e realizzazione di corsi per implementare le competenze relazionali e specifiche per svolgere il ruolo di docente ai corsi interni all'azienda. E' in atto un'azione strategica per realizzare una rete di formatori aziendali per promuovere capacità di progettazione ed erogazione di attività formative che possano garantire standard di qualità elevati.

Il riconoscimento di queste azioni è pervenuto dall'esito degli audit della Regione Lombardia, come Provider ECM-CPD, alla ASST Lariana che ha assegnato alla nostra azienda il massimo punteggio dei requisiti di qualità per la progettazione ed erogazione delle attività formative assegnando cinque stelle.

Il PFA annuale pubblicato anche sul sito web aziendale con la sua complessità e numerosità delle iniziative formative dà la possibilità di verificare concretamente lo sforzo aziendale di assicurare un adeguato sviluppo formativo delle risorse professionali e umane impiegate nell'azienda.

L'ASST Lariana ha aderito al network degli uffici di formazione del CERISMAS dell'Università Cattolica di Milano e ciò permette un continuo confronto sugli sviluppi organizzativi e innovativi inerenti la formazione.

Nella tabella seguente vengono riportati alcune azioni di miglioramento dell'attività formativa che evidenziano di come vengono recepite costantemente le linee strategiche. (Vedere foglio excel allegato).



FORMAZIONE DEL PERSONALE						
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
Applicazione della L.R. 22/2021 - analisi e definizione della rete dei servizi territoriali e delle competenze richieste ai professionisti impegnati nelle nuove strutture	Programmazione di un percorso formativo articolato in almeno tre proposte formative 1. Corsi per far conoscere e attivare i nuovi servizi territoriali; 2. Corsi specifici per ampliare/rafforzare le competenze necessarie per l'assistenza di prossimità. 3. Corso Polis Formazione Infermiere di Famiglia e Comunità;	Personale SS Formazione e Valutazione de personale - Direttori e Responsabili scientifici	Sviluppare conoscenze, capacità e competenze specifiche per la realtà territoriale in vista di un potenziamento dell'assistenza territoriale. Risultato conseguito: partecipazione del personale assegnato alle aree distrettuali. Individuati dal respoanibile scientifico.	ogni anno	ogni anno	ogni anno
Analisi del contesto mutato per la Pandemia, promuovere e sostenere l'applicazione del POP (Piano Operativo Pandemico)	Sviluppare le conoscenze e le competenze connesse alla realizzazione del Piano Pandemico - Aziendale	Personale SS Formazione e Valutazione de personale - Direttori e Responsabili scientifici	Realizzazione di almeno 3 iniziative formative Risultato conseguito: partecipazione al corso degli operatori individuati dal Responsabile Scientifico durante la fase di progettazione	ogni anno	ogni anno	ogni anno
Individuazione di una rete di referenti aziendali sul tema delle competenze trasversali (soft-skills):	Sviluppare la conoscenza di un set di competenze trasversali in un gruppo di potenziali formatori attraverso la progettazione ed erogazione di alcuni corsi a valenza strategica. Corso: Formazione residenziale “Sviluppare le competenze trasversali: un laboratorio esperienziale”; Gruppo di miglioramento per la diffusione e lo sviluppo delle competenze trasversali in Azienda;	Personale SS Formazione e Valutazione de personale - Coordinatori, Direttori e Responsabili scientifici	Presenza nel PFA 2022 dei due corsi e monitoraggio della loro realizzazione a fine anno	ogni anno	ogni anno	ogni anno

Come indicato in tabella si prevede di sviluppare iniziative formative tese a sostenere il processo di implementazione della riforma sanitaria Lombarda come modificata dalla l. r. 22/2021, che prevede lo sviluppo di servizi innovativi a livello di ciascuna area distrettuale (case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità) nonché la necessità di accrescere implementare nuove competenze negli operatori coinvolti (es. infermieri di famiglia, direttori di distretto) in un'ottica di integrazione multi-professionale e multi-disciplinare per migliorare la presa in carico degli utenti, in particolare quelli fragili (anziani, cronici).

L'ASST ha diffuso la Procedura Aziendale denominata POP 2021-2023 – Rev.0, del 12/08/2022 che deve trovare un adeguato supporto formativo/informativo al fine di garantire un'adeguata risposta ad una pandemia influenzale secondo le azioni e gli interventi previsti nel documento aziendale.

Si intende inoltre sviluppare una rete operatori per il miglioramento della competenze trasversali (capacità di lavorare in gruppo, di gestire i rapporti interpersonali, prendere decisioni, di comunicare, ...) sempre più importanti per raggiungere i risultati previsti nelle organizzazioni complesse.

### 3.4 PIANO DI AZIONI POSITIVE

Il Piano costituisce il documento programmatico per introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo aziendale; lo stesso è elaborato in conformità con la normativa comunitaria e nazionale che promuove l'uguaglianza e la parità di genere a tutti i livelli di governo.

Le Fonti normative

- Art. 3 della Costituzione che enuncia il principio di uguaglianza riconoscendo a tutti i cittadini pari dignità sociale e dichiarandone l'uguaglianza "davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali".
- Legge 20 maggio 1970 n. 300 (Statuto dei lavoratori) che all'art. 15 comma 2 stabilisce che è nullo qualsiasi patto o atto diretto a "fini di discriminazione politica, religiosa, razziale, di lingua o di sesso".



- Legge n. 125 del 10 aprile 1991 aventi ad oggetto le azioni positive per la realizzazione della parità uomini e donne nel lavoro così come modificata dal Decreto Legislativo n. 196 del 23 maggio 2000 che prevede la predisposizione di Piani di Azioni Positive di durata triennale al fine di promuovere l'inserimento delle donne nell'ambito lavorativo ad ogni livello, ad ogni settore e di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono le pari opportunità.
- Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 (cd. Testo unico sul pubblico impiego) recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alla dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e specificamente in tema di pari opportunità.
- Direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 215).
- Direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 216).
- Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione e di impiego.
- Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 avente ad oggetto il "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" a norma della legge 28/11/2005 n. 246 che introduce una normativa ad ampio raggio la cui ratio è quella di prevenire e rimuovere qualsiasi forma di discriminazione fondata sul sesso.
- Legge n. 183 del 4 novembre 2010 (cd. Collegato al lavoro) che prevede la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).
- La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 avente ad oggetto le "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia".
- Decreto Legislativo 15 giugno 2015 n. 80 avente ad oggetto "misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro".
- Legge 7 agosto 2015 n. 124 avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ed in particolare l'art. 14 concernente "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche".
- Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo avente ad oggetto "Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale".
- La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 3 del 1 giugno 2017 avente ad oggetto gli "Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti".
- La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019 avente ad oggetto le "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".



## Premessa

Il divieto di discriminazioni e la parità di trattamento dei lavoratori in relazione all'accesso e all'occupazione sono dei principi cardine del nostro ordinamento. Tali principi costituiscono valori fondamentali anche dell'Unione Europea, come ribadito nel Trattato sull'Unione Europea (TUE), nel Trattato sul funzionamento dell'Unione (TFUE) e nella Carta europea dei diritti fondamentali.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) dell'ASST individua gli obiettivi perseguiti e le azioni positive per il raggiungimento degli stessi.

Gli obiettivi generali del Piano sono:

- promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, al benessere lavorativo a tutti i livelli organizzativi e alla formazione/informazione mirata ad una maggiore consapevolezza in tema di mobbing, discriminazione di genere, stalking e pari opportunità;
- sostenere la collaborazione dei CUG e degli Organismi paritetici per l'innovazione anche tramite il confronto e lo scambio di esperienze con altre realtà ospedaliere;
- favorire nell'ambito lavorativo parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- promuovere e realizzare iniziative mirate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare.

## Piano triennale di azioni positive 2023 – 2025

Azione 1	<b>Indagine conoscitiva sulle condizioni organizzative in Azienda:</b> Studio retrospettivo dei principali indicatori organizzativi aziendali relativi a periodo 2015/2022 e azioni di intervento sulle criticità che emergono dai dati.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Acquisire dati di carattere lavorativo/organizzativo anche in ottica di genere.</li><li>➤ Costruire un report con indicatori organizzativi aziendali (a titolo esemplificativo: turn over, up/down sizing, carico di lavoro (ore medio di straordinario), turni notturni (numero medio e regolarità), assenze per malattia, infortuni.</li><li>➤ Rilevare criticità organizzative nelle diverse articolazioni aziendali.</li></ul>
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Identificazione dei dati necessari e delle loro fonti.</li><li>➤ Costruzione di una reportistica adeguata.</li><li>➤ Pianificazione dei flussi informativi.</li><li>➤ Individuazione dei temi e degli strumenti idonei alla rilevazione.</li><li>➤ Rilevazione delle informazioni mediante l'attuazione di indagini conoscitive ed elaborazione dei dati.</li><li>➤ Fornire ai diversi organi aziendali elementi conoscitivi essenziali per formulare proposte di intervento al fine di garantire il benessere organizzativo e riequilibrare eventuali squilibri di genere e per età</li></ul>



Attori coinvolti	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direzione Aziendale</li><li>➤ CUG</li><li>➤ S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</li><li>➤ Servizio Prevenzione e Protezione</li><li>➤ Medicina del Lavoro, Preventiva e Radioprotezione</li><li>➤ Direttori di Dipartimento</li><li>➤ Direzione DAPSS</li></ul>
Tempi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>2023</b> analisi dati retrospettivi e individuazione delle azioni</li><li>➤ <b>2024</b> realizzazione delle azioni identificate quali prioritarie</li><li>➤ <b>2025</b> feedback delle azioni intraprese e valutazione dei risultati</li></ul>

<b>Azione 2</b>	<b>Benessere organizzativo:</b> Diffondere una cultura aziendale orientata alla promozione del benessere organizzativo e della salute del singolo individuo, inteso come benessere fisico, mentale e sociale come definita dalla Organizzazione mondiale della sanità (WHO) al fine di sviluppare una maggior appartenenza e senso di identità aziendale. In modo particolare si intende realizzare iniziative volte a generare una cultura di rispetto delle differenze.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Stimolare la cura di sé, la promozione e la tutela della salute, la difesa da mobbing e molestie.</li><li>➤ Sviluppare una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze</li><li>➤ Prevenire le aggressioni e gli atti di violenza agli operatori</li></ul>
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Organizzare workshop esperienziali che offrano occasioni di cura di sé, occasioni di crescita e rafforzamento delle proprie capacità di autonomia e responsabilità (empowerment) per migliorare le condizioni di lavoro e i rapporti interpersonali</li><li>➤ Sostegno ad attività finalizzate al mantenimento della forma psicofisica</li><li>➤ Promozione della maternità/paternità consapevole per sostenere la genitorialità e la condivisione dei compiti di cura all'interno della coppia.</li><li>➤ Svolgere attività formative sul tema della violenza agli operatori e fornire strumenti per la loro prevenzione.</li></ul>
Attori coinvolti	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Direzione Aziendale</li><li>➤ CUG</li><li>➤ S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</li><li>➤ Servizio Prevenzione e Protezione</li><li>➤ Medicina del Lavoro, Preventiva e Radioprotezione</li><li>➤ DAPSS</li><li>➤ Formazione</li><li>➤ Comunicazione</li><li>➤ Consultori</li></ul>
Tempi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>2023</b>- inserimento nel Piano Formativo Aziendale 2023 – di interventi formativi ad hoc sulle tematiche della violenza agli operatori e sul benessere nel luogo di lavoro.</li><li>➤ <b>2024</b> – valutazione interventi effettuati e continuazione dell'attività.</li><li>➤ <b>2025</b> – effettuare focus di gruppo sulle tematiche oggetto di formazione specifica e sulle iniziative adottate dall'ASST lariana anche di tipo organizzativo coinvolgendo il CUG, gruppi di lavoro specifici;</li></ul>

<b>Azione 3</b>	<b>Tutela e valorizzare delle specificità di genere:</b> realizzare iniziative volte a generare una cultura di rispetto delle differenze di genere attraverso percorsi formativi e informativi che coinvolgono tutto il personale aziendale. L'azione informativa/formativa è preliminare
-----------------	---





	all'individuazione di azioni specifiche che hanno l'obiettivo di riequilibrare le differenze di genere. L'azienda intende promuovere un gruppo di lavoro composto da sanitari con professionalità diverse per lo sviluppo della medicina di genere e studiare la fattibilità di percorsi assistenziali e definizione di PDTA con specificità di genere.
Obiettivi	➤ Sviluppare la comunicazione/diffusione delle informazioni e delle iniziative sulla tutela e la valorizzazione delle specificità di genere
Descrizione	➤ Costituzione di un gruppo di lavoro sulla medicina di genere; ➤ Organizzare eventi volti ad approfondire e diffondere specifiche tematiche;  ➤ Diffondere le informazioni sulle iniziative aziendali sul tema e predisporre materiale informativo;  ➤ Rendere facilmente individuabile e consultabile la documentazione d'interesse.
Attori coinvolti	➤ Direzione Aziendale; ➤ Medicina del Lavoro, Preventiva e Radioprotezione;  ➤ Direttori di Dipartimento ➤ CUG ➤ S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ➤ Servizio Prevenzione e Protezione ➤ Formazione ➤ Comunicazione
Tempi	➤ <b>2023</b> – costituzione gruppo di lavoro medicina di genere e identificazione delle attività e definizione del programma informativo. ➤ <b>2024</b> - realizzazione delle attività previste ➤ <b>2025</b> – Analisi e valutazione dei risultati raggiunti

<b>Azione 4</b>	<b>Conciliazione lavoro-famiglia:</b> favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari. ▪ Conciliazione lavoro-famiglia L'Azienda intende sostenere le richieste di maggiore flessibilità delle condizioni di lavoro, in particolare in materia di orari, da parte delle/dei dipendenti con carichi di responsabilità familiari particolarmente gravosi (figli piccoli, familiari malati/non autosufficienti), e vigilare affinché non si determinino effetti di segregazione o comunque di penalizzazione delle carriere lavorative. In tale prospettiva si sostiene l'Istituto del part-time che valorizza la conciliazione tempo lavoro per la gestione dei carichi familiari.
Obiettivi	➤ Promozione dell'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro ➤ Promozione di azioni per sostenere i dipendenti nella cura di familiari
Descrizione	➤ Analisi organizzativa finalizzata all'implementazione del numero dei posti da mettere a bando
Attori coinvolti	➤ Direzione Aziendale ➤ Direttori di Struttura Complessa dell'area tecnico professionale ➤ CUG ➤ S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ➤ Organizzazioni Sindacali ➤ Direzione DAPSS



	➤
Tempi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>2023</b> –) raccolta dati per analisi dei bisogni, con l’obiettivo di incrementare il numero dei posti da mettere a bando relativamente all’istituto del Part-time</li><li>b) predisposizione del Bando Part-Time</li><li>➤ <b>2024</b> –) raccolta dati per analisi dei bisogni, con l’obiettivo di incrementare il numero dei posti da mettere a bando relativamente all’istituto del Part-time</li><li>b) predisposizione del Bando Part-Time</li><li>➤ <b>2025</b> –) raccolta dati per analisi dei bisogni, con l’obiettivo di incrementare il numero dei posti da mettere a bando relativamente all’istituto del Part-time</li><li>b) predisposizione del Bando Part-Time</li></ul>

## SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

### 4.1 MONITORAGGIO DELLE PERFORMANCE

Si rimanda alle schede inserite nella sezione Valore pubblico, performance e rischi anticorruzione.

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico ASST Lariana predisporrà “entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’Organismo di valutazione ai sensi dell’articolo 14 che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzati”.

### 4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI

Si rimanda alle schede di cui ai punti precedenti ed a quelle in allegato al presente piano.

L’attività di monitoraggio a cura del RPCT si realizza, secondo un criterio di priorità, con l’acquisizione di elementi di riscontro anche attraverso specifici audit opportunamente programmati. Rimane la facoltà del RPCT di svolgere audit non programmati, ove la situazione lo rendesse necessario (es: segnalazioni, ecc). In una logica di integrazione delle funzioni aziendali, possono essere realizzati specifici audit anche in collaborazione con altre funzioni aziendali quali ad esempio l’internal auditing.

L’RPCT si avvale anche della collaborazione del gruppo a supporto del RPCT nominato con deliberazione n. 757 del 04/08/2021.

Nel triennio 2023-2025 l’attività di monitoraggio riguarderà i seguenti ambiti:

- ✓ stato attuazione/efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza già esistenti e/o future ed eventuali criticità con relative azioni intraprese (rif. schede analisi del rischio e di programmazione monitoraggio misure);
- ✓ eventuali criticità nell’assolvimento obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e relative azioni intraprese;
- ✓ audit in collaborazione con la funzione Internal Auditing.



Con periodicità annuale, inoltre, verrà svolto il riesame del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche mediante la predisposizione della relazione da parte del RPCT ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, al fine di pianificare le opportune azioni di miglioramento per l'anno successivo.

#### 4.3 MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE

Si rimanda alla scheda obiettivi di cui al punto 3.2 con la precisazione che l'obiettivo di monitoraggio del Lavoro agile si prefigge di analizzare le dimensioni quantitative e qualitative dell'attuazione dello stesso nella ASST Lariana; la S.C. Gestione Risorse Umane avvierà una specifica iniziativa di monitoraggio con periodicità semestrale.

L'elaborazione dei dati raccolti attraverso l'attività di monitoraggio consentirà all'amministrazione di avere elementi di conoscenza indispensabili per modulare gli interventi finalizzati alla promozione del lavoro agile, e in particolare, quelli volti a sostenere lo sviluppo della capacità amministrativa della stessa, gli effetti e gli impatti di questo istituto sulle performance della amministrazione e sui servizi erogati a cittadini.

#### SEZIONE 5 - ALLEGATI

- ✓ Allegato 1 – Schede analisi e monitoraggio anticorruzione
- ✓ Allegato 2 – Griglia trasparenza
- ✓ Allegato 3 – Monitoraggio PIAO 2022

STRUTTURA	SC AFFARI GENERALI E LEGALI
RESPONSABILE DEL PROCESSO	AVV. GABRIELLA CERAULO

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno" (la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e/o di benefici pari o destinati) del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO
	Indicatore 2: grado di discrezionalità (al decisore interno) alla PA, la presenza di un processo decisionale amministrativo discrezionale determina un incremento del rischio (rispetto ad un processo decisionale amministrativo vincolato)	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato (nei processi/attività esaminati) se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato (nell'amministrazione o in altre realtà simili), il rischio aumenta poiché il rischio è caratterizzato da elementi caratteristici che rendono attuabili (gli eventi corruttivi) i rischi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale, l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione e costituire una opzione (il cui real grado) di rischio	
VALUTAZIONE	A= ALTO M= MEDIO B= BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO														PONERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalatori / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / confronto con il corso di Audit di II e III livello / Notezze in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)		MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolarizzazione / Semplificazione / Formazione / Semplificazione e partecipazione / Rotazione / Segregazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )		LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)		MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO		PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
AREA DI RISCHIO GENERALE / SPECIFICHE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
																		(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio. Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /richieste nel corso di audit di II e III livello / Notezze in Rassegna Stampa / exit controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a- previsto del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3		Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Ulteriori misure...)	Per la PA	2023					2024	2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
AREA DI RISCHIO GENERALE / SPECIFICHE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

SC AFFARI GENERALI E LEGALI - SINISTRI	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Gestione sinistri - Responsabilità sanitaria	La gestione dei sinistri consiste nell'esame della richiesta risarcitoria, trasmissione al Broker e Compagnia assicurativa, istruttoria interna e discussione avanti il Comitato di Valutazione Sinistri	Autorizzare risarcimenti non dovuti	Basso	Approvazione nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON	Con l'aggiornamento alla Procedura di gestione sinistri verrà rafforzato il monitoraggio delle valutazioni dei sinistri in quanto verrà formalizzato il continuo confronto fra gli attori coinvolti nell'iter decisionale	I tempi di monitoraggio sono costanti e continui in quanto corrispondono all'interscambio di dati, informazioni e valutazioni tra i soggetti interni alla ASST, il Broker e le compagnie assicurative di riferimento. La procedura sinistri rivista verrà approvata nei primi mesi del 2023	Procedura di Gestione Sinistri aggiornata.	Verrà approvata nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON e secondo le indicazioni fornite dalla DGR n. 15406 del 27.10.22 in materia di gestione dei sinistri.	Avv. Gabriella Ceraulo
Gestione sinistri - Responsabilità sanitaria	La gestione dei sinistri per presunta responsabilità medica (malpractices) consiste nell'esame della richiesta risarcitoria, trasmissione al Broker e Compagnia assicurativa, istruttoria interna e discussione avanti il Comitato di Valutazione Sinistri.	Favorire certe pratiche rispetto ad altre	Basso	Approvazione nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON	Con l'aggiornamento alla Procedura di gestione sinistri verrà rafforzato il monitoraggio delle valutazioni dei sinistri in quanto verrà formalizzato il continuo confronto fra gli attori coinvolti nell'iter decisionale	I tempi di monitoraggio sono costanti e continui in quanto corrispondono all'interscambio di dati, informazioni e valutazioni tra i soggetti interni alla ASST, il Broker e le compagnie assicurative di riferimento. La procedura sinistri rivista verrà approvata nei primi mesi del 2023	Procedura di Gestione Sinistri aggiornata.	Verrà approvata nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON e secondo le indicazioni fornite dalla DGR n. 15406 del 27.10.22 in materia di gestione dei sinistri.	Avv. Gabriella Ceraulo
Gestione rapporti con i broker assicurativi	SINISTRI SOTTO SIR (Self Insurance Retention, € 250000)  Istruire il sinistro unitamente al Broker assicurativo, al fine di stabilire la consistenza dell'eventuale danno da risarcire	Accordi fraudolenti con la controparte, al fine della sopravvalutazione e condivisione dell'introito	Basso	Approvazione nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON	Con l'aggiornamento alla Procedura di gestione sinistri verrà rafforzato il monitoraggio delle valutazioni dei sinistri in quanto verrà formalizzato il continuo confronto fra gli attori coinvolti nell'iter decisionale	I tempi di monitoraggio sono costanti e continui in quanto corrispondono all'interscambio di dati, informazioni e valutazioni tra i soggetti interni alla ASST, il Broker e le compagnie assicurative di riferimento. La procedura sinistri rivista verrà approvata nei primi mesi del 2023	Procedura di Gestione Sinistri aggiornata.	Verrà approvata nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON e secondo le indicazioni fornite dalla DGR n. 15406 del 27.10.22 in materia di gestione dei sinistri.	Avv. Gabriella Ceraulo
Gestione rapporti con i broker assicurativi	SINISTRI SOPRA SIR (Self Insurance Retention, € 250000)  Unitamente al Broker, viene posta in essere una attività di controllo sulla gestione dei sinistri sopra SIR, trattati dalla compagnia assicurativa	Accordi fraudolenti con la controparte, al fine della sopravvalutazione e condivisione dell'introito	Basso	Approvazione nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON	Con l'aggiornamento alla Procedura di gestione sinistri verrà rafforzato il monitoraggio delle valutazioni dei sinistri in quanto verrà formalizzato il continuo confronto fra gli attori coinvolti nell'iter decisionale	I tempi di monitoraggio sono costanti e continui in quanto corrispondono all'interscambio di dati, informazioni e valutazioni tra i soggetti interni alla ASST, il Broker e le compagnie assicurative di riferimento. La procedura sinistri rivista verrà approvata nei primi mesi del 2023	Procedura di Gestione Sinistri aggiornata.	Verrà approvata nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON e secondo le indicazioni fornite dalla DGR n. 15406 del 27.10.22 in materia di gestione dei sinistri.	Avv. Gabriella Ceraulo



SC AFFARI GENERALI E LEGALI - SINISTRI	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE e FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE / MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Valutazione dell'an e del quantum, nonché delle eventuali esigenze istruttorie del sinistro	Concessione di benefici economici non dovuti, seguito valutazioni non corrispondenti allo stato dei fatti	Basso	Approvazione nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON	Con l'aggiornamento alla Procedura di gestione sinistri verrà rafforzato il monitoraggio delle valutazioni dei sinistri in quanto verrà formalizzato il continuo confronto fra gli attori coinvolti nell'iter decisionale	I tempi di monitoraggio sono costanti e continui in quanto corrispondono all'interscambio di dati, informazioni e valutazioni tra i soggetti interni alla ASST, il Broker e le compagnie assicurative di riferimento. La procedura sinistri rivista verrà approvata nei primi mesi del 2023	Procedura di Gestione Sinistri aggiornata.	Verrà approvata nuova Procedura di gestione sinistri, redatta in collaborazione con il Broker AON e secondo le indicazioni fornite dalla DGR n. 15406 del 27.10.22 in materia di gestione dei sinistri.	Avv. Gabriella Ceraulo
Contratti a progetto e contratti d'opera intellettuale con liberi professionisti	Gestione dell'iter selettivo (avviso, deliberazioni di indizione e di approvazione graduatoria, stipula contratto)	Favoreggiamento di un determinato candidato rispetto agli altri	Basso	Approvazione procedura per la verifica di eventuali conflitti d'interesse per i consulenti/collaboratori esterni di ASST Lariana	Verrà avviata una procedura per la verifica di eventuali conflitti d'interesse in capo ai consulenti/collaboratori esterni, consistente nelle richieste: all' Ufficio Sinistri per le opportune verifiche in merito all'aver prestato assistenza tecnica in contenziosi e/o all'aver assunto patrocinio in essere contro l'ASST Lariana; all'Agenzia dell'Entrate per verificare se risultino ulteriori redditi collegati ad altre attività professionali, oltre a quella svolta presso la nostra Azienda; all'amministrazione comunale di appartenenza per avere lo stato di famiglia del consulente interessato.	Si prevede una verifica annuale su un campione di dichiarazioni presentate dai consulenti/collaboratori esterni di ASST Lariana	Procedura per la verifica di potenziali conflitti d'interesse in capo ai consulenti/collaboratori esterni di ASST Lariana	per le verifiche si procederà all'estrazione a campione delle dichiarazioni da verificare, per un numero pari al 5% dei consulenti/collaboratori per i quali è stato conferito l'incarico nell'anno di riferimento	Avv. Gabriella Ceraulo

STRUTTURA	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)
RESPONSABILE DEL PROCESSO	SI VEDA SPECIFICA IN TABELLA

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	<div>LIVELLO DI RISCHIO</div> <p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di rischioosità	
	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO				
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Notezie in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE				
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "Causa degli eventi rischiosi")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5					Indicatore 6			MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PRIORITY
CONTRATTI PUBBLICI	GESTIONE GARE E CONTRATTI	BENCHMARKING Valutazione complessiva delle politiche di acquisizione di beni e servizi	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Maria Polito	Indagine di mercato	Maria Polito	Evitare di fare manifestazione di interesse	mancaanza di trasparenza;	M	B	B	B	B	B	B	CODICE APPALTI - PIATTAFORME OVE SI PUBBLICA	Basso	PROCEDURE SECONDO CODICE APPALTI E STRUMENTI UTILIZZATI DI MASSIMA VISIBILITA'				
CONTRATTI PUBBLICI	GESTIONE GARE E CONTRATTI	BENI SOPRASOGLIA / SOTTOSOGLIA Acquisizione di beni e servizi sopra e sottosoglia comunitaria: gestione procedure di gara/acquisizioni, stipulazione dei relativi contratti, anche attraverso lettere commerciali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Maria Polito	Valutazione tipo gara	Maria Polito	Frazionamento in modo da bypassare la soglia comunitaria	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	M	B	B	B	B	B	B	richiesta maggiore pianificazione da parte dei richiedenti	Basso	PROCEDURE SECONDO CODICE APPALTI E STRUMENTI UTILIZZATI DI MASSIMA VISIBILITA'				
CONTRATTI PUBBLICI	GESTIONE GARE E CONTRATTI	RAPPORTI CON ENTI Rapporti con il Consorzio d'acquisto, con la Centrale di Committenza Regionale e con la Funzione intersettoriale di ATS, curando in particolare il flusso informativo di programmazione annuale/bienale di beni e servizi secondo le norme nazionali e regionali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Maria Polito	Programmazione ARIA - Accordi consorzio	Maria Polito	Non adesione a convenzioni ARIA/CONSIP	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	M	B	B	B	B	B	B	CODICE APPALTI e costante interlocuzione con ARIA e CONSIP e Consorzio	Basso	PROCEDURE SECONDO CODICE APPALTI E STRUMENTI UTILIZZATI DI MASSIMA VISIBILITA'				
CONTRATTI PUBBLICI	ECONOMATO	ACQUISTI ECONOMICI gestione delle attività d'acquisto di beni economici e relativi ordini	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Maria Polito	Acquisti economici Emissione ordini	Maria Polito	frazionamento acquisti	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	M	B	B	B	B	B	B	INVENTARI trimestrali e continuo confronto con SS Ingegneria Clinica per investimenti	Basso	Basso perché c'è massima trasparenza				
CONTRATTI PUBBLICI	LOGISTICA INTEGRATA	MAGAZZINO Gestione delle attività del magazzino sanitario ed economico	SS Logistica	Francesco Fontana	Attività Logistiche	Francesco Fontana	Furto/Aumento ingiustificato scorte	inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	B	B	B	B	Segnalazione di mancanza da parte dei clienti interni richiedenti - Software logistico - Inventari - verifiche ispettive collegio revisori	Basso	Verifica costante e continuativa di giacenza contabile e fisica				
CONTRATTI PUBBLICI	ECONOMATO	CASSE ECONOMICI Gestione casse economici	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Maria Polito	Gestione manuale contante per piccole spese correnti	Maria Polito	Furto	inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	B	B	B	B	Registro cassa e registrazione su sistema contabile aziendale NFS - PAC - REVISORI	Basso	Tutto tracciato nel sistema amministrativo contabile aziendale NFS e verificato periodicamente dal Collegio Revisori				
CONTRATTI PUBBLICI	LOGISTICA INTEGRATA	SERVIZI ALBERGHIERI AZIENDALI Gestione diretta e indiretta dei servizi alberghieri aziendali afferenti al territorio	SS Logistica	Francesco Fontana	gestione dei servizi alberghieri afferenti a tutto il territorio di ASST Lariana	Francesco Fontana	Furto/Non consegna erogazione del servizio -	inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	B	B	B	B	Segnalazione di mancanza da parte dei clienti interni richiedenti	Basso	Tutto tracciato				

STRUTTURA	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)
RESPONSABILE DEL PROCESSO	oggetti sotto individuati

LIVELLO INDICAZIONE DEL RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio; rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque riflettere in una opacità sul nel grado di rischiabilità	
VALUTAZIONE	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	E' indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.
	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO		DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / precedenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II / III livello / notizie in Risorsezza Stampa / altri controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento		Descrizione RISCHIO SPECIFICO	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5					Indicatore 6	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PROBABILITÀ	2023	2024	2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
AREA DI RISCHIO	PROCESSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO		DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE DEL RISCHIO				
		RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definito come "causa degli eventi (rischi)")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / procedimenti giudiziari / procedimenti disciplinari / critiche nei corsi di audit di II e III livello / Incidenti in Rooming Stamp / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Reglamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE				
									Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Reglamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PRIORITY	2023	2024	2025
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento																		
Appalti	Mensa	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	DEC e coordinatore controlli concessione - per la parte relativa alle utenze Arch. Marco Milata (coordinato dal servizio di supporto all'Energy Manager)	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP/ Coordinatore controlli concessione	Mancanza di un'organizzazione adeguata per presidiare la gestione operativa, economica e di interpretazione contrattuale. Assenza e/o inadeguatezza controlli e/o assenza di un sistema informatizzato e di conseguenza eventuale liquidazione di maggior importi a favore del concessionario; non corretta interpretazione contrattuale; presenza conflitti di interessi	Inadeguatezza controlli; assenza di un sistema informatizzato; necessità di interpretazione contrattuale	A	M	B	M	B	M	Criticità rilevata dalla direzione strategica aziendale e dal gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione	attribuzione definita dei ruoli di RUP, DEC e relativi assistenti e nomina del coordinatore dei controlli della concessione. Avviata verifica sul rimborso da parte del concessionario delle utenze. Avviata verifica/rogatorie su extra compresi extra-covid. Definizione interpretazioni contrattuali controversie. Avviata verifica sulle manutenzioni straordinarie attrezzature cucina	Medio	Le misure sono in corso di definizione/implementazione e l'efficacia delle stesse potrà essere valutata a partire dal prossimo anno.	Definizione punti contrattuali controversi: PMS cucina, controlli ristorazione degnati e dipendenti.	M	X	X	X	
Appalti	Lavandoli	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	DEC e coordinatore controlli concessione	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP/ Coordinatore controlli concessione	Mancanza di un'organizzazione adeguata per presidiare la gestione operativa, economica e di interpretazione contrattuale. Assenza e/o inadeguatezza controlli e/o assenza di un sistema informatizzato e di conseguenza eventuale liquidazione di maggior importi a favore del concessionario; non corretta interpretazione contrattuale; presenza conflitti di interessi	Inadeguatezza controlli; assenza di un sistema informatizzato; necessità di interpretazione contrattuale	A	M	B	M	B	M	Criticità rilevata dalla direzione strategica aziendale e dal gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione	attribuzione definita dei ruoli di RUP, DEC e relativi assistenti e nomina del coordinatore dei controlli della concessione. Avviata verifica sull'adeguatezza del personale che ritira le divise e sulle divise di sala operatoria (se rientrano nel driver di pagamento di base a giornate di degenza e non come extra)	Medio	Le misure sono in corso di definizione/implementazione e l'efficacia delle stesse potrà essere valutata a partire dal prossimo anno.	Definizione punti contrattuali controversi: divise sala operatoria. Metodologia di pagamento sul servizio lavandoli, in particolare divise. Rivedere procedure dei capi smarriti.	M	X	X	X	
Appalti	Facchinaggio e Trasporti, Gestione Spazi Commerciali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Ing. Francesco Fontana	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP/ Coordinatore controlli concessione	Mancanza di un'organizzazione adeguata per presidiare la gestione operativa, economica e di interpretazione contrattuale. Presenza crescente di personale del concessionario nei magazzini con conseguente necessità di maggiore coordinamento e controllo da parte di personale di ASST Lariana. Rischio legato ad avvenimenti nel contesto economico esterno; presenza conflitti di interessi	Interlocuzioni con il concessionario su attività di trasloco, tempi e rendicontazioni nonché rendicontazione sulle modalità e gestione dell'attribuzione degli spazi commerciali	A	M	B	M	B	M	Criticità esaminata dalla direzione strategica aziendale e dal gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione	attribuzione definita dei ruoli di RUP, DEC e relativi assistenti e nomina del coordinatore dei controlli della concessione.	Medio	Le misure sono in corso di definizione/implementazione e l'efficacia delle stesse potrà essere valutata a partire dal prossimo anno.	Avviare verifica sulle procedure operative di magazzino e di gestione del personale che opera nei magazzini del concessionario e di ASST Lariana.	M	X			
Appalti	Postazioni di lavoro informatizzate	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Dr. Daniele Turconi	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP	Rischi IT: presenza conflitti di interessi	Presenza di conflitti di interessi, di automazione informative e insufficiente trasparenza	A	B	B	B	B	B	Relazioni al DEC/RUP	attribuzione definita dei ruoli di RUP, DEC e relativi assistenti e nomina del coordinatore dei controlli della concessione.	Basso	Assenza di criticità						
Appalti	Auxiliario	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	D.ssa Manuela Soncin	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP/ Coordinatore controlli concessione	Mancanza di un'organizzazione adeguata per presidiare la gestione operativa, economica e di interpretazione contrattuale. Ore consuntivate non puntualmente verificate per mancanza e/o inadeguatezza controlli e/o assenza di un sistema informatizzato e di conseguenza eventuale liquidazione di maggior importi a favore del concessionario; presenza conflitti di interessi	Inadeguatezza controlli; assenza di un sistema informatizzato	A	M	B	M	B	M	Criticità rilevata dal gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione	Più soggetti coinvolti nel controllo del processo	Medio	Le misure sono in corso di definizione/implementazione e l'efficacia delle stesse potrà essere valutata a partire dal prossimo anno	Controllo delle ore pianificazione di ausiliario e a consuntivo.	B	X	X	X	
Appalti	Trasporti sanitari	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	D.ssa Manuela Soncin	Gestione del nuovo complesso ospedaliero Sant'Anna di Como	Direttore IT SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) RUP/ Coordinatore controlli concessione	Mancanza di un'organizzazione adeguata per presidiare la gestione operativa, economica e di interpretazione contrattuale. Non corretto funzionamento/criticità del sistema informatizzato; non adeguata formazione; mancanza e/o inadeguatezza controlli e di conseguenza eventuale liquidazione di maggior importi a favore del concessionario; presenza conflitti di interessi	Inadeguatezza controlli; limiti/assenza migliore sistema informatizzato	A	B	B	B	B	M	Criticità rilevate dal gruppo aziendale a supporto del controllo sulla concessione	Più soggetti coinvolti nel controllo del processo	Medio	Le misure sono in corso di definizione/implementazione e l'efficacia delle stesse potrà essere valutata a partire dal prossimo anno	Controllo del sistema informatizzato esistente a supporto dei trasporti sanitari interni e formazione al personale sanitario sulla gestione dello stesso.	M	X	X	X	

STRUTTURA	SC Area Accoglienza - CUP - Attività di Monitoraggio della Libera Professione
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direttore SC dott. Giorgio Baggi

LEGENDA INDICATORI DEL RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO  Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (ex. processo), siano ipotizzabili più eventi/rischio aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella scala dell'operatività complessiva del rischio.  È opportuno notare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far presente il giudizio qualitativo rispetto ad un dato rischio valutato per quanto riguarda più contestualmente il livello di operatività complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso sulla il regola generale il rischio deve essere valutato come segue:  L'indicatore viene considerato un valore generale di "prevalenza" in tal senso, è sempre da notare la valutazione del rischio che non necessariamente si attiene in alcuni modi le aspettative minime di prevenzione.
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi correlativi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi correlativi in passato nell'attività/attività in esame, il rischio aumenta poiché quella attività ha caratteristiche che rendono attualizzati gli eventi correlativi	
	Indicatore 4: qualità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo e dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione e comunque risultare in una qualità nel real grado di rischiosità	
VALUTAZIONE	A= ALTO; P= MEDIO; B= BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO				DESCRIZIONE DEL PROCESSO		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO		ANALISI DEL RISCHIO										FONDERAZIONE DEL RISCHIO					
				RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE				INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)		MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO		PROGRAMMAZIONE			

SC Area Accoglienza - CUP - Attività di Monitoraggio della Libera Professione	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
				MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>						
recupero crediti derivanti da codici bianchi di pronto soccorso utenti non esenti	attività di recupero del credito da codici bianchi: Verifica generalità da parte del personale di Pronto Soccorso e rilascio quietanza di pagamento per codice bianco in fase di dimissione - Estrazione mensile dei dati relativi ai codici bianchi alla dimissione dei non esenti - Verifica sul software Priamo Cassa per escludere coloro che hanno già provveduto al pagamento - Trasmissione del sollecito di pagamento a mezzo raccomandata A/R tramite invio massivo di Poste Italiane - Verifica trimestrale tra i pagamenti avvenuti a cassa CUP e file dei bonifici ricevuto dalla UOC Economico Finanziaria - Inserimento delle minute su portale informatico "Agenzia delle Entrate/Riscossione" - Consultazione della avvenuta presa in carico su portale "Agenzia delle Entrate/Riscossione" tramite frontespizio del ruolo e contestuale autorizzazione a procedere all'esazione dei crediti all'Agenzia delle Entrate - Caricamento mensile dell'Agenzia delle Entrate su portale del prospetto degli avvenuti pagamenti "Prospetto del riversamento" - Aggiornamento degli avvenuti pagamenti sugli applicativi aziendali - Conservazione della documentazione	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni e/o esternalizzati di gestione delle riscossioni e dei pagamenti non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di perdita di risorse e/o maggiori oneri da sostenere.	Basso	Implementazione del software Priamo per semplificare e automatizzare il processo, riducendo il rischio umano, il rischio di discrezionalità da parte dell'operatore incaricato e il rischio del mancato rispetto di riscossione del credito	Prima fase di avvio (Aprile 2022): verifica dei pagamenti con creazione del codice IUV ed esclusione del bonifico come modalità di pagamento delle quietanze.  Seconda fase (Luglio 2022): verifica degli automatismi del software Priamo nell'importazione delle pratiche PS bianche, nell'invio delle fatture, nel blocco dei pagamenti con IUV oltre termine.	Semestrale		media di 200 codici bianchi/mese (anno 2022) .Si prevede di mantenere il target anche nel corso del 2023.	Dott. Baggi Giorgio
prenotazione di prestazioni ambulatoriali e strutturazione delle agende	prenotazione di prestazioni ambulatoriali di prima visita (nelle classi di priorità U,B,D,P) e accesso successivo da parte degli operatori CUP, secondo pianificazione delle agende	Il rischio si riferisce ad una possibile situazione di assenza o inadeguata "condivisione" ed "accessibilità" delle informazioni e della conoscenza, con conseguenti problematiche in termini di preparazione del personale e progressivo "dempauperamento" del capitale intellettuale. Tale rischio si rileva anche in situazioni dove non è assicurato un adeguato grado di sostituibilità delle risorse chiave, che in caso di fuoruscita non consentono di trasferire il know-how all'interno del sistema.	Basso	Trasparenza e riduzione del rischio di gestione discrezionale e autoreferenziale del sistema di prenotazione delle prestazioni: eliminazione delle agende cartacee; esposizione della totalità delle agende ai domini centrali; suddivisione del processo di strutturazione e manutenzione delle agende su più referenti amministrativi; rotazione del personale nei servizi strategici	Verifica di tutte le agende esposte a BRP e della correttezza per quanto riguarda le modalità di prenotazione Corretta gestione della "presa in carico amministrativa" degli utenti (in fase di attivazione sperimentale a far data da aprile 2022, entrerà a regime per le strutture sanitarie SSR da giugno p.v.)	Trimestrale		nr. 953 agende gestite a fine ottobre 2022. Lo stesso target riguarderà il 2023.	Dott. Baggi Giorgio
VERIFICA PRENOTAZIONI LIBERA PROFESSIONE	attività di prenotazione prestazioni in regime libero professionale	attività di prenotazione svolta a favore di alcuni medici	Basso	controllo diffuso in quanto, di norma, l'attività di prenotazione viene svolta in ambienti con la presenza di altro personale	Fase di avvio entro il 30.06.2022: verifica di eventuali favoritismi di determinati medici da parte degli operatori dedicati alla prenotazione	Trimestrale		Controllo informatizzato sulla totalità dei dirigenti medici coinvolti (circa 200) e operatori incaricati alla prenotazione .	Dott. Baggi Giorgio
VERIFICA TIMBRATURE LIBERA PROFESSIONE	modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia	svolgimento di attività libero professionale in orario di servizio	Basso	controllo diffuso in quanto, di norma, l'attività di prenotazione viene svolta in ambienti con la presenza di altro personale	Fase di avvio entro il 30.06.2022: verifica di eventuali favoritismi di determinati medici da parte degli operatori dedicati alla prenotazione	Trimestrale		Controllo informatizzato sulla totalità dei dirigenti medici coinvolti (circa 200) e operatori incaricati alla prenotazione .	Dott. Baggi Giorgio



STRUTTURA	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dott Marco Claus

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno" : la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	<div>LIVELLO DI RISCHIO</div> <p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza", in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di rischioità	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B= BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO														PONDERAZIONE DEL RISCHIO				
																						(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).				
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di I e II livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO  Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE						
Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4			Indicatore 5	Indicatore 6	(Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi...)	PRESENTIA	2023	2024					2025						
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO																								
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Progettazione di strumenti di governo del sistema di programmazione e controllo	Dott Marco Claus	Il rischio può essere determinato dalla mancanza, o dall'imprecisione delle informazioni relative al contesto interno necessario alla formulazione e al disegno della programmazione strategica	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	SISTEMA DI BUDGET	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Predisposizione e coordinamento del processo di programmazione budgetaria e della predisposizione del piano delle performance e integrazione con le unità organizzative per indirizzare e orientare i comportamenti dei responsabili delle strutture organizzative aziendali verso le soluzioni attese	Dott Marco Claus	Il rischio è riconducibile alla possibilità che i diversi livelli decisionali non abbiano le informazioni complete e in tempo utile per consentire un'adeguata attività analisi e valutazione degli obiettivi.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica/ esistenza di indicazioni ministeriali (AGENAS)	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	OGGETTIVI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Supporto alla Direzione Strategica per il monitoraggio degli obiettivi di interesse regionale e degli obiettivi di budget	Dott Marco Claus	Il rischio può essere determinato dalla mancanza di completezza delle informazioni utili alla predisposizione del processo	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica/ esistenza di indicazioni regionali	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	SUPPORTO NVP	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Supporto al Nucleo di Valutazione ai fini dell'espletamento delle procedure di verifica e valutazione dei risultati	Dott Marco Claus	Il rischio si riferisce alla possibilità che i diversi livelli di controllo interno non abbiano le informazioni necessarie, in termini di qualità e completezza, per consentire un'adeguata e tempestiva attività di analisi e valutazione dei risultati da parte del NVP.	La frammentazione del sistema sanitario in una moltitudine di attori	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo da parte del NVP	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	ATTIVITÀ DI REPORTING	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Attività di reporting periodico, predisposizione di analisi ad hoc per tutti i livelli di responsabilità aziendali	Dott Marco Claus	Il rischio può essere determinato dalla mancanza di completezza delle informazioni utili alla predisposizione del processo	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Controllo interno ad opera dei destinatari dell'informativa	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	ANALISI DATI / INDICATORI / SCOSTAMENTI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Rilevazione e analisi delle relazioni tra i dati/indicatori e le cause degli scostamenti rilevati, predisposizione del reporting alla Direzione con le proposte di eventuali azioni di miglioramento	Dott Marco Claus	Il rischio è riconducibile alla possibilità che i diversi livelli decisionali non abbiano le informazioni complete e in tempo utile per consentire un'adeguata attività analisi e valutazione degli obiettivi.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	COLLABORAZIONE CON AREA ECONOMICO FINANZIARIA	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Collaborazione con l'area Economico Finanziaria per la predisposizione dei Rendiconti Economici Trimestrali, dei bilanci preventivi e consuntivi	Dott Marco Claus	Il rischio può essere determinato dall'insattezza delle informazioni relative al sistema contabile o dal ritardo con cui vengono inserite nei gestionali aziendali	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Controllo regionale. Esistenza di Linee Guida per l'elaborazione dei Flussi e di precise indicazioni relative alle quadrature fra Flussi COAN e COGE	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Amministrazione, gestione e sviluppo del Sistema Informativo Direzionale, con particolare riferimento alla loro diffusione ed utilizzo da parte degli utenti finali	Dott Marco Claus	Il rischio è connesso alla possibilità che i flussi informativi non vengano correttamente e tempestivamente alimentati.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	B	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)							

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO											PROGRAMMAZIONE					
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Semplificazione / Formazione / Regolamentazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PRIORITY	2023	2024	2025	
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	COLLABORAZIONE CON UFFICIO FLUSSI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Collaborazione con Ufficio Flussi e controllo delle attività di questo ufficio nella corretta gestione delle anagrafiche aziendali sul sistema informativo sanitario e socio-sanitario	Dott Marco Claus	Il rischio è connesso alla possibilità che i flussi informativi non vengano correttamente e tempestivamente alimentati.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	Controllo interno ad opera della SC	B	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)						
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	CONTABILITÀ ANALITICA	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Collaborazione per la definizione delle linee strategiche, progettazione e gestione del budget annuale, produzione del flusso trimestrale di contabilità analitica con imputazione dei costi ai centri di responsabilità/costo	Dott Marco Claus	Il rischio può essere determinato dall'inesattezza delle informazioni relative al sistema contabile o dal ritardo con cui vengono inserite nei gestionali aziendali	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	Controllo regionale. Esistenza di Linee Guida per l'elaborazione dei Flussi e di precise indicazioni relative alle quadrature fra Flussi COAN e COGE	B	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)						
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	PERFORMANCE	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Definizione e misurazione degli indicatori di performance aziendali e individuali	Dott Marco Claus	Il rischio si riferisce alla potenziale inadeguatezza e inaffidabilità delle informazioni per la misurazione delle performance dei servizi erogati.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica	B	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)						
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE STRATEGICA	SC CONTROLLO DI GESTIONE - GESTIONE OPERATIVA - NEXT GENERATION EU	Dott Marco Claus	Partecipazione alla definizione delle politiche in ambito gestionale, alla verifica degli obiettivi e al controllo della coerenza dell'andamento dell'attività operative ed economica in conformità a quanto stabilito, assiste la Direzione Strategica verificando l'economicità della gestione delle risorse	Dott Marco Claus	Il rischio è correlato alla possibilità che l'informativa relativa all'andamento economico delle varie unità operative includa errori e/o omissioni di fatti significativi e rilevanti.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	non risultano né precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di secondo e terzo livello in materia	Esistenza di un controllo a livello di Direzione strategica	B	Il rischio è basso per la presenza di controlli interni (Direzione strategica) e/o esterni (Regione/Ministero)						

STRUTTURA	SC DAPSS
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DIRIGENTI SC

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risulterebbe in una opacità sui real grado di rischio	
	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE				
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO		Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PRIORITY	2023	2024	2025
RISORSE UMANE	Gestione risorse umane	Assegnazione neo assunto/neo assegnato	SC DAPSS	DIRIGENTI SC	Valutazione del curriculum e colloquio ai fini dell'assegnazione	DIRIGENTI SC	privilegiare e ostacolare l'assegnazione/non considerare le domande di trasferimento interno	presenza conflitto d'interesse e mancanza di trasparenza	M	M	B	M	B	M	nessun dato	sensibilizzazione e condivisione del processo con riunioni e l'utilizzo dei protocolli aziendali	M	negli ultimi mesi del 2022 è stata avviata una maggior condivisione del processo, si evidenzia comunque la necessità di integrare le misure esistenti con documenti quali: procedure o modalità operative a supporto del colloquio	trasparenza e l'adozione di strumenti codificati a supporto dei colloqui (registro colloqui con format predisposto per uniformare le modalità di gestione dei colloqui) la copresenza di almeno due persone durante i colloqui	alta	X		
DEC	Gestione gara d'appalto	DEC del contratto con azienda esterna	SC DAPSS	DIRIGENTI SC	vigilanza della corretta applicazione del contratto	DIRIGENTI SC	possibilità che il servizio reso dal fornitore non sia in linea con le aspettative, gli standard, gli obblighi definiti contrattualmente. Mancato controllo/monitoraggio sulle attività affidate	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	M	M	M	B	B	B	esiti di controlli interni	gerarchia interna (RUP)	M	mancanza di esperienza nello svolgimento del ruolo in oggetto	formazione del DEC sulle modalità di gestione dei contratti; revisione del flusso comunicativo delle segnalazioni di non conformità al contratto; identificare referenti per ogni realtà	alta	x		
Direzione Aziendale Professioni Socio Sanitarie	Tirocini formativi per professioni afferenti alla DAPSS	Tirocini extracurricolari o curricolari (Agenzia Formative extrazienda) - Autorizzazione al Tirocinio	SC DAPSS	R. DEMARCO	Diverse Agenzie Formative (Università, agenzie di formazione per operatori di supporto, convenzionate con ASST Lariana) chiedono la possibilità di frequenza da parte degli studenti dei loro corsi (Lauree triennali, lares Magistrali) delle diverse professioni sanitarie afferenti alla DAPSS e corsi di OSS -riqualifiche o corsi base) per completare il percorso formativo con il tirocinio c/o le diverse Unità organizzative della ASST, in funzione degli obiettivi formativi. Il percorso prevede un iter autorizzativo alla frequenza.	R. DEMARCO - dal 1/12/22 in precedenza ricoperto da S. CITTERIO	Non considerare una richiesta a favore di una successiva. Facilitare alcuni percorsi formativi a discapito di altri	inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	nessuna segnalazione in archivio, non si registrano precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né Audit di II e III livello in materia	Regolamento frequenza tirocinanti e volontari adottato a settembre 2021 dalla ASST (Delibera N. 808 del 02/09/2021)	B	Ad oggi tutte le richieste pervenute sono state soddisfatte tranne per alcuni tirocini che necessitavano di specifiche SC e/o competenze non identificabili in azienda o al momento già impegnate in altri tutoraggi.  Tutti i tirocini sono documentati con progetto formativo individuale, rendicontazione ore e scheda di valutazione (se richiesta) controfirmate dai Tutori di sede/Coordinatore di Unità Organizzativa.	Criteri di identificazione del tutor di SC. Creazione di criteri indicativi per i Coordinatori di Unità Operativa, i quali individueranno il Tutor più adatto a seguire il tirocinio specifico	Bassa	X		

SC DAPSS	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	<p>MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )</p>	<p>RISPETTO ALLA MISURA INDICATA</p> <p>INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO</p>	<p>TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI</p>	<p>DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA</p>	<p>TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE</p>	<p>SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA</p>
ASSEGNAZIONE NEO ASSUNTO/NEO ASSEGNATO	valutazione del curriculum e colloquio ai fini dell'assegnazione	privilegiare e ostacolare l'assegnazione	Medio	negli ultimi mesi del 2022 è stata avviata una maggior condivisione del processo, si evidenzia comunque la necessità di integrare le misure esistenti con documenti quali: procedure o modalità operative a supporto del colloquio	procedura di valutazione neo assunto/neo assegnato (PO.025.01 -Accoglienza, inserimento e valutazione del personale delle professioni sanitarie neo assunto/ neo assegnato) con la valutazione delle competenze, attitudini ed esperienze/verbal dei colloqui	annuale e correlate alle procedure concorsuali dell'anno di riferimento	corretta applicazione della procedura di valutazione neo assunto/neo assegnato con la valutazione delle competenze, attitudini ed esperienze /verbal dei colloqui	procedura per la verbalizzazione dei colloqui	Dirigente SC
DEC	vigilanza della corretta applicazione del contratto	possibilità che il servizio reso dal fornitore non sia in linea con le aspettative, gli standard, gli obblighi definiti contrattualmente. Mancato controllo/monitoraggio sulle attività affidate	Medio	ulteriore formazione del DEC sulle modalità di gestione dei contratti; revisione del flusso comunicativo delle segnalazioni di non conformità al contratto	da intraprendere nel 2023	MONITORAGGIO ANNUALE	identificazione di rete di referenti del DEC; valutazione delle segnalazioni ricevute	nomina di almeno un referente del DEC per ciascun contratto; analisi del 100% delle segnalazioni ricevute	Dirigente SC
Tirocini extracurricolari o curriculari (Agenzie Formative extraazienda) - Autorizzazione al Tirocinio	Diverse Agenzie Formative (Università, agenzie di formazione per operatori di supporto, convenzionate con ASST Lariana) chiedono la possibilità di frequenza da parte degli studenti dei loro corsi (Lauree triennali, laree Magistrali delle diverse professioni sanitarie afferenti alla DAPSS e corsi di OSS - riquilifiche o corsi base) per completare il percorso formativo con il tirocinio c/o le diverse Unità organizzative della ASST, in funzione degli obiettivi formativi. Il percorso prevede un iter autorizzativo alla frequenza.	Non considerare una richiesta a favore di una successiva. Facilitare alcuni percorsi formativi a discapito di altri	Basso	CRITERI IDENTIFICAZIONE TUTOR DI STRUTTURA	REDAZIONE DEI REQUISITI; ISTRUZIONE OPERATIVA DA INVIARE A TUTTE LE UNITÀ ORGANIZZATIVE COINVOLTE NEI TIROCINI; VERIFICHE A CAMPIONE SUL RISPETTO DEI REQUISITI RICHIESTI	MONITORAGGIO ANNUALE DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA ISTRUZIONE OPERATIVA NELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE COINVOLTE NEI TIROCINI ; VERIFICHE A CAMPIONE SUL RISPETTO DEI REQUISITI RICHIESTI -	ISTRUZIONE OPERATIVA	N. 1 ISTRUZIONE OPERATIVA	R. DE MARCO

STRUTTURA	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direttore SS Medico Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO (Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire la priorità di trattamento del rischio, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).							
			RESPONSABILE DEL PROCESSO			ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						PROGRAMMAZIONE										
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	DATA SUPPORTO DELL'ANALISI (regolamenti / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / critiche nei corsi di audit di II e III livello / Notizie in Sanasaga Stampa / esiti controlli interni / allarmi dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a prescindere dal rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Negoziazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudicio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO (rispetto a quello già in essere) Explicare, nella motivazione, le evidenze a supporto	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Negoziazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	VERIFICA	CCO	CCO	CCO
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	GESTIONE RISORSE UMANE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	gestione ed organizzazione del personale e delle risorse strumentali assegnate;	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Il rischio è legato alla mancata disponibilità, valorizzazione e/o sviluppo delle necessarie competenze/risorse per lo svolgimento delle attività e la realizzazione degli obiettivi. Inefficienza nei processi attuati in qualità la selezione, la formazione e la valorizzazione/interazione delle risorse/competenze	esercizio privilegiato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto;	B	M	B	B	M	B	B	Definizione di competenze specifiche per unità di personale - monitoraggio del lavoro svolto - Firma certa che consente l'autocontrollo	B	la gestione del personale è regolamentata oltre che essere riprodotta in egual misura nei diversi periodi e con soggetti differenti. La gestione in capo da un solo soggetto per molto tempo è comunque tipica dell'organizzazione preesistente di qualsiasi U.O.C.. Il recente turn over del Direttore Medico mitiga il rischio dovendo prevedere in futuro ad una nuova organizzazione e riattribuzione degli incarichi					
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	MODELLI ORGANIZZATIVI E OPERATIVI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Elaborazione e adozione di modelli organizzativi e operativi nello specifico campo di competenza	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	prendere decisioni o nel porre in essere azioni contrarie a quanto previsto alle disposizioni interne dell'azienda (strutture, procedure operative, politiche, attività e linee guida, comunicazioni organizzative ecc.);	esercizio privilegiato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto;	B	M	B	B	B	B	B	I modelli organizzativi sono nati sulla scorta delle difficoltà organizzative del personale e non come sistema di base su cui operare per adeguarsi alle attività/competenze dei singoli operatori. Questo genera instabilità in cui i fenomeni correttivi possono individuarsi	Monitoraggio continuo delle pratiche trattate e della performance	B	La responsabilità in capo ad un singolo soggetto dell'UOC determina un potenziale rischio anche alla luce della scarsa articolazione dell'UOC stessa e della possibilità di contribuire a definire le scelte da parte di soggetti qualificati facenti parte dell'organico. Il recente turn over del Direttore Medico mitiga il rischio dovendo prevedere in futuro ad una nuova organizzazione e riattribuzione degli incarichi				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	INTERAZIONE CON ARTICOLOZIONE DIPARTIMENTALI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Modalità di "interazione" con le articolazioni dipartimentali gestionali e tecnico-scientifiche che erogano prestazioni sanitarie e sviluppano progettualità all'interno del presidio di competenza;	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	possibile utilizzo di mezzi e modalità di comunicazione inefficaci, sia interna che esterna (es. mancata definizione di regole e ambiti dei flussi informativi, comunicazione interna orizzontale e verticale inadeguata, disallineamento tra comunicazione interna e le strategie aziendali).	Mancanza di benessere organizzativo	B	B	B	B	B	B	B	Continue ridefinizione del processo attraverso confronti, ripetuti e continui interventi di correzione	Tentativo di stabilizzazione delle unità di personale e conseguente stabilizzazione delle modalità di intersezione con le diverse articolazioni. Modalità condivise e funzionali agli obiettivi aziendali	B	Il rischio si configura basso in quanto, pur verificandosi lungaggini delle procedure, non è stato rilevato un inadempimento degli obiettivi e/o scadenze, anche se ha generato un aumento del carico di lavoro				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	DEBITO INFORMATIVO ESTERNO	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Legittimità delle proposte di deliberazione del Direttore Generale e degli atti e dei provvedimenti nelle materie di competenza dell'assessorato del debito informativo esterno (flussi informativi attribuiti alla funzione)	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	I flussi informativi intercorrenti sia internamente all'azienda, sia esternamente (es. con Regione Lombardia), non vengono correttamente gestiti in quanto l'istituzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo non possiede impatti sull'efficacia/efficienza dei processi interni e/o sulla conformità normativa.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza di riferimento;	M	B	B	B	M	B	M	se per alcuni flussi non è possibile generare situazioni di rischio, per altri la frammentazione della competenza del dato e la particolare sensibilità economica potrebbe portare a trasmissione di dati incoerenti o non verificati	Doppio controllo e rendicontazione puntuale effettuata mensilmente	M	Alcuni flussi possono essere oggetto di rischio medio per ciò che attiene ai fenomeni correttivi (condonazione camera mortuaria / rifatti) di rilevante entità. Altri rischi non sono in grado di generare vantaggi o svantaggi diretti o indiretti pertanto il livello di rischio si attesta sul livello medio				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	DOCUMENTAZIONE SANITARIA	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Archiviazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	progressiva "dequalificazione" del capitale intellettuale. Tale rischio si rileva anche in situazioni dove non è assicurato un adeguato grado di sostituibilità della risorsa chiave, che in caso di fuoruscita non consente di trasferire il know-how all'interno del sistema.	esercizio privilegiato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto; --- Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	M	M	M	Notevoli turn over del personale con succeduti e frequenti ricambiamenti che hanno reso difficoltoso il passaggio di conoscenze e informazioni tra il personale avvicendato	Consolidata filiera certa per minimizzare i passaggi e le possibili occasioni di errore/corruzione oltre ad un controllo al regime sui numeri prodotti nel corso della lavorazione delle pratiche	B	L'esperienza ha dimostrato che una responsabilizzazione del personale operante a una riorganizzazione puntuale della movimentazione da e per l'archivio garantisce un controllo dei possibili fattori di rischio delle operazioni catalogazione/archiviazione, nonostante la complessità e varietà delle situazioni a cui gli operatori sono sottoposti				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	GESTIONE DEGLI SPAZI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Gestione degli spazi nell'ambito del presidio spazi dedicati alla libera professione	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Rischio legato all'incapacità da parte della struttura dell'Azienda di reagire con dovuta tempestività ad un eventuale evoluzione del sistema in termini economici, politici, normativi, ecc.	Inadeguata conoscenza del ruolo di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	B	B	B	B	B	B	B	Elevato turnover del Personale Medico, cambiamenti repentini dell'assetto organizzativo anche la considerazione dell'emergenza pandemica	maggiorata degli spazi e dei Medici coinvolti e controllo del rispetto dei parametri stabiliti per la concessione/variazione o mantenimento degli spazi	B	Mancanza di precedenti - difficile realizzazione di eventi correttivi a causa del numero di soggetti coinvolti sia nell'autorizzazione che nel controllo (anche ricorrenza tra diversi Medici).				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	GESTIONE DEGLI SPAZI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COMO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Gestione degli spazi nell'ambito del presidio spazi di degenza	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Rischio legato all'incapacità da parte della struttura dell'Azienda di reagire con dovuta tempestività ad un eventuale evoluzione del sistema in termini economici, politici, normativi, ecc.	Mancanza di controlli adeguati, anche legati ad una inadeguata cultura del rischio	B	B	B	B	B	B	B	difficoltà di rispondere velocemente alle mutate esigenze anche in considerazione delle incombenti burocrazie amministrative di eventuali canali di assetto (non legate all'emergenza pandemica)	aderenza ai parametri di accreditamento e continuo confronto con i Dipartimenti per validare e monitorare le eventuali situazioni critiche meritevoli d'intervento	B	non sembra concreta la possibilità che si verifichino eventi correttivi che vedano coinvolgere intere U.O. o Dipartimenti per richiedere, in deroga all'accreditamento, assegnazione di ulteriori spazi.				

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONERAZIONE DEL RISCHIO					
			RESPONSABILE DEL PROCESSO			ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						MISURE / CONTROLLI IN ESSERE o PRESENTI DEL RISCHIO (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione e partecipazione / Relazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO (giudizio complessivo)	PROGRAMMAZIONE				
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6						MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (ripetute o quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione e partecipazione / Relazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	REDAZIONE	2023
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	DOCUMENTAZIONE SANITARIA	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COHO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Attività di conservazione e rilascio di copia conforme della documentazione sanitaria	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa sulla Privacy.	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	B	M	B	M	B	B	M	L'elaborazione della domanda, così come concepita oggi, espone a possibili errori o incompletezza della domanda che, dovendo essere sanata, genera diversi passaggi tra ufficio e richiedente, moltiplicando così la occasione di disattenzione. Si rende necessario trovare un sistema percorso più diretto e vincolato della richiesta e dell'esazione della stessa, limitando le occasioni di errore umano e di incomprensione tra soggetto richiedente e soggetto che accoglie la domanda (vedi progetto digitalizzazione delle richieste ed evasione su portale dedicato)					
							FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischio")	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività normativa	B	M	B	M	B	B			Precedente episodio di rischio di esposizione dati non concretizzata - quantità di pratiche lavorate e scarsità di personale possono indurre all'errore e all'eventuale esposizione del dato	Prevedo elencazione dei documenti e delle procedure da eseguire per rendere la domanda - limitazione delle decisioni discrezionali a vari casi eccezionali - eventuale istruttoria suppletiva per accertare della legittimità della domanda			
							manca la realizzazione dei processi interni non rispetto le procedure aziendali e/o non da predidato adeguatamente la qualità delle attività svolte e dei servizi erogati, con conseguenti ripercussioni in termini di servizi non in linea con gli standard necessari e conseguenti danni alla reputazione e all'immagine dell'azienda.	manca di misure di trattamento del rischio 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 (rischi)	M	B	B	B	B	B							
							manipolazione e/o profilo dei dati a fronte di elaborazioni errate o non accurate e accessi non autorizzati tali da inficiare la completezza, l'affidabilità, la riservatezza delle informazioni e conseguentemente l'operatività ed i processi decisionali		M	B	B	M	B	B							
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	DENUNCIA MALATTIE INFETTIVE E ATTIVITA' PRELIEVO ORGANI/TESSUTI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COHO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Vigilanza sulla corretta compilazione e trasmissione delle denunce di malattie infettive, della collaborazione sotto il profilo operativo e alla valorizzazione in merito alle attività di prelievo di organi e tessuti	Ufficio Epidemiologico	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa sulla Privacy.	manca di misure di trattamento del rischio 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 rischio -----	B	B	B	B	B	B	Assenza di episodi nel recente passato - nessuna contestazione	Controllo gerarchico da parte della Direzione Sanitaria	B				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	COLLABORAZIONE CON MEDICO COMPETENTE E CON IL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COHO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Attività di sorveglianza sanitaria e ambientale in collaborazione con il medico competente, il medico autorizzato, il servizio di fisica sanitaria e il servizio di prevenzione e protezione	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa da applicarsi sul luogo di lavoro in tema di ambiente, salute e sicurezza.	eccesiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento.	M	B	B	M	B	B	Assenza di problemi di grave entità nel campo della sicurezza sul lavoro	Confronto tra le diverse articolazioni coinvolte - condivisione delle decisioni	B				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA IGIENICA	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COHO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Attività di sorveglianza igienica relativamente ad adeguamenti previsti dalla normativa vigente in capo al DMP, in particolare all'igiene alimentare, alla prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	Ufficio Epidemiologico	possibile utilizzo di mezzi e modalità di comunicazione inefficienti, da interna che esterna (es. mancata definizione di regole e ambiti dei flussi informativi, comunicazione interna orizzontale e verticale inadeguata, disinquinamento tra comunicazione interna e le strategie aziendali).	Manca di benessere organizzativo	B	B	B	B	B	B	Complessità e quantità delle pratiche trattate anche ad una riduzione del personale potrebbe generare un rischio di perdita di dati o mancato corretto recapito dell'informazione per tutti i destinatari	Controllo gerarchico da parte della Direzione Sanitaria	B				
SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	DEC CONTRATTI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - COHO	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Attività di Direttore di Esecuzione del Contratto (D.E.A. Art 2018) - Contratto Rifiuti	Direttore Medico SS Direzione Stabilimento Ospedaliero San Fermo	Rischio legato alla necessità di monitorare l'evoluzione normativa (comunitaria, nazionale e regionale) che incide per numerosi aspetti sulle regole di esecuzione delle attività e può richiedere significativi aggiornamenti o adeguamenti di carattere operativo.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività normativa	B	M	B	B	B	B	Carenza di personale tecnico dedicato all'analisi dell'evoluzione normativa e capacità di diffusione delle nuove informazioni reperibili in materia normativa	Coordinamento di diverse articolazioni aziendali che vengono in causa del procedimento - ridefinizione del perimetro dettagliato. Controlli interni con aziende a garanzia del servizio.	B				
							Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (Comunitarie, nazionali, regionali, locali e disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	M	B	B	B	B	B	Scarsa conoscenza della normativa che si traduce in atti, disposizioni o omissioni violanza del processo legato al contratto		E' stata data ampia diffusione delle normative e degli aggiornamenti a tutti gli attori coinvolti nella attività produttiva, anche attraverso procedure dettagliate				



SS Direzione Stabilimento Ospedale San Felice	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (ex. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiose aventi un diverso livello di rischio, si ricomincerà il far riferimento al valore più alto nella scala dell'esposizione complessiva del rischio.</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far pervenire il giudizio qualitativo rispetto ad un eventuale indicazione per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni valutazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "previdenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permettesse di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE DI CONTROLLO DEI RISCHI E PREVENZIONE (Controlli / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Relazioni / Segnalazione e protezione / Dispositivi del conflitto di interesse)	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA INDICARE LA FASE / FASE SOSPESA / E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CASCINA DELLE FASI	DECISIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER LA VALUTAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE / MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
DEBITO INFORMATIVO ESTERNO	Legittimità della proposta di deliberazione del Direttore Generale e degli atti e dei provvedimenti nelle materie di competenza dell'assessorato del distretto informativo esterno (flussi informativi attribuiti alla funzione)	I flussi informativi intercorrenti sia internamente all'Azienda, sia esternamente (ex. con Regione Lombardia), non vengono correttamente gestiti in termini di modalità e contenuti, con possibili impatti sull'efficacia/efficienza dei processi interni e/o sulla conformità normativa.	Medio	Come Monitorare: Misura in essere. Doppio controllo e realizzazione puntuale affidata mensilmente.  Fattore - Come Monitorare: esiste il pericolo che, a causa di fenomeni correlati, la realizzazione riguardante l'accesso delle diverse categorie di erogatori funzioni non sia adeguatamente monitorata e non vengono segnalate tempestivamente deviazioni alla correttezza di incarichi sia nel corso del mese preso in esame, sia in particolari giorni che da report specifici. La prima misura da adottare dovrà essere, nel limiti delle disponibilità di personale, la selezione dell'incarico nel corso del mese, prevedendo l'alternanza di presenze dell'ultima settimana (ex. alternanza colleghi) a partire dall'ultimo lunedì del mese (caso in cui non un soggetto diverso da quello che ha effettuato il servizio ad effettuare la realizzazione del mese in oggetto). In presenza di personale con risorse alternative potrebbe essere l'alternanza del tecnico di realizzazione al di seguito di altri uffici che, negli ultimi due mesi, sono i più coinvolti nei diversi processi, effettuati in sede realizzativa (ex. DMP, compilazione mensile regionale e Anamnestica Patologica e Medicina Legale realizzativa), ricevuti di persona in CME e contestualmente il segnale a cura degli OSS presenti con quanto riportato nel elenco "V" non da meno ma usando il medesimo ufficio all'interno della CME.  Riflessi - Misura in essere. Doppio controllo e realizzazione puntuale affidata mensilmente.  Fattore - Riflessi: la natura del servizio necessita di un controllo non solo in fase di realizzazione ma anche e soprattutto nelle fasi di produzione. La misura da prendere per il futuro sarebbe l'attuazione di controlli a campione tra le diverse SS/CC, per la verifica della procedura adottata e l'integrità del processo.	Decreti di diversi atti per valutare la coerenza di quanto in corso di realizzazione (campioni controllati) / Fase di realizzazione precedente alla trasmissione del flusso informativo (tema da parte del Responsabile della S.C.)	cadenza mensile, quindicimale, annua.	Individuare un indicatore numerico di monitoraggio (in quanto realizzato) e a campione (in quanto non realizzato) e a campione della coerenza formati trasmette nel Presidio in base al numero di atti in più basati sul corso degli anni	L'obiettivo individuato deve essere il livello massimo entro all'anno la realizzazione reale più o meno, l'obiettivo a quello di avere dati nel corso di un anno degli anni	Direttore SS Direzione Stabilimento Ospedale San Felice
DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Attività di conservazione e rilascio di copia conforme della documentazione sanitaria	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa sulla Privacy.  la realizzazione dei processi interni non rispetti le procedure aziendali e/o non sia prestata adeguatamente la qualità delle attività svolte e dei servizi erogati, con conseguenti ripercussioni in termini di servizi non in linea con gli standard necessari e conseguenti danni alla reputazione e all'immagine dell'Azienda.  non rispettazione e/o perdita dei dati a fronte di elaborazioni errate o non accurate o accessi non autorizzati tali da influire la completezza, l'affidabilità, la riservatezza delle informazioni e conseguentemente l'operabilità ai processi decisionali	Medio	Misure in essere: stretta regolamentazione che prevede una serie di codifiche rigidamente regolate. Formazione in tema di Privacy e norme collegiate.  Fattore - Misure future: incremento delle fasi della privacy e della riservatezza con corsi e formazione periodica programmata (dedicata alla trattazione delle pratiche proprie delle funzioni).  Registri di tracciabilità che prevedono l'inserimento dei dati e la registrazione delle fasi della produzione con le motivazioni giustificative per ogni operazione.  Fattore - Misure future: tenere separato la fase di consultazione e di trattamento della pratica e tenuta dei registri di soggetti diversi da chi opera per l'emissione delle pratiche (come soggetti con ruolo tecnico del processo, rete di appalti). Limitazione dei permessi (libero corso) sia in fase di consultazione dei dati, che di diffusione ai soggetti titolari.  Elaborazione di sistemi digitali che favoriscano la richiesta e la gestione diretta della documentazione da parte dei richiedenti.	Fase di "produzione"	periodico	Interazione possibili eventi correlati alla produzione attraverso controlli a campione (individuazione casuale delle SS/CC.)	Controllo a campione della SS/CC, attraverso la verifica dell'integrità del processo.	Direttore SS Direzione Stabilimento Ospedale San Felice
				Tutte le fasi del processo	cadenza mensile, annuale	valutazione della conoscenza e dell'applicazione della norme	sempremente prova e raggiungimento standard qualitativo registrato (misura per qualità funzioni) e per il grado di completezza del progetto	Direttore SS Direzione Stabilimento Ospedale San Felice	
				accertazione, registrazione e tracciabilità del processo.	cadenza mensile, annuale	Organizzazione di corsi rivolti alla tematica in oggetto diretta alla necessità dell'ufficio e la base alla completezza del personale.  Implementazione sistemi digitali di richiesta	valutazione periodica del personale attraverso l'analisi delle richieste e delle richieste.  Intervento del livello superiore per consentire/ottimizzare pratiche per avere risultati.	Direttore SS Direzione Stabilimento Ospedale San Felice	

		Probabilità di acc.	Impatto	Sistema di controllo interno	Rischio residuo		
	Evento raro - Nessun impatto sulla reputazione/Impatto trascurabile sugli obiettivi	Bassa - 1	Bassa - 1	Inadeguato - 1	Basso < 1		
	Evento moderato - Potenziale impatto sulla reputazione/Impatto moderato sul raggiungimento degli obiettivi	Media -2	Media -2	Sufficiente -4	Medio 2-4		
	Evento molto probabile - Deterioramento rilevante sulla reputazione/Impatto strutturale sul raggiungimento degli obiettivi	Alta -3	Alta -3	Ottimale -6	Alto > 5		
		Frequenza con cui si compie l'attività e con cui ruota il personale	Impatto economico-finanziario				
		Discrezionalità con cui l'operatore svolge l'attività	Impatto operativo				
		Frequenza errori storici	Impatto reputazionale				
		Livello di informatizzazione dell'attività					
	<u>Attività percorso smaltimento rifiuti</u>	Tipologia di rischio	Impatto	Probabilità	Rischio inerente	Sistema di controllo interno	Rischio residuo
	Applicazione procedura aziendale sulla gestione dei rifiuti sanitari	Rischio di compliance	2	2	4	1	3
RISCHIO	<b>Mancanza di istruzioni operative univoche per tutta l'azienda/comportamenti difformi</b>	In questo momento sono presenti in azienda due procedure: 1) CIRCOLARE "Linee di indirizzo per la Governance Filiera gestionale Rifiuti Aziendali (NOSA) 2) Gestione dei Rifiuti Sanitari presso i presidi ospedalieri periferici. Necessità di uniformità di procedure e comportamenti.	Impatto medio - Possibili compartimenti diversi in particolare fra presidi ospedalieri e territoriali	Probabilità media - Scarsa informatizzazione del processo. Alta frequenza di spostamento del personale.	Rischio inerente MEDIO	Al momento è stata avviata una revisione procedurale che permetterà di avere un'unica procedura aziendale, al limite declinata nelle diverse realtà ospedaliere e territoriali. La revisione consentirà di indicare tutti i punti temporanei di stoccaggio e di coinvolgere il servizio vigilanza anche per altre sedi e non solo per la sede di San Fermo.	Rischio residuo MEDIO
	Funzionamento Ufficio Aziendale per la governance degli adempimenti finalizzati alla corretta Gestioni dei Rifiuti Sanitari	Rischio di compliance	3	2	6	1	5
RISCHIO	<b>Mancanza di governance aziendale nel processo dei rifiuti sanitari.</b>	In data 19 maggio 2016 era stato attivato un Ufficio Aziendale per la governance degli adempimenti finalizzati alla corretta Gestione dei Rifiuti Sanitari. L'Ufficio è stato nominato, ma è risultato in pratica inattivo. Nell'anno 2021 è stato riattivato con una prima riunione.	Impatto alto - Manca governance nella gestione del processo.	Probabilità media. Alta frequenza con cui si compie l'attività e con cui ruota il personale e scarso livello di informatizzazione dell'attività	Rischio inerente ALTO	L'Ufficio Aziendale per la governance degli adempimenti finalizzati alla corretta gestione dei Rifiuti Sanitari non è ancora stato riattivato pienamente.	Rischio residuo ALTO
	Confezionamento rifiuti sanitari in reparto/presso le sedi territoriali	Rischi operativi	2	2	4	4	0
RISCHIO	<b>Non corretta gestione dei rifiuti ospedalieri nei reparti/presso le sedi territoriali</b>	La corretta suddivisione dei rifiuti all'interno dei contenitori di reparto determina un risultato direttamente correlato di risparmio/corretto smaltimento dei rifiuti.	Impatto medio - La non corretta gestione può avere un impatto operativo medio.	Probabilità media. La continua rotazione del personale nei reparti e nelle sedi territoriali comporta un rischio di comportamenti non corretti.	Rischio inerente MEDIO	La continua formazione del personale effettuata nel tempo; in particolare del personale infermieristico, OSS e ausiliario diminuisce il rischio. E' importante formare costantemente il personale per i continui spostamenti dello stesso	Rischio residuo BASSO
	Trasporto in isola ecologica e presso punti di smaltimento rifiuti urbani	Rischi operativi	2	2	4	4	0
RISCHIO	<b>Non corretta movimentazione dei rifiuti fra le diverse sedi territoriali e ospedaliere</b>	La mancanza di informazioni circa la corretta movimentazione dei rifiuti ospedalieri e territoriali può comportare l'accumulo in presidi periferici di materiale non smaltito	Impatto medio - La mancanza di istruzioni precise su alcune tipologie di rifiuti tende a portare all'accumulo degli stessi senza lo smaltimento nei tempi corretti.	Probabilità media data la frequenza con cui si compie l'attività	Rischio inerente MEDIO	Il processo sulla movimentazione dei rifiuti sanitari risulta sotto controllo, mentre per alcune tipologie di rifiuti non sanitari non vi sono istruzioni precise su come smaltirli.	Rischio residuo BASSO
	Presidio isole ecologiche	Rischi operativi	3	2	6	4	2
RISCHIO	<b>Mancato presidio delle isole ecologiche il quale comporta lo smaltimento in piattaforma ecologica di rifiuti non tracciati.</b>	Il mancato presidio delle piattaforme ecologiche all'interno dei presidi ospedalieri, permette a fornitori/terzi di smaltire/tentare di smaltire rifiuti non identificati	Impatto alto - Alto rischio di trovare nelle isole ecologiche dei rifiuti difficili da smaltire ad insaputa dei responsabili delle piattaforme ecologiche ospedaliere.	Probabilità media dato l'alto numero di fornitori esterni presenti nelle sedi ospedaliere.	Rischio inerente ALTO	La piattaforma ecologica presso il Nuovo ospedale di San Fermo è perfettamente sotto controllo. Non altrettanto quelle dei presidi esterni dove l'accesso diretto non è bloccato e non c'è un controllo costante delle stesse.	Rischio residuo MEDIO
	Rilevazione peso immediata con pesa a bordo e rilascio scontrino. Chi: personale Ecoeridania	Rischio di reporting	3	2	6	1	5
RISCHIO	<b>Errori della pesatura rilevata dei rifiuti smaltiti e quindi dell'importo pagato.</b>	Il capitolato tecnico prevede la pesatura in loco di tutti i rifiuti prima del loro avvio verso gli impianti finali di smaltimento/recupero.Il Fornitore, a proprie cure e spese, e relativamente alla specifica tipologia di rifiuto, deve attivare una procedura di pesatura informatizzata per tutti i rifiuti in uscita dall'Ente, con emissione di scontrino o altro documento equivalente riportante il peso (e precisamente: il peso lordo, la tara e il peso netto), la data e l'ora della pesata. Non in tutti i casi la pesata viene effettuata informatizzata con scontrino.	Impatto alto. La non corretta pesatura può comportare errori di fatturazione.	Probabilità media dato l'alto numeri di movimentazioni	Rischio inerente ALTO	E' in fase di invio al fornitore lettera con cui si ricorda l'obbligo di rispettare quanto previsto dal Capitolato Tecnico riguardo la pesatura in loco con pesa informatizzata e tarata a norma.	Rischio residuo ALTO (Fino a quanto il controllo messo in atto non verrà implementato)
	Compilazione formulario I/II/III e IV copia. Chi: personale EcoEridania	Rischio di reporting	2	1	2	4	0
	La prima copia rimane ad ASST. Chi: personale DMP ASST/personale dei distretti, singoli presidi e strutture territoriali	Rischio di reporting	2	1	2	4	0
	La IV copia viene inviata ad ASST dopo un paio di giorni in formato pdf con il peso a destino (B). Chi: personale DMP ASST/personale dei distretti, singoli presidi e strutture territoriali	Rischio di reporting	2	1	2	4	0
	La IV copia originale viene inviata ad ASST entro 3 mesi come da normativa. Chi: la riceve da Ecoeridania il personale DMP ASST/personale dei distretti, singoli presidi e strutture territoriali	Rischio di reporting	2	1	2	4	0
	Verifica corrispondenza (A) con (B) e invio report complessivo ad ECO. Chi : Ufficio rifiuti/ personale dei distretti, singoli presidi e strutture territoriali	Rischio di reporting	2	1	2	4	0

RISCHIO	Non completa/non corretta verifica delle quantità pesate all'uscita dalla piattaforma ecologia e nell'impianto di smaltimento rifiuti	La mancanza di controllo della corrispondenza fra pesatura in loco e presso l'impianto di smaltimento può comportare degli errori nel peso rilevato e quindi nell'importo pagato.	L'impatto medio in quanto in caso di errore vi può essere un corrispondente errore nell'importo fatturato e pagat.	Probabilità bassa. La norma prevede una proceduralizzazione delle operazioni che favorisce i controlli	Rischio inerente BASSO	La verifica della 1° copia del formulario : pesata in uscita con la 4° copia pesata presso l'impianto di smaltimento, pur manuale viene effettuata dai singoli responsabili	Rischio residuo BASSO
	Verifica corrispondenza tra file complessivo da DMP ASST/personale dei distretti, singoli presidi e strutture territoriali e dettaglio (pre)fatture da Ecoeridania. Chi : personale Economato ASST	Rischio di reporting	3	2	6	4	2
	Benestare a pagamenti se conforme. Chi : personale Economato ASST	Rischio di reporting	3	2	6	4	2
RISCHIO	Errori nell'importo da fatturare	La fatturazione avviene moltiplicando il peso netto x prezzo da Offerta di gara. Il peso netto viene fornito da Eco-eridania, ma è di difficile verifica in quanto i formulari e il MUD indicano il peso lordo. Deve essere quantificato il peso dei contenitori (nr. di contenitori per tipologia x peso unitario) e tolto dal peso lordo.	Impatto alto. Un peso netto non corretto comporta degli errori negli importi fatturati e pagati.	Probabilità media dato l'alto numero di transazioni	Rischio inerente ALTO	In fase di predisposizione degli ordini viene fatto un controllo manuale che il peso netto indicato dal fornitore sia inferiore al peso lordo indicato nelle copie dei formulari. Manca un calcolo analitico del peso dei contenitori da togliere dal peso lordo.	Rischio residuo MEDIO
	Preparazione MUD annuale. Preparato da Ecoeridania	Rischio di reporting	2	1	2	1	1
	Controllato da DMP ASST che chiede conferma a Responsabili medici dei singoli Presidi e/o Strutture Territoriali di:	Rischio di reporting	2	1	2	1	1
	Quantitativi per tipologia di Rifiuti sanitari per l'anno di riferimento	Rischio di reporting	2	1	2	1	1
	Attestazione sulla correttezza formale e sostanziale della tenuta dei Registri di Carico e Scarico	Rischio di reporting	2	1	2	1	1
	Identificazione dei Siti produttivi utilizzati per lo smaltimento nell'anno di riferimento	Rischio di reporting	2	1	2	1	1
RISCHIO	Non completa/non corretta rilevazione del MUD annuale	I quantitativi per tipologia di Rifiuti sanitari per l'anno di riferimento inseriti nel MUD sono controllati prima dell'invio dai Responsabili medici dei singoli Presidi e/o Strutture Territoriali	Impatto medio. Vi può essere un rischio di errata rendicontazione nel MUD	Probabilità bassa. La verifica viene effettuata una/due volte l'anno.	Rischio inerente BASSO	La procedura di verifica è completamente manuale. Al momento non vi è un software dedicato per il monitoraggio produzione rifiuti ma si utilizza un foglio excel. Sarebbe opportuno verificare anche confrontandosi con il fornitore la possibilità di gestire l'intero processo in maniera informatizzata.	Rischio residuo BASSO
	Ruolo del DEC	Rischi operativi	2	1	2	4	0
RISCHIO	Mancato controllo/monitoraggio sulla corretta esecuzione del servizio	E' stato nominato di recente un nuovo DEC. Può essere valutata la nomina di referenti del DEC data la complessità e capillarità. E' stata avviata nel corrente anno una formazione per i DEC	Impatto medio. Vi può essere un rischio di mancata applicazione penali	Probabilità bassa. Il DEC monitora la corretta esecuzione del contratto anche sulla sorta delle rendicontazioni dei singoli presidi/strutture territoriali	Rischio inerente BASSO	Il DEC monitora la corretta esecuzione del contratto anche sulla sorta delle rendicontazioni dei singoli presidi/strutture territoriali e può effettuare sopralluoghi anche a campione	Rischio residuo BASSO

STRUTTURA	SC FARMACIA
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direttore di SC

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di TI e IT, livello / Notizie in Rassegna Stampa / exit controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE					
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischio")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5					Indicatore 6			MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PRIORITÀ	2023
SC FARMACIA	Farmaceutica e Dispositivi Medici	Richiesta di nuova introduzione da parte dei clinici di farmaci e Dispositivi Medici	SC FARMACIA	Direttore di SC	Ogni richiesta di nuova introduzione in Azienda di farmaco e Dispositivo Medico (DM) inviata dai clinici dell'Asst, viene valutata da apposite Commissioni Tecniche multidisciplinari istituite ad hoc. Le valutazioni tengono in considerazione le molecole/DM già presenti in Azienda appartenenti al medesimo gruppo terapeutico/CNO, le indicazioni autorizzate secondo lo specifico RCP/scheda tecnica, i relativi costi e il reale valore aggiunto della nuova molecola/DM in termini di beneficio clinico rapportato ai costi. Le decisioni assunte in sede di CFA e CADM sono trasmesse ai medici richiedenti e alla DS.	CFA: Direttore SC Farmacia su delega della DS; Referente istruttoria: dr.ssa Raffaella Biasi. CADM: Direttore SC Farmacia; Referente dell'istruttoria: dr.ssa Sabrina Butti	Il rischio deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una missione al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	M	B	M	B	B	B	nessuna segnalazione in ASST Lariana ma eventi noti mezzo stampa per altre realtà simili	Applicazione Regolamento interno per il funzionamento delle Commissioni, compilazione e sottoscrizione del conflitto di interessi da parte dei richiedenti.	B	Ad oggi non vi è evidenza di fenomeni corruttivi nelle aree considerate oggetto del processo.	Rotazione dei componenti delle Commissioni allo scadere del mandato. Intervento di sensibilizzazione verso i clinici sull'importanza di reperire documentazione scientifica indipendente e autorevole.	Media	X	X	
SC FARMACIA/ SS ASSISTENZA PROTETICA MAGGIORE/ SS FARMACIA D'INTEGRAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	Protetica minore/ maggiore	EROGAZIONE AUSILI/ PRESIDI	SC FARMACIA/ SS ASSISTENZA PROTETICA MAGGIORE/ SS FARMACIA DI INTEGRAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	Direttore di SC e Responsabili SS	L'attivazione dell'assistenza protesica (minore/ maggiore) avviene mediante la prescrizione on-line da parte di un medico prescrittore (MMG / PDF / Medico specialista). In via del tutto residuale, quando la prescrizione viene effettuata in formato cartaceo, la pratica viene gestita manualmente dall'Ufficio Protesi della sede Territoriale di riferimento, registrando tutte le fasi del processo: 1) PRESCRIZIONE 2) EROGAZIONE 3) CONSEGNA 4) RITIRO	Responsabili SS	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, regionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	M	B	B	B	B	B	ESITI CONTROLLI INTERNI SEMESTRALI	SENSIBILIZZAZIONE ALL'USO OBBLIGATORIO DI ASSISTANT-RL	B	PROCEDURE INFORMATIZZATE CHE LIMITANO INTERVENTI INAPPROPRIATI	IN CASO DI INCREMENTO PRESCRIZIONI CARTACEE VERIFICA ULTERIORE SULLA SINGOLA PRESCRIZIONE A CURA DELLA SS ASSISTENZA PROTETICA MAGGIORE E SS FARMACIA D'INTEGRAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE	X	X	X	

SC FARMACIA	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Richiesta di nuova introduzione da parte dei clinici di farmaci e Dispositivi Medici	Ogni richiesta di nuova introduzione in Azienda di farmaco e Dispositivo Medico (DM) inviata dai clinici dell'Asst, viene valutata da apposite Commissioni Tecniche multidisciplinari istituite ad hoc. Le valutazioni tengono in considerazione le molecole/DM già presenti in Azienda appartenenti al medesimo gruppo terapeutico/CND, le indicazioni autorizzate secondo lo specifico RCP/scheda tecnica, i relativi costi e il reale valore aggiunto della nuova molecola/DM in termini di beneficio clinico rapportato ai costi. Le decisioni assunte in sede di CFA e CADM sono trasmesse ai medici richiedenti e alla DS.	Il rischio deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una mansione al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi	BASSO	1.Rotazione dei componenti le Commissioni allo scadere del mandato. 2. Intervento di sensibilizzazione verso i clinici sull'importanza di reperire documentazione scientifica indipendente e autorevole.	Il monitoraggio sarà effettuato sulla sensibilizzazione dei direttori di SC e DAPSS relativamente all'importanza di reperire documentazione scientifica indipendente e autorevole ai fini della presentazione di una richiesta d'inserimento di un nuovo prodotto in Azienda.	Gli interventi di sensibilizzazione saranno effettuati nell'anno 2023	Invio di informative sull'importanza di allegare alla richiesta di nuova introduzione in Azienda di un farmaco o DM documentazione scientifica autorevole e indipendente a supporto della richiesta stessa.	Riduzione richieste prive di tale documentazione	SC FARMACIA
Assistenza protesica minore/maggiore	L'attivazione dell'assistenza protesica (minore/maggiore) avviene mediante la prescrizione on-line da parte di un medico prescrittore (MMG / PDF/ Medico specialista). In via del tutto residuale, quando la prescrizione viene effettuata in formato cartaceo, la pratica viene gestita manualmente dall'Ufficio Protesi della sede Territoriale di riferimento, registrando tutte le fasi del processo: 1) PRESCRIZIONE 2) EROGAZIONE 3) CONSEGNA 4) RITIRO	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, regionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	BASSO	Monitoraggio semestrale del numero di pratiche trattate manualmente	Registrazione delle pratiche in Assistant-RL e negli altri portali dedicati all'erogazione di forniture protesiche.	Semestrale	Pratiche soggette a discrezionalità per la parte residuale (cartacea)	Totalità delle istanze cartacee	Responsabili SS Assistenza Protesica Maggiore e Farmacia d'Integrazione della Rete Territoriale

STRUTTURA	SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA
RESPONSABILE DEL PROCESSO	RESPONSABILE SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA

[illegible]

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESEZIONE DEL PROCESSO			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO		ANALISI DEL RISCHIO										FONDERAZIONE DEL RISCHIO (Stabilito quali sono le Attività da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire la priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui si opera ecc.)				
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE				INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)		PROGRAMMAZIONE					
		PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Documento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	EFFETTO ASSUNTIVO dell'evento "L'area degli eventi rischio"	Indicatori 1	Indicatori 2	Indicatori 3	Indicatori 4	Indicatori 5	Indicatori 6	DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (regolamenti / precedenti giudiziari / provvedimenti disciplinari / incidenti nel corso delle attività lavorative / Note in Seguevia Stampa / note in Seguevia Informatica / Note in Seguevia Servizi presso l'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE o previsti dal rischio (Controllo / Trasparenza / Certificazione o prevenzione dell'atto e di standard di comportamento / Reglamentazione / Semplificazione / Formalizzazione / Sanctionizzazione o partecipazione / Retenzione / Segnalazione o protezione / Discipline del conflitto di interesse)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Evidenziare, nella motivazione, la evidenza o il supporto	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) Definizione e promozione dell'atto e di standard di comportamento / Reglamentazione / Semplificazione / Formalizzazione / Sanctionizzazione o partecipazione / Retenzione / Segnalazione o protezione / Discipline del conflitto di interesse...	PROBABILITÀ	IMPATTO	RESIDUO
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO																					
SS SPECIALISTA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	ASSIGNAZIONE DEI D'INCARICO	PROPOSTA DI ASSIGNAZIONE DEI D'INCARICO TRAMESSE AL MASSIMALE ORARIO DI 30 ORE SETTIMANALI	SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	RESPONSABILI DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Dopo specialistica/professionista ambulatoriale può avere fino ad un massimo orario di 30 ore settimanali. Gli assenti diritto che non hanno raggiunto il mese intero, quindi devono essere sostituiti con uno (con integralità) per l'impianto senza richiesta per esigenze aziendali della Direzione Strategica. A coloro che riuscivano ad completamente erano con integralità e però praticava la possibilità di partecipare a nuovi incarichi per due turni di pubblicazione.	RESPONSABILE DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Nessuna notificatione a tutti gli assenti diritto dalla possibilità di incrementare il proprio orario lavorativo fino al massimo di 30 ore settimanali.	maximale di trasparenza;	M	M	S	S	S	S	Non si registra nei precedenti giudiziari, nei provvedimenti disciplinari, né esiti di 01 e 02 livello in materia.	Tutte le fasi a procedura concernenti l'assegnazione di ore dagli specialisti ambulatoriali sono regolate dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 31.3.2018. L'Assessorato alla Sanità ha approvato la proposta di esclusione. Inoltre gli interpreti sono garantiti tramite la trascurabilità della PEC (testate agli specialisti/professionisti).	Basso	L'accordo Collettivo Nazionale (ACN) 31.3.2018 è molto dettagliato in tutte le sue parti. Specialisti, specialmente nell'ambito del Contratto Zeroed mercato, verificano la correttezza delle procedure. La trasparenza di integralità è attuata secondo la possibilità. Inoltre il contratto superiore le condizioni rappresentando una ulteriore controllo del loro sviluppo. L'intento di questi elementi dimostra notevolmente ogni rischio corretto.				
SS SPECIALISTA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	PUBBLICAZIONE SUL SITO AZIENDALE	ASSIGNAZIONE D'INCARICHI PER SPECIALISTI / PROFESSIONISTI AMBULATORIALI E TRAMITE PUBBLICAZIONE SUL SITO AZIENDALE	SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	RESPONSABILI DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Trasmissione dal 1° al 15° giorno vengono pubblicati sul sito aziendale i lavori per l'assegnazione di ore d'incarico per lo svolgimento di prestazioni sanitarie.	RESPONSABILE DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Inclusione arbitraria dei candidati Non idonei. Nessuna notificatione all'ordine di priorità massima dell'ACN per l'assegnazione delle ore.	maximale di trasparenza;	M	M	S	S	S	S	Non si registra nei precedenti giudiziari, nei provvedimenti disciplinari, né esiti di 01 e 02 livello in materia.	Non tutti del bando è stato obbligo di rispondere esclusivamente tramite pec.	Basso	L'accordo Collettivo Nazionale (ACN) 31.3.2018 è molto dettagliato in tutte le sue parti. Specialisti, specialmente nell'ambito del Contratto Zeroed mercato, verificano la correttezza delle procedure. La pubblicazione avviene dal 1° al 15 di ogni giornata nel sito aziendale, gratuitamente in trasparenza dalle procedure. Il sito di pubblicazione non altro elemento, gratuitamente con integralità, garantisce la sua trasparenza. La pubblicazione degli atti con il proprio intervento dell'articolo e del corso sull'ACN equitano per l'assegnazione degli incarichi, anche se esiste d'incanto agli atti, riducendo considerevolmente il rischio corretto.				
SS SPECIALISTA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONE DEL PERSONALE CONFEZIONATO ACN 31.3.2018	VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL QUOTIDIO DAL SERVIZIO DI ECCESSIONE AI SEGRETI DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	RESPONSABILI DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Verifica preventiva dell'autocertificazione relativa al titolo di specialità tramite richiesta agli uffici competenti.	RESPONSABILE DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Inclusione arbitraria dei candidati Non idonei	equivalenza di qualche vantaggio;	M	M	S	S	S	S	Non si registra nei precedenti giudiziari, nei provvedimenti disciplinari, né esiti di 01 e 02 livello in materia.	E' elettronicamente verificato il titolo di studio per ciascun candidato.	Basso	La sezione che sono coinvolte in una verifica preventiva delle autocertificazioni (elenco degli specialisti/professionisti).				
SS SPECIALISTA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONE DEL PERSONALE CONFEZIONATO ACN 31.3.2018	VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL QUOTIDIO DAL SERVIZIO DI ECCESSIONE AI SEGRETI DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	RESPONSABILI DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	Verifica successiva della dichiarazioni sostitutive di atto notorio (DPR 445/2001) relative ai esecutivi del rapporto lavorativo tramite richiesta all'Agenzia delle Entrate di dichiarazione di reddito degli specialisti/professionisti non riconducibile a redditi erogati da ASST Latium.	RESPONSABILE DI SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PONTINENSIA	dichiarazioni sostitutive di atto notorio non corrispondente al vero.	equivalenza di qualche vantaggio;	M	M	S	S	S	S	Non si registra nei precedenti giudiziari, nei provvedimenti disciplinari, né esiti di 01 e 02 livello in materia.	Sono elettronicamente verificate tutte le dichiarazioni sostitutive di atto notorio presso l'Agenzia delle Entrate.	Basso	La sezione che sono coinvolte in una verifica successiva delle autocertificazioni (elenco degli specialisti/professionisti).				



SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
				MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.						
SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA	PUBBLICAZIONE SU SITO AZIENDALE	ASSEGNAZIONE D'INCARICHI PER SPECIALISTI/ PROFESSIONISTI AMBULATORIALI TRAMITE PUBBLICAZIONE DI BANDO SUL SITO AZIENDALE	Basso	inclusione arbitraria di candidati NON idonei.  Mancato rispetto dell'ordine di priorità stabilito dall'ACN per l'assegnazione delle ore	Procedura di verifica già in essere	Trimestralmente dal 1° al 15° giorno vengono pubblicati sul sito aziendale i bandi per l'assegnazione di ore d'incarico per lo svolgimento di prestazioni sanitarie		Al verificarsi di nuove assunzioni	RESPONSABILE SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA
SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA	VERIFICA AUTODICHIARAZIONE DEL TITOLO DI SPECIALITA' DEGLI SPECIALISTI/PROFESSIONISTI	Verifica preventiva dell'autodichiarazione relativa al titolo di specialità tramite richiesta agli istituti universitari	Basso	inclusione arbitraria di candidati NON idonei.	Procedura di verifica già in essere	In fase preliminare all'assunzione		Al verificarsi di nuove assunzioni (e già effettuato sulle dichiarazioni pregresse)	RESPONSABILE SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA
SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA	VERIFICA AUTODICHIARAZIONE RELATIVA AL DIRITTO ALL'INDENNITA' DI ESCLUSIVITA' DEGLI SPECIALISTI/PROFESSIONISTI	Verifica preventiva dell'autodichiarazione relativa al diritto all'indennità di esclusività ai sensi dell'art.45 ACN 31.3.2020 degli specialisti tramite richiesta all'Agenzia delle Entrate	Basso	inclusione arbitraria di candidati NON idonei.  Mancata verifica delle autocertificazioni prodotte	Procedura di verifica già in essere	In fase successiva alla dichiarazione con eventuale restituzione dell'indennità versata		Al verificarsi di ogni anno solare	RESPONSABILE SS SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SANITA' PENITENZIARIA

STRUTTURA	SS Formazione e Valutazione del Personale
RESPONSABILE DEL PROCESSO	RESPONSABILE SS

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
			RESPONSABILE DEL PROCESSO	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO  Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento			Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PROSSIMITÀ	2023	2024	2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

ANALISI DI IMPATTO AMBIENTALE E SOCIALE	Indicatore 1: livello di interesse "esterno" / la presenza di interesse, azioni economiche, iniziative di benefici per i destinatari del progetto, determinano un incremento del rischio	
	Indicatore 2: grado di diversificabilità del servizio fornito alla PA; la presenza di un processo decisionale diversificato determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di effetti correlati in passato nel progetto/attività correlate; se all'interno è stato già verificato un effetto correlato in passato nel progetto correlato e in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché aumenta la possibilità che la correlazione possa verificarsi anche in questo progetto	
VALUTAZIONE	Indicatore 4: capacità del processo decisionale / l'esistenza di strumenti di monitoraggio, o non già forniti, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del piano e di attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano; le risorse collaborative più estese riducono il rischio di allentamento o meno della prevenzione della corruzione o comunque riducono in una specie un grado di rischio	
	Indicatore 6: grado di affidabilità delle risorse di trattamento; l'affidabilità di risorse di trattamento ad accesso ad una minore possibilità di accoglimento di fatti corruttori	
	AL TO; ME MEDIO; BA BASSO	

[illegible]

<p><b>LIVELLO DI RISCHIO</b> (profilo complessivo)</p>	<p><b>MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO</b></p> <p><i>Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto</i></p>
<p><b>B</b></p>	<p>L'applicazione delle procedure PAC per l'area Economica Finanziaria rappresenta una garanzia per il rispetto dei principi contabili a livello interno. Inoltre si segnala il controllo interno da parte del Collegio Sindacale sul controllo esterno da parte di Regione Lombardia secondo le predizioni all'adempimento del bilancio consuntivo delle aziende sanitarie.</p>
<p><b>B</b></p>	<p>L'applicazione delle procedure di formazione e monitoraggio delle SPE per l'area Economica Finanziaria rappresenta una garanzia per il rispetto dei principi di buon andamento e trasparenza. Inoltre il controllo interno da parte di Regione Lombardia sul controllo esterno da parte di Regione Lombardia, struttura la predizione all'adempimento del bilancio preventivo delle aziende sanitarie.</p>
<p><b>B</b></p>	<p>L'applicazione delle procedure PAC, in particolare PO.003144 Cda, garantisce l'adempimento dei principi contabili a livello interno. Inoltre si segnala il controllo interno da parte di Collegio Sindacale sul controllo esterno da parte di Regione Lombardia (autorizzazio Cda-Ca-GR) all'adempimento del bilancio consuntivo attraverso il rilevamento con specifici rigeli di Regione Lombardia attraverso il rilevamento con specifici rigeli in merito della rendicontazione certificata.</p>
<p><b>B</b></p>	<p>La presenza di software e piattaforme informatiche integrate tra loro ai più livelli (gestionale/contabile/finanziario) e la supervisione della Rendicontazione pubblica (RGR) in merito della rendicontazione PAC si segnala in particolare la PO.003142 Gestione Tesoreria</p>
<p><b>B</b></p>	<p>L'applicazione delle procedure PAC, in particolare PO.003144 Cda, garantisce l'adempimento dei principi contabili a livello interno. Inoltre si segnala il controllo interno da parte di Collegio Sindacale sul controllo esterno da parte di Regione Lombardia (autorizzazio Cda-Ca-GR) all'adempimento del bilancio consuntivo attraverso il rilevamento con specifici rigeli di Regione Lombardia attraverso il rilevamento con specifici rigeli in merito della rendicontazione certificata.</p>

[illegible]

STRUTTURA	SS INGEGNERIA CLINICA
RESPONSABILE DEL PROCESSO	RESPONSABILE SS INGEGNERIA CLINICA

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO  Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sotto stima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di rischiosità	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO		DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
		RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE				
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO		Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	(Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PRIORITY	2023	2024
GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	Valutazione Tecnologie Aziendali	SS INGEGNERIA CLINICA	Responsabile SS	Monitoraggio della funzionalità delle apparecchiature elettromedicali in relazione al periodo residuo di possibile utilizzo	viene individuato di volta in volta	Utilizzo di apparecchiature la cui funzionalità è degradata .	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione : Report manutenzioni effettuate	controllo piano manutentivo a campione	B	Assenza segnalazioni mancate manutenzioni preventive	controllo	Bassa	X	X	
GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	Valutazione Tecnologie Aziendali	SS INGEGNERIA CLINICA	Responsabile SS	Installazione e collaudo nuove apparecchiature	viene individuato di volta in volta	utilizzo delle apparecchiature che non abbiano collaudo o verbale di installazione	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	B	B	B	B	B	B	Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione : verbali di collaudo	controllo amministrativo successivo in fase di pagamento fatture	B	assenza segnalazioni mancate collaudi	controllo	Bassa	X	X	
GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	Manutenzione del parco macchine elettromedicali	SS INGEGNERIA CLINICA	Responsabile SS	Inserimento, nei capitoli di gara, dell'attività di manutenzione a carico del fornitore dell'apparecchiatura elettromedicale, con specificazione di modalità/templistiche/costi	viene individuato di volta in volta	mancato inserimento nel capitolato della frequenza delle attività manutentive e della tolleranza nella loro esecuzione,mancato inserimento di penali in caso di non ottemperanza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	M	B	B	ulteriori dati in possesso dell'amministrazione	controllo del scheda tecnica da parte di più uffici	M	Scheda tecnica predisposta viene condivisa tra più soggetti coinvolti nel processo per un controllo .	controllo	Media	X	X	
GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	Manutenzione del parco macchine elettromedicali	SS INGEGNERIA CLINICA	Responsabile SS	Monitoraggio dell'effettivo svolgimento delle attività manutentive secondo quanto previsto dal relativo contratto	DEC	mancato inserimento nel sw gestionale dei report delle attività fatte e controllo dei report per valutare la corrispondenza dell'attività svolta	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	M	B	B	Segnalazioni di assenza di report nel sw gestionale	controllo	B	Inserimento dei report di attività viene controllato sia dagli utilizzatori che dal DEC del contratto	controllo	Bassa	X	X	

STRUTTURA SEMPLICE INGEGNERIA CLINICA	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Valutazione Tecnologie Aziendali	Monitoraggio della funzionalità delle apparecchiature elettromedicali in relazione al periodo residuo di possibile utilizzo	Utilizzo di apparecchiature la cui funzionalità è degradata .	Basso	controllo piano manutentivo a campione	CONTROLLO CON VERIFICA PIANIFICAZIONE ATTIVITA PREVENTIVA A CAMPIONE	fine 2023	NUMERO PIANI CONSEGNATI NELL'ANNO	A CAMPIONE	Ing. MALANCHINI
Valutazione Tecnologie Aziendali	Installazione e collaudo nuove apparecchiature	utilizzo delle apparecchiature che non abbiano collaudo o verbale di installazione	Basso	controllo amministrativo successivo in fase di pagamento fatture	CONTROLLO CON VERIFICA PIANIFICAZIONE ATTIVITA DI COLLAUDI	fine 2023	NUMERO COLLAUDI	100%	Ing. MALANCHINI
Manutenzione del parco macchine elettromedicali	Inserimento, nei capitoli di gara, dell'attività di manutenzione a carico del fornitore dell'apparecchiatura elettromedicale, con specificazione di modalità/tempestiche/costi	mancato inserimento nel capitolo della frequenza delle attività manutentive e della tolleranza nella loro esecuzione,mancato inserimento di penali in caso di non ottemperanza	Medio	controllo del scheda tecnica da parte di più uffici	CONTROLLO DURANTE LA PREDISPOSIZIONE SCHEDE	fine 2023	NUMERO SCHEDE SENZA PREVISIONE TEMPTISTICHE ATTIVITÀ MANUTENTIVA	A CAMPIONE	Ing. MALANCHINI
Manutenzione del parco macchine elettromedicali	Monitoraggio dell'effettivo svolgimento delle attività manutentive secondo quanto previsto dal relativo contratto	mancato inserimento nel sw gestionale dei report delle attività fatte e controllo dei report per valutare la corrispondenza dell'attività svolta	Basso	controllo	CONTROLLO INSERIMENTO REPORT	fine 2023	NUMERO DI REPORT NON INSERITI	A CAMPIONE	Ing. MALANCHINI

STRUTTURA	SC Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dott. Davide Mozzanica

[illegible]



STRUTTURA	SS.CC. DISTRETTUALI
RESPONSABILE DEL PROCESSO	SS.CC. DISTRETTUALI

[illegible]

SS.CC. DISTRETTUALI	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE e FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Scelta e revoca del medico	Attività svolta per conto di ATS Insubria come da convenzione in essere. Presentazione, valutazione documentazione prodotta ed iscrizione	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, regionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	BASSO	Prosecuzione implementazione strumento informatico  SENSIBILIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E DELLO STRUMENTO INFORMATICO (PORTALE SERVIZI ONLINE)	Istruttoria	Annuale	Azioni di sensibilizzazione Informazione sul campo con aggiornamento di tipo legislativo  Formazione	Evento formativo annuale	SS.CC. DISTRETTUALI
Attività certificativa monocratica	<b>PRENOTAZIONE (P.O.000.136)</b>  La prenotazione della prestazione avviene, tramite il portale Tekne, che può essere alimentato con le seguenti modalità: Sportello telefonico, gestito da operatore Amministrativo AT (riferimenti telefonici e orari sul sito aziendale) Accesso diretto dell'utente allo sportello territoriale, gestito da Amministrativo AT (riferimenti telefonici e orari sul sito aziendale) On-line direttamente da parte dell'utente, collegandosi al portale dedicato presente sul sito aziendale	Il rischio si configura nella possibilità di prendere decisioni o nel porre in essere azioni contrarie a quanto previsto alle disposizioni interne dell'Azienda (istruzioni, procedure operative, politiche, indirizzi e linee guida, comunicazioni organizzative ecc.).  Eventuale presenza di agende cartacee	BASSO	<b>PROMOZIONE MODALITA' DI PRENOTAZIONE DIRETTA DA PARTE DELL'UTENTE ATTRAVERSO IL PORTALE TEKNE O SPORTELLO AZIENDALE DEDICATO</b>	Prenotazione	Annuale	Indicazioni operative al cittadino sulle modalità di prenotazione attraverso la piattaforma Tekne. Monitoraggio prenotazioni cartacee.	100%	SS.CC. DISTRETTUALI
Attività certificativa monocratica	<b>INCASSO DELLA PRESTAZIONE</b>  L'amministrativo AT, in possesso di credenziali personali per l'utilizzo dei programmi dedicati Tekne (applicativo dedicato alla prenotazione, alla gestione informatica della visita e al rilascio della certificazione su modulistica validata) e Priamo Web (gestione contabile), effettua le seguenti operazioni in sequenza: • prima della visita, verifica la assistenza della documentazione prepediutca alla stessa e provvede all'incasso tramite POS, bollettino postale, bonifico bancario; • rilascia fattura intestata all'utente fruitore della prestazione, utilizzando l'applicativo Priamo Web, con le seguenti modalità: - in regime istituzionale, 3 copie: 1 fattura all'utente, 1 copia in ordine progressivo nel fascicolo fatture, allegando la relativa quietanza di pagamento, 1 copia nel fascicolo seduta, allegata alla pratica certificativa); - in regime di libera professione, 4 copie: (1 fattura all'utente, 1 copia in ordine progressivo nel fascicolo fatture, 1 copia nel fascicolo seduta, allegata alla pratica certificativa, 1 copia all'ufficio ALPI, allegando la relativa quietanza di pagamento); • a fine seduta provvede a stampare, sempre da Priamo Web, il riepilogo giornaliero delle fatture emesse; • esclusivamente per le sedute in libera professione, predispone la documentazione da inviare all'UFFICIO ALPI (prospetto componenti della seduta ai fini della ripartizione, riepilogo fatture emesse, riepilogo tipologia delle prestazioni effettuato, fatture emesse e relative quietanze di pagamento delle prestazioni); • elabora le risultanze contabili, sulla base degli incassi effettuati e del riepilogo delle fatture emesse da ogni singolo sportello di cassa territoriale e mensilmente, provvede all'invio al Direttore GEF, entro il giorno 5 del mese successivo, del riepilogo di cassa, copia registro di cassa e registro fatture; • verifica inoltre la mancata erogazione di prestazioni prenotate, attraverso la stampa dell'agenda prenotazioni dal programma Tekne.	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni e/o externalizzati di gestione delle riscossioni e dei pagamenti non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di perdita di risorse e/o maggiori oneri da sostenere.	BASSO	Monitoraggio pagoPA	Pagamento e incasso della prestazione	Annuale	Gestione segnalazioni/criticità pagoPA	100%	SS.CC. DISTRETTUALI

STRUTTURA	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Dott.ssa Cinzia Volontario

LEGENDA INDICATORI DEL RISCHIO	<p>Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio;</p> <p>Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;</p> <p>Indicatore 3: manifestazione di eventi correttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi correttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attutiti gli eventi correttivi;</p> <p>Indicatore 4: capacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;</p> <p>Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione e comunque risultare in una opacità sul real grado di rischio;</p> <p>Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti correttivi.</p>	<p><b>LIVELLO DI RISCHIO</b></p> <p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (ex. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associato all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>
	<p><b>VALUTAZIONE</b></p> <p>A= ALTO; M= MEDIO; B= BASSO</p>	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO				
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						PROGRAMMAZIONE								
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (esplicitazioni / precedenti giudiziari / precedenti disciplinari / criticità nel corso di audit di TI e IT / livello / Note in Massima Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sanfinalizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)			
									Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					PROBABILITÀ	2023	2024	2025
INCARICHI E NOMINE	FABBISOGNO PERSONALE	Collaborazione alla pianificazione e definizione del fabbisogno del personale.	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	In adesione alle linee generali della Divisione Strategica ed alle indicazioni Regionali, in materia, si provvede alla rilevazione del fabbisogno, tenuto conto del turn over e delle linee strategiche annualmente definite	Dott.ssa Cinzia Volontario	Mancato o non puntuale adesione alla scelta di tipo organizzativo definita dalla Direzione che comporta la riduzione dell'efficacia delle azioni intraprese per mancanza o inadeguatezza delle risorse necessarie (ex. la carenza di uno strutturato processo di gestione e controllo potrebbe compromettere l'attività di monitoraggio della programmazione, sia da un punto di vista operativo che finanziario).	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	B	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	L'iter formativo del documento in esame è disciplinato dal combinato disposto dal D.Lgs. n.165/2001 e dalla indicazioni in materia fornite annualmente e/o prima della predisposizione del piano triennale da Regione Lombardia attraverso apposita DGR.	B	Il documento recante il fabbisogno di personale ha natura programmatica di carattere generale, viene approvato dalla Direzione Strategica ed è sottoposto al controllo interno da parte del Collegio Sindacale. Lo stesso viene, infine approvato dalla Regione Lombardia con relativa DGR. Il livello e la natura dei controlli esercitati sia a livello interno che esterno abbattano al minimo l'esposizione a rischi che possano manifestare effetti sul documento finale.				
INCARICHI E NOMINE	ACQUISIZIONE RISORSE UMANE	Gestione delle procedure per l'acquisizione delle risorse umane - Indizione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	Indizione procedure selettive per il reclutamento del personale, in aderenza alle disposizioni normative vigenti relative materie, in attuazione del fabbisogno definito dalla Direzione Strategica.	Dott.ssa Cinzia Volontario	1) Inosservanza delle disposizioni in tema di conflitto di interesse; 2) individuazione di requisiti di accesso alle procedure non aderenti alle previsioni normative in materia (ad es. derivi un ingiustificato vantaggio e/o svantaggio per gli interessati); 3) omessa o non corretta esposizione dei contenuti delle prove dei quali derivi un ingiustificato vantaggio e/o svantaggio per gli interessati); 4) mancato rispetto dei tempi del procedimento normalmente fissati, ivi compresi quelli relativi alle fasi di pubblicazione dei provvedimenti	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	L'indizione di procedure concorsuali finalizzate al reclutamento di personale è parzialmente disciplinata - a seconda delle aree di inquadramento - dalle seguenti fonti normative, che regolano l'accesso alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale, Dlg. n. 165/2001, L. 30/1/1992, DPR 483/1997, DPR 484/1997, DPR 220/2001.	B	Il testo del Bando di reclutamento subisce un controllo diffuso e generalizzato da parte della generalità dei cittadini e da tutti coloro che hanno interesse a partecipare alla procedura, atteso che viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale, sul BUR, sull'apposita sezione del sito aziendale.				
INCARICHI E NOMINE	ACQUISIZIONE RISORSE UMANE	Gestione dell'espletamento di procedure concorsuali per il reclutamento di personale	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	Attività istruttorie connesse all'ammissione ed esclusione dei candidati alla procedura; trattamento dei dati personali e sensibili; predisposizione del provvedimento di ammissione alla procedura; pubblicazione elenco ammessi o esclusi; convocazione dei candidati alle prove; predisposizione del provvedimento di nomina della commissione valutatrice; approvazione della graduatoria finale; contatto con i/i candidati/i (risultati) / idonei / vincitori /	Dott.ssa Cinzia Volontario	1) Mancato o indebito riconoscimento dei requisiti di accesso alla procedura; 2) Inosservanza di norme in materia di riserva per le categorie protette; 3) strumentale ritardo nella predisposizione dei provvedimenti di ammissione e/o esclusione dei candidati; 4) omissione o/o mancato rispetto dei termini previsti per la convocazione dei candidati; 5) strumentale ritardo nella predisposizione del provvedimento di nomina della Commissione; 6) mancato rispetto dei principi di correttezza, collaborazione, ed appropriatezza nei contatti intercorsi con i candidati.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	L'attività endoprocedimentale in esame è anch'essa puntualmente disciplinata dalle fonti normative di seguito indicate: Dlg. n. 165/2001, L. 30/1/1992, DPR 483/1997, DPR 484/1997, DPR 220/2001.	B	Le domande di partecipazione alla procedura (portanti i requisiti dei candidati) sono esaminate, prima della presentazione dei provvedimenti di ammissione e esclusione, oltre che dall'ufficio competente, anche dal Direttore e dai Dirigenti della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane. Un controllo eventuale è successivo, è svolto anche da parte del Collegio Sindacale. Infine, non può trascurarsi la rilevanza del controllo esercitato dal diretto interessato alla procedura cui viene notificato il provvedimento di ammissione o esclusione che viene esercitato attraverso l'accesso agli atti e la potestà di intervento diretto nel procedimento.				
INCARICHI E NOMINE	RAPPORTO DI LAVORO	Gestione degli aspetti giuridici, economici, previdenziali e fiscali del rapporto di lavoro	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	Gestione anagrafica dei dati del personale dipendente; predisposizione dei contratti di lavoro ed applicazione degli istituti normativi e contrattuali derivanti dal rapporto di lavoro	Dott.ssa Cinzia Volontario	1) Omesso o indebito riconoscimento di requisiti che danno accesso a benefici previsti da disposizioni normative e contrattuali; 2) mancato rispetto dei termini fissati per l'emissione dei provvedimenti.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	Il trattamento giuridico ed economico, ivi compresi alcuni particolari benefici previsti per i dipendenti della Pubblica Amministrazione, è disciplinato dal Dlg. n.165/2001, da speciali disposizioni normative e Contrattuali.	B	I provvedimenti di concessione vengono predisposti dall'ufficio competente, verificati da un Dirigente delle Risorse Umane e dal Direttore dell'Unità Operativa. Un controllo eventuale è successivo è svolto anche da parte del Collegio Sindacale. Infine, non può trascurarsi la rilevanza del controllo esercitato dal diretto interessato al provvedimento finale.				
INCARICHI E NOMINE	SPECIALISTI AMBULATORIALI	Gestione degli aspetti economici, previdenziali e fiscali degli specialisti ambulatoriali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	Rilevazione della presenza in servizio; concessione dei benefici derivanti dall'applicazione della Legge 104/1992; trattamento previdenziale (la gestione dei restanti istituti derivanti dall'Accordo Collettivo Nazionale è attribuita alla Unità Operativa Gestione Amministrativa di Supporto al Polo Ospedaliero, Flessi Informativi e Libera Professione)	Dott.ssa Cinzia Volontario	1) Omesso o indebito riconoscimento di titoli di assenza; 2) omesso o indebito riconoscimento di titoli di presenza; 3) omesso o incompleto inoltro all'INPS della richiesta di visita fiscale avanzata dal Responsabile del dipendente; 4) Omesso o mancato rispetto dei termini per la trasmissione dei flussi informativi verso la Funzione Pubblica	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	CCNNL, Disposizioni normative speciali per particolari istituti.	B	Il controllo è esercitato dai dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali cui afferiscono i dipendenti interessati; provvedimento finale nonché dall'interessato stesso.				
INCARICHI E NOMINE	RILEVAZIONE PRESENZE ASSENZE	Gestione del sistema di rilevazione presenze e assenze del personale dipendente e degli specialisti ambulatoriali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Dott.ssa Cinzia Volontario	Rilevazione della presenza e delle assenze del servizio; denuncia di infortunio e seguito di competenza; acquisizione di giustificativi di assenza; gestione dei flussi informativi verso la Funzione Pubblica relativi alle assenze per Legge 104 e distacchi sindacali	Dott.ssa Cinzia Volontario	1) Omesso o indebito riconoscimento di titoli di assenza; 2) omesso o indebito riconoscimento di titoli di presenza; 3) omesso o incompleto inoltro all'INPS della richiesta di visita fiscale avanzata dal Responsabile del dipendente; 4) omesso o mancato rispetto dei termini per la trasmissione dei flussi informativi verso la Funzione Pubblica	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano né precedenti giudiziari né precedenti disciplinari né audit di TI e IT livello in materia	Accordo Nazionale per gli specialisti ambulatoriali; Disposizioni normative speciali per particolari istituti.	B	Il controllo è esercitato dai dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali cui afferiscono i dipendenti interessati; provvedimento finale nonché dall'interessato stesso.				

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
																	(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi "rischio")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (regolazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di TI e ITI / livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE e previsti dal rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
			Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento			Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PRODOTTO	2023	2024	2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

STRUTTURA	SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Direttore SS Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO  Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza" in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di rischio	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / precedenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)				MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	Descrizione RISCHIO SPECIFICO	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PROGETTA	2023								2024	2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO		ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO (Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.)										
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE				INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio  (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO Esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto	PROGRAMMAZIONE											
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischio")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6															
logistica	logistica del PO	attribuzione degli spazi per la LP	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	gestione degli spazi del PO	direttore	favoreggiamento verso alcune attività rispetto ad altre	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi e di un unico soggetto	B	B	M	B	B	B	B	nessun dato disponibile	gerarchia interna (direttore sanitario) ed esterna (ATS)	Basso	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre Strutture in merito	in corso dal 2022								
epidemiologica	epidemiologico	prevenzione infezioni ospedaliere	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	direttore	sottovalutazione della possibilità di diffusione di un agente infettivo riscontrato in ospedale	Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	B	M	M	B	B	B	B	nessun dato disponibile	gerarchia interna (direttore sanitario, CIO ed ufficio epidemiologico) ed esterna (ATS)	Basso	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	applicazione delle procedure aziendali e consultazione degli organismi aziendali competenti (CIO/ Ufficio Epidemiologico); reportistica informatizzata degli alert	in corso dal 2022								
epidemiologica	epidemiologico	vigilanza denunce di malattie infettive	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	vigilanza sulle denunce di malattie infettive	direttore	mancata sorveglianza sulla corretta comunicazione di eventi infettivi in corso	Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	B	B	B	B	B	B	B	nessun dato disponibile	gerarchia interna (direttore sanitario, CIO ed ufficio epidemiologico) ed esterna (ATS)	Basso	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	applicazione delle procedure aziendali e consultazione degli organismi aziendali competenti (CIO/ Ufficio Epidemiologico); abilitazione DN a MAINF	in corso dal 2022								
epidemiologica	igiene alimentare	sorveglianza mensa	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	vigilanza sul rispetto delle norme igienico sanitarie per la produzione di alimenti	direttore	mancati controlli in mensa che possono pregiudicare la salute dei fruitori dei pasti ivi preparati	Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	B	B	B	B	B	B	B	nessun dato disponibile	gerarchia interna (direttore sanitario, dietista, RUP del contratto) ed esterna (ATS). Sorveglianza periodica delle corrette pratiche da parte del servizio mensa con invio della relativa relazione alla gerarchia interna di controllo.	Basso	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	relazione periodica con trasmissione alla Direzione Sanitaria ed ai responsabili del servizio mensa; implementazione di una check list adeguata al controllo da effettuare	in corso dal 2022								
decesso ospedaliero	Medicina Necroscopica	comunicazione ad ente competente decesso pazienti	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	Controllo sulla corretta gestione della camera mortuaria da parte degli addetti	direttore	pubblicità di specifiche pompe funebri sia presso la camera mortuaria che attraverso operatori sanitari conviventi	Assenza o eccessivo tasso di concorrenza nel mercato che favorisce comportamenti sleali	M	B	M	B	B	B	B	Ricevuta segnalazione da FENIOF (Federazione nazionale imprese onoranze funebri) riguardo alla gestione dei decessi, prot. 55734/2020	monitoraggio di eventuali segnalazioni in merito ad eventi potenzialmente corruttivi	Medio	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	controllo periodico dei locali della camera mortuaria e sensibilizzazione del personale riguardo alle procedure aziendali in merito; compilazione della scheda tanatologica	in corso dal 2022								
decesso ospedaliero	Medicina Necroscopica	comunicazione ad ente competente decesso pazienti	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	Controllo sulla corretta gestione della camera mortuaria da parte degli addetti	direttore	pubblicità di specifiche pompe funebri sia presso la camera mortuaria che attraverso operatori sanitari conviventi	Assenza o eccessivo tasso di concorrenza nel mercato che favorisce comportamenti sleali	M	B	M	B	B	B	B	Ricevuta segnalazione da FENIOF (Federazione nazionale imprese onoranze funebri) riguardo alla gestione dei decessi, prot. 55734/2020	monitoraggio di eventuali segnalazioni in merito ad eventi potenzialmente corruttivi	Medio	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, assenza di contatto diretto con gli operatori esterni economicamente rilevanti	controllo periodico dei locali della camera mortuaria e sensibilizzazione del personale riguardo alle procedure aziendali in merito; compilazione della scheda tanatologica	in corso dal 2022								
rifiuti	smaltimento rifiuti	registrazione della documentazione e relativa allo smaltimento dei rifiuti	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	compilazione del registro dei rifiuti di presidio ed attività sanitarie alla redazione dei moduli aziendali da parte dell'ufficio competente	direttore	gestione dei rifiuti prodotti non attinente alla normativa di riferimento	Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa	A	A	M	B	B	B	B	notizie in rassegna stampa	gerarchia interna (direttore generale, ufficio rifiuti aziendale, servizio di prevenzione e protezione) ed esterna (autorità preposte), procedura aziendale per la gestione dei rifiuti	Medio	S.C. che non dispone di budget proprio, presenza di catena di controllo sia interna che esterna, processo decisionale condiviso con altre S.C. secondo protocollo aziendale	sensibilizzazione del personale afferente alla S.C. rispetto del protocollo aziendale ed alla tenuta di comportamenti etici e responsabili	in corso dal 2022								
DEC	gestione gara d'appalto	DEC del contratto con azienda esterna	Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	direttore	vigilanza della corretta applicazione del contratto	direttore	possibilità che il servizio reso dal fornitore non sia in linea con le aspettative, gli standard, gli obblighi definiti contrattualmente. Mancato controllo/monitoraggio sulle attività affidate	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; Mancato controllo/monitoraggio sulle attività affidate	M	M	M	B	B	B	B	esiti di controlli interna	gerarchia interna (RUP)	Medio	inesperienza nello svolgimento del ruolo in oggetto; mancanza di segnalazioni e/o monitoraggio delle stesse	attività di controllo sulla corretta applicazione dei contratti; revisione del flusso comunicativo delle segnalazioni di non conformità al contratto	in corso dal 2022								



Direzione SS Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
				MISURE e CONTROLLI IN ESSERE e FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
			Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sotto stima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.						
formulazione di pareri tecnici	formulazione di pareri tecnici sulle modificazioni edilizie	scorretta interpretazione dei piani strutturali a lungo termine nella relazione dei pareri sanitari	Medio	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre UO in merito e verbalizzare o formalizzare in forma scritta le decisioni	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	corrispondenza tra quanto deciso e quanto attuato; istituzione di un registro dei verbali redatti e delle formalizzazioni rilasciate	controllo a campione del 20% delle decisioni effettuate	DIRETTORE SS
formulazione orale di pareri tecnici in corso d'opera	formulazione di pareri tecnici sulle modificazioni edilizie	redazione di pareri complacenti nei confronti di un possibile fornitore	Medio	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre UO in merito e verbalizzare o formalizzare in forma scritta le decisioni	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	corrispondenza tra quanto deciso e quanto attuato; istituzione di un registro dei verbali redatti e delle formalizzazioni rilasciate	controllo a campione del 20% delle decisioni effettuate	DIRETTORE SS
formulazione orale di pareri tecnici in corso d'opera	formulazione di pareri tecnici sulle modificazioni edilizie	redazione di pareri complacenti nei confronti di un possibile fornitore (es. Smaltimento dei materiali di risulta non ottemperando alla normativa vigente)	Medio	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre UO in merito e verbalizzare o formalizzare in forma scritta le decisioni	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	corrispondenza tra quanto deciso e quanto attuato; istituzione di un registro dei verbali redatti e delle formalizzazioni rilasciate	controllo a campione del 20% delle decisioni effettuate	DIRETTORE SS
archiviazione cartelle cliniche e documentazione sanitaria	conservazione a norma di legge delle cartelle cliniche	possibilità che informazioni e dati sensibili siano divulgati senza autorizzazione	Medio	Applicare le direttive aziendali riguardo alle postazioni informatiche, monitorare la chiusura a chiave degli archivi e gli accessi agli stessi	in atto	Monitoraggio annuale	rispetto delle disposizioni aziendali	verifica del 100% delle eventuali segnalazioni ricevute in merito (databreach)	DIRETTORE SS
archiviazione cartelle cliniche e documentazione sanitaria	conservazione a norma di legge delle cartelle cliniche	mancata vigilanza sulla corretta conservazione delle cartelle cliniche	Medio	progressiva esternalizzazione dell'archivio	da intraprendere nel 2023	monitoraggio semestrale	verifica della effettiva presa in carico da parte del servizio di archiviazione esterna	100% delle pratiche esternalizzate	DIRETTORE SS
gestione degli spazi	gestione degli spazi del PO	mancata reattività nella riorganizzazione degli spazi per ottemperare alla flessibilità richiesta dall'azienda	Basso	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre UO in merito	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	corrispondenza tra quanto deciso e quanto attuato; istituzione di un registro dei verbali redatti e delle formalizzazioni rilasciate	controllo a campione del 20% delle decisioni effettuate	DIRETTORE SS
attribuzione degli spazi per la LP	gestione degli spazi del PO	favoreggiamento verso alcune attività rispetto ad altre	Basso	trasparenza sul processo decisionale, condividendo con altre UO in merito	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	corrispondenza tra quanto deciso e quanto attuato; istituzione di un registro dei verbali redatti e delle formalizzazioni rilasciate	controllo a campione del 20% delle decisioni effettuate	DIRETTORE SS
prevenzione infezioni ospedaliere	prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	sottovalutazione della possibilità di diffusione di un agente infettivo riscontrato in ospedale	Basso	applicazione delle procedure aziendali e consultazione degli organismi aziendali competenti (CIO/ Ufficio Epidemiologico); reportistica informatizzata degli alert	in corso dal 2022	monitoraggio quindicinale	segnalazioni informatizzate di eventuali patogeni riscontrati in ospedale	verifica del 100% delle segnalazioni	DIRETTORE SS
vigilanza denunce di malattie infettive	vigilanza sulle denunce di malattie infettive	mancata sorveglianza sulla corretta comunicazione di eventi infettivi in corso	Basso	applicazione delle procedure aziendali e consultazione degli organismi aziendali competenti (CIO/ Ufficio Epidemiologico); abilitazione DW a MAINF	in corso dal 2022	monitoraggio mensile	verifica corrispondenza segnalazioni informatizzate/infezioni	controllo a campione del 20% delle segnalazioni	DIRETTORE SS
sorveglianza mensa	vigilanza sul rispetto delle norme igienico sanitarie per la produzione di alimenti	mancati controlli in mensa che possono pregiudicare la salute dei fruitori dei pasti ivi preparati	Basso	relazione periodica con trasmissione alla Direzione Sanitaria ed ai responsabili del servizio mensa; implementazione di una check list adeguata al controllo da effettuare	in corso dal 2022	Monitoraggio annuale	ispezioni in loco con relativa relazione da inviarsi alla Direzione Sanitaria, Ufficio Tecnico e Ufficio Economato	100% delle ispezioni effettuate	DIRETTORE SS
comunicazione ad ente competente decesso pazienti	Controllo sulla corretta gestione della camera mortuaria da parte degli addetti	pubblicità di specifiche pompe funebri sia presso la camera mortuaria che attraverso operatori sanitari conviventi	Medio	controllo periodico dei locali della camera mortuaria e sensibilizzazione del personale riguardo alle procedure aziendali in merito; compilazione della scheda tanatologica	in corso dal 2022	monitoraggio trimestrale	Ispezioni e verbalizzazione delle ispezioni con verifica a campione sul personale in carico alla UO che ottemperi alle disposizioni aziendali ed alla legislazione vigente	100% delle ispezioni effettuate	DIRETTORE SS
comunicazione ad ente competente decesso pazienti	Controllo sulla corretta gestione della camera mortuaria da parte degli addetti	pubblicità di specifiche pompe funebri sia presso la camera mortuaria che attraverso operatori sanitari conviventi	Medio	controllo periodico dei locali della camera mortuaria e sensibilizzazione del personale riguardo alle procedure aziendali in merito; compilazione della scheda tanatologica	in corso dal 2022	monitoraggio trimestrale	Ispezioni e verbalizzazione delle ispezioni con verifica a campione sul personale in carico alla UO che ottemperi alle disposizioni aziendali ed alla legislazione vigente	100% delle ispezioni effettuate	DIRETTORE SS
registrazione della documentazione relativa allo smaltimento dei rifiuti	compilazione del registro dei rifiuti di presidio ed attività prodromiche alla redazione del mud aziendale da parte dell'ufficio competente	gestione dei rifiuti prodotti non attinente alla normativa di riferimento	Medio	sensibilizzazione del personale afferente alla UOC al rispetto del protocollo aziendale ed alla tenuta di comportamenti etici e responsabili	in corso dal 2022	monitoraggio semestrale	verifica a campione sul personale in carico alla UO che ottemperi alle disposizioni aziendali ed alla legislazione vigente; riunioni di servizio con cadenza semestrale	rispetto delle disposizioni aziendali e della normativa vigente; 2 incontri l'anno verbalizzati	DIRETTORE SS
DEC	vigilanza della corretta applicazione del contratto	possibilità che il servizio reso dal fornitore non sia in linea con le aspettative, gli standard, gli obblighi definiti contrattualmente. Mancato controllo/monitoraggio sulle attività affidate	Medio	attività di controllo sulla corretta applicazione dei contratti; revisione del flusso comunicativo delle segnalazioni di non conformità al contratto	in corso dal 2022	monitoraggio trimestrale	identificazione di rete di referenti; valutazione delle segnalazioni ricevute	nomina di almeno un referente per ciascun contratto; analisi del 100% delle segnalazioni ricevute	DIRETTORE SS

STRUTTURA	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
RESPONSABILE DEL PROCESSO	RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

LEGENDA INDICATORI DEL RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DEL RISCHIO
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo e dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grade di rischiosità	Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi eventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno notare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far pervenire il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio, che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.
	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B= BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
								RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE			
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definitibile come "causa degli eventi rischiosi")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	DATA A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari precedenti disciplinari /criticità nel corso di audit di IT e ITL livello / notizie in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)			MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	(Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PROGETTA 2023
			CONTROLLI E VERIFICHE	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	ANALISI DEI RISCHI ED ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	RSPP	DVR	RSPP	Rischio legato alla necessità di monitorare l'evoluzione normativa (comunitaria, nazionale e regionale) che incide per numerosi aspetti sulle regole di esecuzione delle attività e può richiedere significativi aggiornamenti o adeguamenti di carattere operativo.	Inadeguatezza o assenza di competenza del personale addetto ai processi	B	B	B	B	B	B	I DVR sono oggetto di verifica da parte degli enti verificatori (ATS...) all'interno del processo di accreditamento dei vari servizi	Gli aggiornamenti dei DVR vengono sottoposti, durante la Riunione Periodica, agli RSPP (Rappresentanti Lavoratori per la Sicurezza) anche a seguito di ispezioni sul campo per aggiornare le schede dei singoli reparti	B	Il basso livello corruttivo è dovuto ad una normativa chiara in materia, a cui ci si attiene in maniera scrupolosa	Aggiornamento del DVR ad ogni modifica della attività produttiva, come previsto D.lgs 81/08	Alta
CONTROLLI E VERIFICHE	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE	PROGETTAZIONE CORSI DI FORMAZIONE (DPP) E FORMAZIONE/INFORMAZI ONE INTERNA/ESTERNA	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	RSPP	Realizzazione piano formazione secondo quanto previsto dalla legislazione vigente (D.Lgs 81/2008 e s.m.i. - Accordo Stato Regioni 21/12/2011 - Accordo Stato Regioni, ecc...) e le esigenze aziendali in accordo con lo staff della formazione.	RSPP	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, regionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetria informativa e inefficienze trasparenza che conseguentemente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	B	B	B	B	B	B	I corsi gestiti dal Servizio Prevenzione e Protezione sono quelli previsti dalla Legge (obbligatoria in ambito lavorativo)	I nuovi assunti sono informati, tramite lettera allegata al contratto di lavoro, sull'obbligatorietà dei corsi previsti in FAD o la verifica dell'esecuzione è demandata al Responsabile degli Studi	B	La normativa in materia di formazione sul lavoro è chiara e puntuale	Aggiornamento del pacchetto formativo sulla sicurezza sul lavoro secondo le modifiche normative	Alta	x	x	x

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	<p>MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )</p>	<p>RISPETTO ALLA MISURA INDICATA</p> <p>INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO</p>	<p>TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI</p>	<p>DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA</p>	<p>TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE</p>	<p>SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA</p>
ANALISI DEI RISCHI ED ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	Redazione del Documento di Valutazione dei Rischi DVR	Rischio legato alla necessità di monitorare l'evoluzione normativa (comunitaria, nazionale e regionale) che incide per numerosi aspetti sulle regole di esecuzione delle attività e può richiedere significativi aggiornamenti o adeguamenti di carattere operativo.	basso	<p>Gli aggiornamenti del DVR vengono sottoposti, durante la Riunione Periodica, agli RLS (Rappresentanti Lavoratori per la Sicurezza)</p> <p>Aggiornamento del DVR ad ogni modifica della attività produttiva, come previsto D.lgs 81/08 con sopralluoghi in campo eseguiti dal personale spp con rotazione degli addetti</p>	<p>Pianificazione dell'aggiornamento del DVR alla modifica delle attività produttive della ASST Lariana</p>	<p>L'aggiornamento del DVR deve avvenire nei tempi previsti dal D.lgs 81/08</p>	<p>Aggiornamento DVR (Sì / NO)</p>	<p>Sì</p>	<p>Servizio Prevenzione e Protezione SPP</p>
PROGETTAZIONE CORSI DI FORMAZIONE (SPP) E FORMAZIONE/INFORMAZIONE INTERNA/ESTERNA	Realizzazione piano formazione secondo quanto previsto dalla legislazione vigente (D.lgs 81/2008 e s.m.i. - Accordo Stato Regioni 21/12/2011 - Accordo Stato Regioni. ecc..) e le esigenze aziendali in accordo con lo staf della formazione.	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, regionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.	basso	<p>I nuovi assunti sono informati, tramite lettera allegata al contratto di lavoro, sull'obbligatorietà dei corsi previsti in FAD e la verifica dell'esecuzione è demandata al Responsabile degli Stessi</p> <p>Aggiornamento del pacchetto formativo sulla sicurezza sul lavoro secondo le modifiche normative</p>	<p>Redazione del Piano Formazione Aziendale per quanto di competenza</p>	<p>Ogni inizio dell'anno deve essere presentato il nuovo Piano di Formazione</p>	<p>Programmazione Corsi (Sì / NO)</p> <p>Realizzazione Eventi (Sì / NO)</p>	<p>Sì</p> <p>100%</p>	<p>Servizio Prevenzione e Protezione SPP</p>

STRUTTURA	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DIRETTORE DI STRUTTURA

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno" : la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	<p>LIVELLO DI RISCHIO</p> <p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza" in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di riservatezza	
	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi	
VALUTAZIONE	A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO	

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO		DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO (Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).					
		RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE				INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO										PROGRAMMAZIONE				
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di I e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)	PRIORITÀ	2023	2024	2025
AFFIDAMENTO DI LAVORI	Selezione del contraente	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Predisposizione dei documenti di gara: definizione oggetto dei lavori, degli elementi di valutazione, capitolato d'oneri	viene individuato di volta in volta	Una descrizione troppo puntuale o troppo generica, una sommaria o precisa definizione dei requisiti o inesatta individuazione degli elementi tecnici oggetto di valutazione potrebbe favorire alcuni operatori economici	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	M	B	M	audit interno	Rotazione dei soggetti che predispongono gli atti	M	sulla base dell'attività storica non sono stati evidenziati elementi di rischio di grado superiore	formazione	Media	X	X	X
AFFIDAMENTO DI LAVORI	Selezione del contraente	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Individuazione degli esperti per la nomina della commissione giudicatrice	viene individuato di volta in volta	mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge e dalla giurisprudenza nella nomina della commissione giudicatrice	inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	B	B	M	nessuna segnalazione in merito ai componenti di commissione	rotazione dei componenti di commissione	B	sulla base dell'attività storica non sono stati evidenziati elementi di rischio di grado superiore	rotazione	Bassa	X	X	X
AFFIDAMENTO DI LAVORI	Selezione del contraente	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Valutazione delle offerte tecniche e verifica delle eventuali anomalie delle offerte	viene individuato di volta in volta	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali e il mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	B	M	nessuna segnalazione in merito ai componenti di commissione	rotazione dei componenti di commissione	B	sulla base dell'attività storica non sono stati evidenziati elementi di rischio di grado superiore	Osservanza regolamento stabilito nel capitolato	Bassa	X	X	X
STIPULA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Stipulazione e gestione del contratto	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Verifica della sussistenza dei requisiti per eventuali autorizzazioni al subappalto	viene individuato di volta in volta	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota – lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	B	B	nessuna segnalazione in merito	check list	B	nessuna evidenza nello storico delle procedure effettuate	formazione	Media	X	X	X

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO		DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO														PONDERAZIONE DEL RISCHIO (Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).				
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari /criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE							
		Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento			Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					PRIORITÀ	2023	2024	2025				
STIPULA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Stipulazione e gestione del contratto	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Esame ed eventuale approvazione di varianti in corso d'opera	viene individuato di volta in volta	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva 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 lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante	Inadeguata diffusione della cultura della legalità;	B	B	B	M	M	M	nessuna segnalazione in merito	formazione	M	nessuna evidenza nelle storico delle procedure effettuate	formazione	Media	X	X	X			
STIPULA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Stipulazione e gestione del contratto	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Attività di collaudo	viene individuato di volta in volta	Mancata esecuzione dei controlli in contraddittorio che portano all'emissione del verbale di collaudo	mancanza di misure di trattamento del rischio 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;	M	M	B	B	M	M	nessuna segnalazione in passato	rotazione collaudatori esterni	M	processo in parte gestito da professionisti esterni	rotazione	Media	X	X	X			
STIPULA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO	Stipulazione e gestione del contratto	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Applicazione di eventuali sanzioni in caso di inadempienze contrattuali	viene individuato di volta in volta	Non applicazione delle penali perché non presenti in capitolato, mancato controllo degli adempimenti contrattuali	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	M	M	M	M	audit interno	regolamentazione e formazione	M	carenza di personale per controllo cantieri con DL esterni	controllo e formazione	Alta	X	X	X			
FLUSSI INFORMATIVI	Flussi informativi	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Flussi informativi verso gli Osservatori nazionali e regionali dei contratti relativi ai lavori	viene individuato di volta in volta	Mancata invio nei tempi previsti all'osservatorio	Mancanza di benessere organizzativo	B	B	B	B	B	B	nessuna segnalazione di ritardo nelle tempistiche di compilazione	regolamentazione e formazione	B	tempistiche sempre rispettate	formazione	Bassa	X	X	X			
MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	Manutenzione ordinaria	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Monitoraggio dello stato degli immobili ed effettuazione di interventi manutentivi ordinari	viene individuato di volta in volta	Mancata applicazione del piano di manutenzione dell'opera	Mancanza di benessere organizzativo	M	M	M	M	M	M	Segnalazioni di richieste di manutenzioni e registro delle manutenzioni.	Controllo	M	La mancanza di personale e risorse economiche dedicate alla attività manutentiva	richiesta di personale e fondi per l'attuazione del piano manutentivo	Media	X	X	X			
MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	Manutenzione straordinaria	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	Direttore Struttura	Monitoraggio dello stato degli immobili con necessità di interventi straordinari da attuarsi con progettazione ed esecuzione di lavori	viene individuato di volta in volta	Mancata applicazione del piano di manutenzione dell'opera	Mancanza di benessere organizzativo	M	M	M	M	M	M	Piano OOPP	controllo piano OOPP	M	La mancanza di personale e in parte di risorse economiche dedicate alla attività controllo dell'esecuzione del piano delle OOPP	richiesta di personale e fondi per l'attuazione del piano manutentivo	Media	X	X	X			

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
				MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>						
Selezione del contraente	Predisposizione dei documenti di gara :definizione oggetto dei lavori , degli elementi di valutazione, capitolato d'oneri	Una descrizione troppo puntuale o troppo generica, una sommaria o precisa definizione dei requisiti o inesatta individuazione degli elementi tecnici oggetto di valutazione potrebbe favorire alcuni operatori economici	Medio	Rotazione dei soggetti che predispongono gli atti  Partecipazione ad eventi formativi	Segregazione delle funzioni e supervisione da parte del Dirigente Amministrativo.  Partecipazione ad eventi formativi	CONTINUO	Attestato di partecipazione ad eventi formativi	100% degli atti	ING. IVAN CECCO
Selezione del contraente	Individuazione degli esperti per la nomina della commissione giudicatrice	mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge e dalla giurisprudenza nella nomina della commissione giudicatrice	Basso	rotazione dei componenti di commissione	rotazione	CONTINUO	-	CONTROLLO 100% DELIBERE DI NOMINA DELLE COMMISSIONI DI GARA	ING. IVAN CECCO
Selezione del contraente	Valutazione delle offerte tecniche e verifica delle eventuali anomalie delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali e il mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale	Basso	verifica di congruità dei verbali	seduta commissione tecnica riservata	CONTINUO	-	assenza anomalie 100% verbali commissione tecnica	ING. IVAN CECCO
Stipulazione e gestione del contratto	Verifica della sussistenza dei requisiti per eventuali autorizzazioni al subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota – lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture	Basso	check list  Partecipazione ad eventi formativi	istruttoria in seguito a ricevimento istanza  Partecipazione ad eventi formativi	CONTINUO	Attestato di partecipazione ad eventi formativi	Assenza di anomalie rilevate nel campione pari al 50% delle istanze	ING. IVAN CECCO



SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	<p>MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )</p>	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Stipulazione e gestione del contratto	Esame ed eventuale approvazione di varianti in corso d'opera	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante	Medio	Partecipazione ad eventi formativi	rispetto dei crediti formativi annuali	FINE 2023	-	NUMERO CREDITI ACQUISITI DA PARTE DEL RUP	ING. IVAN CECCO
Stipulazione e gestione del contratto	Attività di collaudo	Mancata esecuzione dei controlli in contraddittorio che portano all'emissione del verbale di collaudo	Medio	rotazione collaudatori esterni	fase di nomina	CONTINUO	-	CONTROLLO 100% DELIBERE DI NOMINA DEI COLLABORATORI	ING. IVAN CECCO
Stipulazione e gestione del contratto	Applicazione di eventuali sanzioni in caso di inadempienze contrattuali	Non applicazione delle penali perché non presenti in capitolato, mancato controllo degli adempimenti contrattuali	Medio	regolamentazione e formazione	Fase di esecuzione contratto Partecipazione ad eventi formativi	SEMESTRALE	Attestato di partecipazione ad eventi formativi	Verifica del 100% delle segnalazioni pervenute al DEC e al RUP	ING. IVAN CECCO
Flussi informativi	Flussi informativi verso gli Osservatori nazionali e regionali dei contratti relativi ai lavori	Mancata invio nei tempi previsti all'osservatorio	Basso	check list Partecipazione ad eventi formativi	inserimento dati trimestrale Partecipazione ad eventi formativi	FINE 2023	Attestato di partecipazione ad eventi formativi	Verifica del 100% delle segnalazioni ricevute	ING. IVAN CECCO
Manutenzione ordinaria	Monitoraggio dello stato degli immobili ed effettuazione di interventi manutentivi ordinari	Mancata applicazione del piano di manutenzione dell'opera	Medio	controllo periodico sugli impianti	in itinere	SEMESTRALE	-	Registri manutenzioni	ING. IVAN CECCO
Manutenzione straordinaria	Monitoraggio dello stato degli immobili con necessità di interventi straordinari da attuarsi con progettazione ed esecuzione di lavori	Mancata applicazione del piano di manutenzione dell'opera	Medio	Piano OOPP	aggiornamento Piano	ANNUALE	-	n. Provvedimenti adottati	ING. IVAN CECCO

STRUTTURA	SI VEDA SPECIFICA IN TABELLA
RESPONSABILE DEL PROCESSO	SI VEDA SPECIFICA IN TABELLA

LEGENDA INDICATORI DI RISCHIO	Indicatore 1: livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio	LIVELLO DI RISCHIO
	Indicatore 2: grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	
	Indicatore 3: manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	
	Indicatore 4: opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio	
VALUTAZIONE	Indicatore 5: livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul real grado di rischio	Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;  È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.  È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza", in tal senso, è sempre da evitare la sottovalutazione del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.
	Indicatore 6: grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accoglimento di fatti corruttivi	
A= ALTO; M= MEDIO; B=BASSO		

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO		ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE														(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).					
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definibile come "causa degli eventi rischiosi")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Notizie in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE					
									Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	PRIORITÀ	2023	2024	2025	
Gestione beni e servizi ICT	Sicurezza	Gestione credenziali	SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Rilascio delle credenziali di accesso ai sistemi software; Verifica della rispondenza del software ai requisiti previsti dal GDPR;	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è legato al fatto che si rilascino credenziali senza le opportune autorizzazioni (pertanto in assenza del formale incarico e istruzioni sulle corrette modalità di trattamento da parte del responsabile) oppure non si revocano delle autorizzazioni oppure non vengano disabilitate delle credenziali per mancata comunicazione di personale cessato.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	B	B	B	M	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né audit di II e III livello in materia	Regolamento aziendale in materia; controllo da parte del Responsabile della Struttura che richiede le autorizzazioni per il personale afferente	M	Monitoraggio da parte del Direttore di Struttura al corretto rilascio di autorizzazioni;	Nuova procedura, condivisa con la S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, per la notifica dei nuovi ingressi, cessazioni e cambi di reparto e conseguenti abilitazioni / revoca informatiche	Media	x			
Gestione beni e servizi ICT	Sicurezza	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software	SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software;	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è relativo alla definizione e implementazione di un'infrastruttura non sicura che può portare a violazione di integrità e/o perdita di dati.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	M	M	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di II e III livello in materia	Controlli incrociati all'interno del personale tecnico dei Sistemi Informativi Aziendali	B	Il controllo della scheda tecnica dell'infrastruttura è ripartito su più livelli gerarchici all'interno della Struttura						
Gestione beni e servizi ICT	Sicurezza	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software	SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software;	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio si riferisce alla definizione e implementazione di un'infrastruttura non orientata alla business continuity. L'intervento dei processi informatici può causare perdite economiche, danni di immagine e blocco di attività strategiche.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	M	M	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né audit di II e III livello in materia	Controlli periodici del corretto funzionamento della ridondanza delle sale server	B	La business continuity è garantita dalla ridondanza delle sale Server, che garantiscono, in caso di guasto hardware o software, la continuità delle attività principali dell'Azienda						
Gestione beni e servizi ICT	Gestione del patrimonio	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software	SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Definizione di Patrimonio Infrastrutturale (Sistemi di elaborazione, Infrastruttura di rete, Telecomunicazioni, software infrastrutturali); Patrimonio Applicativo (Software di Area clinico-sanitaria, software di Area amministrativa, Software di Area Direzionale)	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è collegato ad un errato governo delle manutenzioni dell'infrastruttura ICT o dei progetti di sviluppo che può portare a disservizi o a servizi non rispondenti alle necessità dell'ASST.	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa	M	M	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né audit di II e III livello in materia	Controllo sul rispetto dei livelli di servizio previsti nei contratti di manutenzione con i fornitori	B	I tecnici SIA validano i verbali di intervento dei fornitori, solo a seguito di controllo della risoluzione del problema						
Gestione beni e servizi ICT	Gestione del patrimonio	Acquisto beni ICT	SC Sistemi Informativi Aziendali, SS Ingegneria Clinica, SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economico), SC Farmacia	Direttori SSCC	Acquisto di beni e servizi aventi delle componenti tecnologiche.	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è dovuto all'adozione di tecnologie che si rivelano prematuramente vetuste o incompatibili con l'infrastruttura esistente o che non risultano essere conformi a normative o standard di mercato.	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né audit di II e III livello in materia	Adozione delle politiche di sicurezza, Clausole contrattuali standard e relativo Allegato 3.	M	Il controllo per le attività in capo alla SC Sistemi Informativi Aziendali è ripartito su più livelli gerarchici all'interno della Struttura. Riguardo alle altre SSCC, occorre un controllo sul rispetto delle politiche di sicurezza adottate						
Gestione beni e servizi ICT	Gestione del patrimonio	Definizione e implementazione dell'infrastruttura hardware e software	Direzione Strategica per quanto attiene la comunicazione della strategia aziendale; altre SSCC per quanto attiene la corretta comunicazione dei fabbisogni; SC Sistemi Informativi Aziendali per quanto attiene il corretto recepimento dei fabbisogni.	Direttori dei servizi interessati	Definizione dei fabbisogni in ambito ICT (Patrimonio Infrastrutturale, Patrimonio Applicativo)	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è dovuto all'errata comunicazione da parte dei proponenti o errata comprensione da parte della UOC SIA dei fabbisogni in ambito ICT.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di II e III livello in materia	Controllo sull'appropriatezza della proposta in capo alla SC Sistemi Informativi Aziendali; coinvolgimento della Direzione Strategica e della Struttura proponente in caso di situazioni dubbie	B	La presenza di soggetti esterni al SIA che attuano un preciso e puntuale controllo su quanto fatto abbassa il livello di rischio						
Gestione beni e servizi ICT	Gestione del patrimonio	Custodia e utilizzo dei beni ICT	Tutte le SSCC Aziendali assegnatarie del patrimonio ICT; SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttori SSCC	Custodia e utilizzo dei beni ICT	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è legato al furto di apparecchiature informatiche o a un'errata gestione degli investimenti da intraprendere	Mancanza di valori, del senso di appartenenza e del senso di responsabilità dei dipendenti e collaboratori	B	B	M	B	B	M	Non si registrano precedenti giudiziari né audit di II e III livello in materia	La apparecchiature informatiche sono affidate al controllo del Responsabile del servizio.	M	Scansioni periodiche della rete LAN per verificare la presenza delle apparecchiature e controlli a campione all'interno dei servizi. Espletamento di inventario dei beni dell'ASST in capo alla SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità						

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE DEL RISCHIO <small>(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).</small>				
							RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE		INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI <small>(segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / multi controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)</small>	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio <small>(Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi)</small>	LIVELLO DI RISCHIO <small>(giudizio complessivo)</small>	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	PROGRAMMAZIONE	
AREA DI RISCHIO GENERALE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE <small>(definibile come "causa degli eventi rischiosi")</small>	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO <small>(rispetto a quelle già in essere)</small> <small>(Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)</small>	PRIORITY					2023	2024
Gestione beni e servizi ICT	Gestione del patrimonio	Gestione dei contratti con i fornitori	SC Sistemi Informativi Aziendali	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Gestione dei contratti con i fornitori	Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali	Il rischio è legato al mancato controllo della corretta esecuzione del contratto da parte del fornitore. Il rischio è legato anche alla definizione di specifiche tecniche che favoriscono un fornitore rispetto ad un altro.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	B	B	B	B	B	Non si registrano precedenti giudiziari né procedimenti disciplinari né audit di II e III livello in materia	Il contratto con il fornitore prevede sempre la presenza di almeno due tecnici che verificano la corretta esecuzione del contratto e riportano al Direttore di Struttura	B	Tutte le fatture legate ai contratti relativi a beni e servizi informatici sono controllati da soggetti esterni al SIA, SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) e SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità				

SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	<p><b>LIVELLO DI RISCHIO</b> (giudizio complessivo)</p> <p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p>	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	<p><b>MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio</b> (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )</p>	<p><b>RISPETTO ALLA MISURA INDICATA</b>  <b>INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO</b></p>	<p><b>TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI</b></p>	<p><b>DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA</b></p>	<p><b>TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE</b></p>	<p><b>SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA</b></p>
Gestione credenziali	Rilascio delle credenziali di accesso ai sistemi software; Verifica della rispondenza dei software ai requisiti previsti dal GDPR;	Il rischio è legato al fatto che si rilascino credenziali senza le opportune autorizzazioni (pertanto in assenza del formale incarico e istruzioni sulle corrette modalità di trattamento da parte del responsabile) oppure non si revochino delle autorizzazioni oppure non vengano disabilitate delle credenziali per mancata comunicazione di personale cessato.	Medio	Nuova procedura, condivisa con l'UOC Gestione Risorse Umane, per la notifica dei nuovi ingressi, cessazioni e cambi di reparto e conseguenti abilitazioni / revocche informatiche	Proposta di Nuovo flusso informativo tra SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e SC Sistemi Informativi Aziendali; creazione del suddetto flusso informativo; fase di test; monitoraggio e messa a regime	tutte le fasi sono previste nel corso del 2023	adozione procedura della gestione delle credenziali	n. 1 procedura	Dott. Daniele Turconi

STRUTTURA	UPD
RESPONSABILE DEL PROCESSO	Avv. Gabriella Ceraulo

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE DEL RISCHIO			
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE														PROGRAMMAZIONE			
AREA DI RISCHIO GENERALE / SPECIFICHE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interesse)	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO (esplicitare, nella motivazione, le evidenze a supporto)	PROGRAMMAZIONE				
								Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere)	2023	2024	2025	
Potestà Disciplinare	Procedimento Disciplinare	Avvio Istruzione e conclusione del Procedimento Disciplinare	UPD	Avv. Gabriella Ceraulo	A seguito dell'acquisizione della notizia di condotte disciplinamente censurabili l'UPD procede, nel rispetto della disciplina normativa e contrattuale in materia, ad avviare, istruire e definire il procedimento disciplinare a carico dei dipendenti dell'ASST Lariana.		1) Omesso o ritardato avvio dell'azione disciplinare; 2) erronea o non completa contestazione degli addebiti astrattamente ascrivibili a carico del dipendente sottoposto ad incolpazione; 3) omesso rispetto dei termini e delle condizioni normativamente fissate per l'espletamento dell'attività istruttoria; 4) inadeguatezza e/o incompletezza dell'attività istruttoria finalizzata a provare o escludere gli addebiti posti a carico dell'incolpato; 5) mancato rispetto dei termini di conclusione del procedimento; 6) erronea e/o inappropriata valutazione degli elementi emersi in sede istruttoria ai fini della comminazione della sanzione disciplinare.	Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione	A	M	B	B	B	B	Non risultano agli atti segnalazioni disciplinari (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	Il presidio ad eventuali ipotesi di rischio nel procedimento in esame è svolto, da una parte, dalla puntuale disciplina normativa e contrattuale (Si richiamano a proposito il D.Lgs 165/2001, artt. 55 e seguenti e il vigente CCNL delle aree contrattuali del Comparto e della Dirigenza) e dall'altra dal rispetto del principio di trasparenza e del principio del contraddittorio con conseguente totale estensione degli atti e costante partecipazione dell'incolpato - che può avvalersi di assistenza tecnica qualificata - ad ogni fase del procedimento.	B	La puntuale disciplina in materia e la costante partecipazione del soggetto diretto interessato dagli effetti del procedimento garantiscono il massimo livello di controllo possibile del rischio.				

STRUTTURA	SC Qualità e Risk Management
RESPONSABILE DEL PROCESSO	DOTT.SSA ANGELA TRENTIN

IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO			DESCRIZIONE DEL PROCESSO			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO		ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE DEL RISCHIO					
								(Stabilire quali sono le Azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio; Stabilire la priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera).																
			RESPONSABILE DEL PROCESSO		ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE			PROGRAMMAZIONE																
AREA DI RISCHIO GENERALE/SPECIFICHE	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	Struttura	Responsabile	Descrizione del processo	Responsabile del Procedimento	RISCHIO (codice e descrittivo)	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	FATTORE ABILITANTE (definito come "causa degli eventi rischio")	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI (segnalazioni / precedenti giudiziari / procedimenti disciplinari / criticità nel corso di audit di II e III livello / Note in Rassegna Stampa / esiti controlli interni / ulteriori dati in possesso dell'Amministrazione)	MISURE / CONTROLLI IN ESSERE a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO COMPLESSIVO	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (rispetto a quelle già in essere) (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi / Ulteriori misure...)				
										Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6					Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5
SC Qualità e Risk Management	GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI	Gestione URP	SC Qualità e Risk Management	DOTT.SSA ANGELA TRENTIN	L'Ufficio Relazioni con Pubblico (URP) è l'ufficio preposto cui i cittadini si possono rivolgere per:  1) ricevere informazioni sui servizi e sulle attività erogate dall'Azienda nei Presidi Ospedalieri e nelle strutture ambulatoriali;  2) segnalare eventuali disservizi o criticità, a seguito dei quali l'URP avvia le necessarie verifiche;  3) Esprimere l'apprezzamento per l'assistenza ricevuta: gli elenchi verranno inoltrati agli operatori interessati L'URP favorisce le conseguenti azioni di miglioramento e fornisce risposta al cittadino entro la tempistica prevista dalla normativa vigente;	Dott.Ssa Angela Trentin	Il rischio si riferisce alla possibilità che l'Azienda non sia in grado di misurare adeguatamente i bisogni e le aspettative dei cittadini e dei diversi stakeholder, in termini di soddisfazione per i servizi erogati, e conseguentemente di rispondere tempestivamente e in modo adeguato alle esigenze della collettività.	non corretta gestione dell'interesse dell'Azienda	Inadeguata conoscenza dei regolamenti aziendali e della normativa	B	B	B	B	B	B	nessun dato rilevato	Rispetto procedura PO.000.13 "Gestione reclami e segnalazioni e Mediazione aziendale del 20/02/2019". Trasmissione report segnalazioni ATS	B	Trasparenza del procedimento amministrativo nel rispetto della normativa vigente, coinvolgimento nella trattativa delle segnalazione di più attori coinvolti (S.C. Affari Generali e Legali, Risk Manager)	Alla luce della riforma sanitaria è in previsione entro il 31.12.2023 la revisione della PO.000.13	Media	X		
SC Qualità e Risk Management	GESTIONE MEDIAZIONE	Funzione Mediazione dei conflitti	SC Qualità e Risk Management	DOTT.SSA ANGELA TRENTIN	È uno strumento a disposizione dei pazienti e degli operatori, qualora si venga a creare una situazione conflittuale a causa di incomprensioni, disguidi o eventi indesiderati. La Mediazione serve a ripristinare fra le parti una comunicazione che non sia distorta. Consente un confronto, uno scambio in cui dare voce a punti di vista, pensieri, impressioni ed emozioni non espressi e che si sente il bisogno di comunicare, in uno spazio protetto e riservato. La mediazione dei conflitti consente la ricerca di soluzioni condivise, e pertanto, stabili nel tempo, a problemi con una forte componente relazionale.	Dott.ssa Angela Trentin	Il rischio si riferisce alla possibilità che l'Azienda non sia in grado di misurare adeguatamente i bisogni e le aspettative dei cittadini e dei diversi stakeholder, in termini di soddisfazione per i servizi erogati, e conseguentemente di rispondere tempestivamente e in modo adeguato alle esigenze della collettività.	non corretta gestione dell'interesse dell'Azienda	Inadeguata conoscenza delle linee guida sulla mediazione dei conflitti	B	B	B	B	B	B	nessun dato rilevato	Rispetto procedura URP PO.000.13 "Gestione reclami e segnalazioni e Mediazione aziendale del 20/02/2019. Trasmissione dei dati sulle mediazioni a Regione Lombardia attraverso la compilazione di apposito questionario regionale e rendicontazione richiesta dal Risk Manager relativa all'attività dei Comitati Valutazione Sinistri	B	Il mediatore trasformativo concepisce il suo intervento come un supporto all'apertura ed al mantenimento di un dialogo fra le parti che permetta a ciascuna di esse di considerare il conflitto sotto una luce diversa, e così di prendere le decisioni conseguenti considerate più idonee.L'intervento del mediatore, nel modello trasformativo, è comunque caratterizzato dall'assenza di atteggiamenti direttivi. Non sussiste alcun rischio corruttivo e il dialogo è svolto nel rispetto del principio di equità e trasparenza.					

SC QUALITA' E RISK MANAGEMENT - GESTIONE URP E MEDIAZIONE CONFLITTI	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)  Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
				MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA  INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>						
Gestione URP	L'Ufficio Relazioni con Pubblico (URP) è l'ufficio preposto cui i cittadini si possono rivolgere per:  1) ricevere informazioni sui servizi e sulle attività erogate dall'Azienda nei Presidi Ospedalieri e nelle strutture ambulatoriali; 2) segnalare eventuali disservizi o criticità, a seguito dei quali l'URP avvia le necessarie verifiche; 3) Esprimere l'apprezzamento per l'assistenza ricevuta: gli elogi verranno inoltrati agli operatori interessati L'URP favorisce le conseguenti azioni di miglioramento e fornisce risposta al cittadino entro la tempistica prevista dalla normativa vigente;	Il rischio si riferisce alla possibilità che i documenti e gli atti aziendali non siano non siano conformi alle disposizioni interne / alla normativa di riferimento, non siano adeguatamente aggiornati / completi, con impatto sulla loro validità e sulla legittimità / conformità dei processi / procedimenti.	medio	AGGIORNAMENTO PO.000.13	Preso in carico e conclusione dell'iter procedimentale segnalazioni e reclami ex Legge 241/90 e s.m.i	31.12.2023		procedura aggiornata	Dott.ssa Trentin



STRUTTURA	DE QUALITÀ E RISK MANAGEMENT
RESPONSABILE DEL PROCESSO	D.ssa Angela Trentin

[illegible]

SC Qualità e Risk Management	ELEMENTI DESCRITTIVI DI BASE	IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO (giudizio complessivo)	PIANIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA					
PROCESSO	Descrizione del processo	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	<p>Nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio;</p> <p>È opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia la media delle valutazioni dei singoli indicatori. È necessario far prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.</p> <p>È indicato inoltre adottare un criterio generale di "prudenza": in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.</p>	MISURE e CONTROLLI IN ESSERE E FUTURI, a presidio del rischio (Controllo / Trasparenza / Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento / Regolamentazione / Semplificazione / Formazione / Sensibilizzazione e partecipazione / Rotazione / Segnalazione e protezione / Disciplina del conflitto di interessi )	RISPETTO ALLA MISURA INDICATA INDICARE LA FASE/ FASI SOGGETTA/E A MONITORAGGIO	TEMPI DI MONITORAGGIO PER CIASCUNA DELLE FASI	DESCRIZIONE QUALITATIVA DELL'INDICATORE PREVISTO PER L'ATTUAZIONE DELLA MISURA DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE/ MISURA DI TRASPARENZA	TARGET - DESCRIZIONE QUANTITATIVA RIFERITA ALL'INDICATORE	SOGGETTO RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO DELLA MISURA
Prevenzione e/o contenimento dei rischi di carattere amministrativo, sanitario e sociosanitario in ambito ospedaliero e territoriale	Sopralluoghi periodici, audit su segnalazioni	Mancata segnalazione dalle Strutture per ambito di competenza. Mancata imparzialità nell'analisi delle segnalazioni;	Medio	Partecipazione di almeno due operatori nelle fasi del processo. Condivisione del Piano Risk Management PARM con la Direzione Strategica preliminare all'adozione dello stesso. Formazione, Sensibilizzazione e partecipazione. Miglioramento del processo di segnalazioni.	Conduzione dell'audit e redazione rapporto; Partecipazione agli eventi formativi ;	annuale	Comportamento appropriato nella conduzione dell'audit; Redazione verbale accurato coerente con quanto rilevato; Evidenza di partecipazione agli eventi formativi	n. verbale coerenti / n. verbali redatti=80%	Dott.ssa Angela Trentin

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio responsabile dell'elaborazione/trasmisione dei dati	Ufficio responsabile della pubblicazione dei dati	Termini di scadenza della pubblicazione	Monitoraggio	NOTE
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)/ Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Rispetto tempistica indicata dalla normativa vigente	Monitoraggio annuale	PIAO: sezione rischi corruttivi e e trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	la banca dati Normativa è costantemente aggiornata	monitoraggio annuale	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla data di adozione / approvazione; aggiornamento nel caso di link, il dato è costantemente aggiornato	Monitoraggio annuale	POAS
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministeri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Attività Amministrative di Supporto alla Rete Territoriale - per PIAO Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza - per obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Pubblicazione sul portale PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica	Monitoraggio annuale	Piano integrato di Attività e Organizzazione Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza declinati nel PIAO
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	la banca dati è costantemente aggiornata nel caso di link, il dato è costantemente aggiornato	Monitoraggio annuale	
			Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	Monitoraggio annuale	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013		Dati non di Pertinenza Dell'ASST Lariana				
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016				
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)						
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze		Dato non di Pertinenza Dell'ASST Lariana				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo		Dato non di Pertinenza Dell'ASST Lariana				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae						
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica						
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici						
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]						
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo		Dato non di Pertinenza Dell'ASST Lariana				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae						
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica						
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici						
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti						
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013								
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013								
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013								
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013								
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013								

Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]						
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico						
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae						
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica						
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici						
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti						
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successore al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)						
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]						
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica						
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali		Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate						
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo						
Articolazione degli uffici		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla nomina/modifica del dirigente responsabile dell'ufficio	Monitoraggio annuale	la S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane è competente per il dato riferito ai nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dall'adozione / approvazione della modifica all'organigramma	Monitoraggio annuale	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dall'adozione / approvazione della nomina o sua modifica	Monitoraggio annuale	
Telefono e posta elettronica		Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	annuale entro il mese di marzo e comunque entro 30 giorni dalla modifica	Monitoraggio annuale	
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Direttore S.C. Affari Generali e Legali Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Temporistico (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	

Dato non di Pertinenza Dell'ASST Lariana

Dato non di Pertinenza Dell'ASST Lariana

Dati non di Pertinenza Dell'ASST Lariana

Dati non di Pertinenza Dell'ASST Lariana

		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali e Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico. Aggiornamento annuale.	Monitoraggio annuale	Controllo a campione
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Dati riferiti alla Direzione Strategica
				Compensi di qualsiasi natura concessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Dati riferiti alla Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Dati riferiti alla Direzione Strategica
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla scadenza del mandato	monitoraggio annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Le dichiarazioni devono necessariamente risultare pubblicate entro il 31 dicembre di ciascun anno e restano pubblicate fino alla scadenza del mandato	Monitoraggio annuale	Dati riferiti alla Direzione Strategica
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e restano pubblicate fino alla scadenza del mandato	Monitoraggio annuale	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e aggiornamento annuale da pubblicare entro il mese di gennaio di ciascun anno e restano pubblicate fino alla scadenza del mandato	Monitoraggio annuale	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 30 marzo di ciascun anno	Monitoraggio annuale	Dati riferiti alla Direzione Strategica
				Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
				Compensi di qualsiasi natura concessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporativo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporativo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Temporativo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili o su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				obbligo sospeso ai fini della pubblicazione Sentenza Tar Lazio 20 novembre 2020, n. 12288
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili]	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				obbligo sospeso ai fini della pubblicazione Sentenza Tar Lazio 20 novembre 2020, n. 12288
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				obbligo sospeso ai fini della pubblicazione Sentenza Tar Lazio 20 novembre 2020, n. 12288
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirribilità dell'incarico	Temporativo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				Dati riferiti alla Dirigenza PTA
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				Dati riferiti alla Dirigenza PTA
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	non oltre il 30 marzo di ciascun anno	Monitoraggio annuale	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016</b>					
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Temporativo	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane		annuale	L'ASST Lariana provvede all'assunzione di personale nel rispetto dei "fabbricati" approvati, delle disposizioni normative in materia, delle direttive impartite dalla giunta Regionale e dalla D.G. Welfare ed entro i limiti economici del budget assegnato annualmente per spese di personale.  Sul sito aziendale <a href="http://www.asst-lariana.it">www.asst-lariana.it</a> vengono pubblicati: - i bandi di concorsi pubblici per titoli ed esami per la copertura di posti a tempo indeterminato; - gli avvisi per assunzioni con incarico a tempo determinato su posti vacanti o in sostituzione di personale temporaneamente assente dal servizio, con diritto alla conservazione del posto.
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	<b>Dati non di Pertinenza Dell'ASST Lariana</b>					
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla creazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla creazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla creazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	

Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 3 mesi dalla cessazione e per tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale	Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D. Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all'art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D. Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo. In tal senso depongono anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 e l'ordinanza del Tar Lazio n. 7579/2019. Si rimanda pertanto alla modifica legislativa e/o alle determinazioni conseguenti all'incontro tra Regioni, Garante Privacy e ANAC sul tema.
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successa al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				obbligo sospeso ai fini della pubblicazione Sentenza Tar Lazio 20 novembre 2020, n. 12288
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane				obbligo sospeso ai fini della pubblicazione Sentenza Tar Lazio 20 novembre 2020, n. 12288
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dal ricevimento da parte di ANAC del provvedimento sanzionatorio	monitoraggio annuale	PER L'ELABORAZIONE DEI DATI LA COMPETENZA E' DELL'ANAC
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dalla nomina	monitoraggio trimestrale	
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 dalla certificazione di conformità da parte del collegio sindacale	monitoraggio annuale	
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 dalla certificazione di conformità da parte del collegio sindacale del Conto annuale	monitoraggio annuale	
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 dalla certificazione di conformità da parte del collegio sindacale del Conto annuale	monitoraggio annuale	
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Trimestrale entro il mese di gennaio/aprile/luglio/ottobre di ciascun anno	monitoraggio trimestrale	
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 60 giorni dalla fine del trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale	
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dal conferimento o autorizzazione dell'incarico	monitoraggio trimestrale	
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	il link si aggiorna costantemente	monitoraggio annuale	
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	monitoraggio annuale	
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	monitoraggio annuale	
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 5 giorni dalla nomina	monitoraggio annuale	
OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 5 giorni dalla nomina	monitoraggio annuale	
	Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 5 giorni dalla nomina	monitoraggio annuale	
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane Direttore S.C. Affari Generali e Legali Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane  Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	5 gg per bando. Solo per criteri e tracce, a 30 gg dalla chiusura della procedura	monitoraggio trimestrale	



Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Responsabile S.S. Formazione e Valutazione del Personale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro il 31 dicembre di ciascun anno	monitoraggio annuale	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 31 gennaio di ciascun anno	monitoraggio annuale	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 30 giugno dell'anno successivo	monitoraggio annuale	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	monitoraggio annuale	Nei CCM della Sanità Comparto e Dirigenza è prevista la distribuzione integrale dei fondi contrattuali, quindi c'è una equivalenza tra totale fondi stanziati e totale premi distribuiti.
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	monitoraggio annuale	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	monitoraggio annuale	I criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio sono esplicitati nei seguenti file:  Accordo integrativo aziendale - Area del Comparto Accordo integrativo aziendale - Area della Dirigenza S.P.T.A. Accordo integrativo aziendale - Area della Dirigenza Medica
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	monitoraggio annuale	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	monitoraggio annuale	Il grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità è inserito nel file "Distribuzione premi" nella tabella "Risultato percentuale di raggiungimento obiettivo performance individuale" dove viene esposta la distribuzione dei dipendenti/dirigenti in rapporto alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo o, per il comparto, in rapporto al coefficiente quota distribuzione su valutazione, determinata dalla valutazione individuale.
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016					
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Dati non di competenza della ASST Lariana					
		Per ciascuno degli enti:								
		1) ragione sociale								
Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione								
		3) durata dell'impegno								
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione								
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)								
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari								
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)								
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )								
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )								
		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati								
Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			Per ciascuna delle società:							
			1) ragione sociale	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			3) durata dell'impegno	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )						Dati non di competenza della ASST Lariana	

Enti controllati

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Dati non di competenza della ASST Lariana						
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 16 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs.175/2016)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio annuale		
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socio fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Dati non di competenza della ASST Lariana						
			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Dati non di competenza della ASST Lariana						
	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
		(da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno degli enti:							
			1) ragione sociale	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		3) durata dell'impegno	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
Enti di diritto privato controllati			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
			7) incarichi di amministrazione dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Dati non di competenza della ASST Lariana						
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Dati non di competenza della ASST Lariana						
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale		
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (ex art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'adempimento sull'Applicativo Partecipazioni del Portale Tesoro	monitoraggio annuale	
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per ciascuna tipologia di provvedimento:</b> 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale		
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale		
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale		
Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale		
Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013			6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fermo Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Cantù/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale		

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attuarli	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. li, d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. mi, d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	tutti i Direttori/Responsabili delle strutture del Dipartimento Amministrativo e in Staff alla Direzione Amministrativa Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero S.Fernè Direttore S.S. Direzione Stabilimento Ospedaliero Canto/Mariano/Menaggio	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio annuale	
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016</b>					
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	il link si aggiorna costantemente	monitoraggio annuale	I riferimenti da pubblicare vengono trasmessi dal Direttore Responsabile della struttura per competenza che detiene il dato e responsabile del procedimento
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Economo), Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, Direttore S.S. Affari Generali e Legali	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Economo), Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale e Legali	l'albo pretorio si aggiorna costantemente, per gli elenchi entro i 30 giorni successivi alla fine del semestre di riferimento	monitoraggio semestrale	accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche allo stato non vi sono dati da pubblicare
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autotestazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016</b>					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Economo), Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, Direttore S.S. Affari Generali e Legali	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Economo), Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, Direttore S.C. Affari Generali e Legali, Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	l'albo pretorio si aggiorna costantemente, per gli elenchi entro i 30 giorni successivi alla fine del semestre di riferimento	monitoraggio semestrale	accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche allo stato non vi sono dati da pubblicare
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autotestazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016</b>					
Controlli sulle imprese	Tipologie di controllo	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	<b>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016</b>					
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative						

Bandi di gara e contratti	<p style="text-align: center;"><b>VEDERE ALLEGATO AL PNA 2022 N. 9)</b>  <b>ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"</b>  <b>SOTTO SEZIONE 1° LIVELLO - BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>  <b>(SOSTITUTIVO DEGLI OBBLIGHI ELENCATI PER LA SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI" DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1310/2016 E DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1134/2017)</b></p>									
	<p style="text-align: center;"><b>Dati non di competenza della ASST Lariana</b></p>									
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati						<p>Dall'anno 2021: la pubblicazione dei dati relativi al rimborso spese trasporto pazienti dializzati è consultabile nella sezione Dati Ulteriori – UOC Gestione Economico Finanziaria e Bilancio al seguente link <a href="http://www.asst-lariana.it/v2/1/amministrazione/229/?p=90">http://www.asst-lariana.it/v2/1/amministrazione/229/?p=90</a> ;</p> <p>Dall'anno 2020: il contributo per necchie ai pazienti oncologici è di competenza della ATS Insubria, consultabile al seguente link <a href="https://www.ati-insubria.it/amministrazione-trasparente/category/172-sovvenzioni-area-socio-sanitaria">https://www.ati-insubria.it/amministrazione-trasparente/category/172-sovvenzioni-area-socio-sanitaria</a> .</p>
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro						
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario						
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto						
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione						
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo						
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario						
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato						
		Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato						
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro						
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro trenta giorni dalla approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	monitoraggio annuale	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro trenta giorni dalla approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	monitoraggio annuale	
	Bilanci	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro trenta giorni dalla approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	monitoraggio annuale	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro trenta giorni dalla approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	monitoraggio annuale	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro trenta giorni dalla approvazione del Bilancio da parte della Giunta Regionale	monitoraggio annuale	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	ENTRO 30 GG DALLEVENTUALE AGGIORNAMENTO	monitoraggio annuale	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o di affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato annuale definitivo	monitoraggio annuale	L'elaborazione del dato da pubblicare è di competenza della UOC Servizi Tecnici e Patrimonio
Controlli e rilievi	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OVV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Annuale e in relazione e nel rispetto delle indicazioni A.N.AC.	monitoraggio annuale	
				Documento dell'OVV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla trasmissione da parte dell'OVV	monitoraggio annuale	
				Relazione dell'OVV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla trasmissione da parte dell'OVV	monitoraggio annuale	

L'Amministrazione			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane Aziendale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla trasmissione da parte dell'OVV	monitoraggio annuale	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 20 gg dalla formalizzazione della relazione	Monitoraggio annuale	
	Corte dei conti	Rilevii Corte dei conti	Tutti i rilevii della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 20 gg dalla formalizzazione del rilievo	Monitoraggio annuale	
				Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dall'adozione	monitoraggio annuale	Nella competenza della funzione Comunicazione IstituzionaleUfficio Stampa-Area Web Aziendale rientra il dato riferito alla carta dei servizi
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dall'adozione	monitoraggio annuale	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Temporivo	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 gg dalla notifica del ricorso	monitoraggio annuale	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Sentenza di definizione del giudizio	Temporivo	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 gg dalla notifica della sentenza	monitoraggio annuale	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Temporivo	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 gg dall'adozione delle misure intraprese	monitoraggio annuale	
Pagamenti dell'amministrazione	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo  (da pubblicare in tabelle)	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Controllo di Gestione - Gestione operativa - Next generation EU	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dall'invio in Regione dello stesso Modello	monitoraggio annuale	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Area Accoglienza - CUP - Attività di Monitoraggio della Libera Professione	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	mensile	monitoraggio annuale	
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Temporivo	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 15 giorni dalla elaborazione / disponibilità del dato	monitoraggio trimestrale	Sito Web
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro il 30° giorno dalla fine del trimestre	monitoraggio trimestrale
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro il 30° giorno dalla fine del trimestre	monitoraggio trimestrale	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 31 gennaio di ciascun anno	monitoraggio annuale	
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro il 30° giorno dalla fine del trimestre	monitoraggio trimestrale	
			Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 31 gennaio di ciascun anno	monitoraggio annuale	
IBAN e pagamenti informati	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informati  Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro la giornata successiva all'aggiornamento	monitoraggio annuale		
Dati non di competenza della ASST Lariana									
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)						
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche  Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Temporivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	ENTRO 10 GG DALLA PUBBLICAZIONE SULL'ALBO PRETORIO ON-LINE	monitoraggio annuale	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Temporivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dalla fine del semestre di riferimento	monitoraggio semestrale	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Temporivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dalla fine del semestre di riferimento	monitoraggio semestrale	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)						
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse						
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:					
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrismi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi					
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni ed i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente					
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse					

Dati non di competenza della ASST Lariana

Dati non di competenza della ASST Lariana

Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Dati non di competenza della ASST Lariana					
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale						
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore						
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio						
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Dati non di competenza della ASST Lariana					
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate						
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Económico) Direttore S.C. Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 20 giorni dalla fine del trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Económico) Direttore S.C. Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 20 giorni dalla fine del trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale	
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Temporivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Económico) Direttore S.C. Gestione Attività Amministrativa di Supporto alla Rete Territoriale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 20 giorni dalla fine del trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Rispetto tempistica indicata da ANAC	monitoraggio annuale	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Temporivo	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 5 giorni dall'atto di nomina	monitoraggio annuale	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Temporivo	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	monitoraggio annuale	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Rispetto tempistica indicata da ANAC	monitoraggio annuale	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'ANAC, ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'ANAC, ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Temporivo	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dal ricevimento da parte di ANAC del provvedimento sanzionatorio	monitoraggio annuale	PER L'ELABORAZIONE DEI DATI LA COMPETENZA E' DELL'ANAC
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Temporivo	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 5 giorni dall'accertamento	Monitoraggio annuale	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporivo	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dall'aggiornamento del dato	Monitoraggio annuale	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nome Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Temporivo	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza Direttore/Responsabile della struttura per competenza che detiene il dato e responsabile del procedimento	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla comunicazione di aggiornamento	Monitoraggio annuale	I riferimenti da pubblicare vengono trasmessi dal Direttore/Responsabile della struttura per competenza che detiene il dato e responsabile del procedimento; per le modalità per l'esercizio di tale diritto il riferimento è il Regolamento, e relativi allegati, concernente il diritto di accesso ai documenti amministrativi, in diritto di accesso civico semplice ed il diritto di accesso civico generalizzato presso la ASST Lariana
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei dati da parte delle strutture e dall'elaborazione del monitoraggio	monitoraggio semestrale	I riferimenti da pubblicare vengono trasmessi dal Direttore/Responsabile della struttura per competenza che detiene il dato e responsabile del procedimento
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndi.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati: www.dati.gov.it e: http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Temporivo	Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro il 31 gennaio di ciascun anno	Monitoraggio annuale	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Entro 15 giorni dall'approvazione	monitoraggio annuale	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del televoto" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	entro 31 marzo di ciascun anno	monitoraggio annuale	Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali competenza per applicativi software, Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale competenza su intranet e internet, Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane competenza lavoro agile.
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 8, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	Direttore S.C. Affari Generali e Legali Direttore S.C. Gestione Acquisti (Provveditorato - Económico) Direttore SC Farmacia Direttore SC Area Accoglienza - CLUP - Attività di Monitoraggio della Libera Professione Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità Direttore S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Qualità e Risk Management Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza Responsabile S.S. Specialistica Ambulatoriale e Sanità Penitenziaria	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Dipende dalla tipologia del dato comunque entro 30 dalla disponibilità del dato	monitoraggio annuale	UOC Gestione Economico Finanziaria e Bilancio cura pubblicazione DONAZIONI IN DENARO e rimborso spese trasporto pazienti dializzati; UOC Miglioramento Qualità e Risk Management cura l'elaborazione e trasmissione della relazione sugli eventi avversi e azioni di miglioramento (legge 24/2017), nello specifico della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto, pubblicazione entro il 31 marzo dell'anno successivo da parte del Responsabile della Funzione Comunicazione istituzionale/Ufficio Stampa - Area Web Aziendale

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

ALLEGATO AL PNA 2022 N. 9) ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTO SEZIONE 1° LIVELLO - BANDI DI GARA E CONTRATTI  (SOSTITUTIVO DEGLI OBBLIGHI ELENCATI PER LA SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI" DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1310/2016 E DELL'ALLEGATO 1) ALLA DELIBERA ANAC 1134/2017)										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio responsabile dell'elaborazione/trasmisione dei dati	Ufficio responsabile della pubblicazione dei dati	Termini di scadenza della pubblicazione	Monitoraggio	NOTE
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1 comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	31/01 di ogni anno	monitoraggio annuale	Per le tempistiche si rimanda alle indicazioni dell'ANAC
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (helo specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	31/01 di ogni anno	monitoraggio annuale	Per le tempistiche si rimanda alle indicazioni dell'ANAC
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018; art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali  Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)  Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016									
	I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione									
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)	Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	Dati non di pertinenza della ASST Lariana				
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016  SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016		Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente		Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	



Bandi di gara e contratti

Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 152, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettera a) e b) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 35, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avviso di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 154) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee- Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate differenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	30.06.2023	
d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	30.06.2023	
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalisti delle commissioni di gara	Verbalisti delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo					NON APPLICABILE
D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				

	Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - <b>quinto d'obbligo</b> - <b>subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto).</b> Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi di bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Le tempistiche sono definite secondo le indicazioni ANAC	monitoraggio annuale	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <u>in quanto compatibili</u> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  <b>Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</b>  <b>Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)</b>  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	<b>Ad oggi non vi sono dati da pubblicare Competenza SC Gestione Tecnico Patrimoniale</b>				
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica <b>dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)</b>	Tempestivo	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				
	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione.</u>  Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	<b>Dati non di pertinenza della ASST Lariana</b>				
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</u>  Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Responsabile Attività di Comunicazione Aziendale e relazioni Esterne - Area Web Aziendale	Le tempistiche sono definite secondo il Codice degli Appalti D.lgs 50/2016 s.m.i.	monitoraggio annuale	Pubblicazione tabella annuale contenente dati richiesti.

## Monitoraggio PIAO ASST Lariana - Anno 2022

Con il presente documento si rappresenta il monitoraggio del Piano integrato di Attività e Organizzazione di ASST Lariana suddiviso nelle diverse aree:

### 1) **MONITORAGGIO DELLE PERFORMANCE**

Il monitoraggio definitivo della sottosezione Performance è effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico ASST Lariana, con deliberazione n. 753 del 29 giugno 2023, ha approvato la Relazione al Piano delle Performance dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como – anno 2022.

Di seguito è illustrato il livello di raggiungimento degli obiettivi di performance anno 2022:

#### Obiettivi di derivazione regionale 2022.

<b>Area Strategica</b>	<b>Risultati attesi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Risultati</b>
Piano di contrasto al Covid-19	<p>Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari.</p> <p>Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi.</p>	Rendicontazione mensile	<p>I dati richiesti sono stati inviati nei tempi e secondo la modalità richiesti da Regione Lombardia.</p> <p>ASST Lariana ha garantito i target previsti sia numerici che temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19, tanto nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari.</p> <p>Nel dettaglio, sono state somministrate a tutto il 31/12/2022 nr. 174.476 dosi.</p> <p>Sono stati inoltre eseguiti 95.039 tamponi, di cui 721 a domicilio.</p> <p>Per quanto riguarda la distribuzione a favore dei MMG, ASST Lariana, per il tramite della UOC Farmacia Ospedaliera, ha distribuito a tutto il 31/12/2022 nr. 2.192 dosi.</p>

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
Piano di contrasto al Covid-19	Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi	Rendicontazione mensile	In merito alla garanzia dell'8% del personale dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi, si ritiene assolto tale obiettivo, vista la specificazione riportata da Regione Lombardia nella nota "Determinazioni in ordine agli obiettivi della Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), della Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022" dell'11/04/2022 che precisava che la <i>soglia prevista è orientativa e deve essere coerente con il contesto pandemico e pertanto l'obiettivo si intende comunque attuato con il raggiungimento dei target previsti, senza che si crei dispersione di forza lavoro.</i>
Potenziamento della rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Rendicontazione bimestrale	<p>ASST Lariana, attraverso l'Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato regolarmente l'avanzamento dell'obiettivo.</p> <p>Ai fini dell'attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, dall'ASST Lariana sono stati formalmente adottati tutti i provvedimenti necessari in esito dei quali, nel rispetto del cronoprogramma, sono state realizzate le seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr sei Case di Comunità di: Como - Via Napoleona, Cantù, Menaggio, Olgiate Comasco, Campione d'Italia e Valle Intelvi.</li> <li>- nr. due Ospedali di Comunità di: Mariano Comense, Menaggio.</li> </ul>

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
Attuazione legge regionale n. 22/2021	Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto.	Istituzione entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge regionale	<p>Con Deliberazione Aziendale n. 322 del 29/03/2022 sono stati istituiti i distretti afferenti al territorio di competenza di ASST Lariana, integrata da Deliberazione Aziendale n. 424 del 14/04/2022, in seguito ad un'omissione – riconducibile al mutamento del territorio afferente all'Ambito di Cantù – del comune di Senna Comasco.</p> <p>Con successiva Deliberazione n. 325 del 29/03/2022 sono stati nominati ad interim i Direttori di Distretto.</p> <p>Con Delibera Aziendale n. 323 del 29/03/2022 è stato istituito il Dipartimento Funzionale di Cure Primarie e con Deliberazione Aziendale n. 324 del 29/03/2022 è stato istituito il Dipartimento Funzionale di Prevenzione.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1225 del 01/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto di Como/Campione d'Italia.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1224 del 01/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto di Cantù/Mariano Comense.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1288 del 15/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto di Olgiate Comasco.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1294 del 15/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto di Erba.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1357 del 28/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto Lomazzo/Fino Mornasco.</p> <p>Con Deliberazione Aziendale n. 1358 del 28/12/2022 è stato nominato il Direttore del Distretto Medio Lario</p>
Attuazione legge regionale n. 22/2021	Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	Approvazione di Regione Lombardia dei nuovi POAS	Con Deliberazione Aziendale n. 612 del 09/06/2022 è stato adottato il POAS per il triennio 2022-2024 e con successiva DG IX/6799 del 02/08/2022 è stato approvato da Regione Lombardia.

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati																																																
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all’attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all’erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale.	Rendicontazione quadrimestrale secondo format che verranno definiti da Direzione Generale Welfare	<p>Le indicazioni regionali riferite al piano di ripresa 2022, fissavano target trimestrali, a decorrere dal mese di aprile 2022, con riferimento alla valorizzazione dell’attività chirurgica programmata (per le prestazioni di ricovero) ed alla valorizzazione dell’attività ambulatoriale (con l’applicazione di alcuni criteri di esclusione) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.</p> <p>I target dei singoli trimestre corrispondevano al 110% della valorizzazione dell’attività effettuata nel medesimo trimestre del 2019.</p> <p>Di seguito i risultati:</p> <p><b>Valorizzazione attività chirurgica programmata</b></p> <table><tr><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2019</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th colspan="2">Diff. '22 vs '19</th><th colspan="2">Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th>Valore</th><th>%</th><th>Valore</th><th>%</th></tr><tr><td>2°trim.</td><td>4.616.650</td><td>4.948.472</td><td>5.309.148</td><td>331.822</td><td>107,2</td><td>-360.676</td><td>93,2</td></tr><tr><td>3°trim.</td><td>3.513.596</td><td>4.136.221</td><td>4.040.635</td><td>622.625</td><td>117,7</td><td>95.586</td><td>102,4</td></tr><tr><td>4°trim.</td><td>4.455.409</td><td>4.840.331</td><td>5.123.720</td><td>384.922</td><td>108,6</td><td>-283.389</td><td>94,5</td></tr><tr><td>Apr-dic</td><td>17.166.161</td><td>18.239.237</td><td>19.741.085</td><td>1.073.076</td><td>106,3</td><td>-1.501.848</td><td>92,4</td></tr></table> <p>Il mancato pieno raggiungimento del target previsto – soprattutto per il 2° e 4° trimestre – è riconducibile ai seguenti aspetti:</p> <p>-Presidio Ospedaliero di Menaggio: la perdurante carenza di personale medico anestesista ha ridotto la produzione di ricoveri chirurgici per un valore, se rapportato al 2019, di circa 345.000 euro;</p> <p>-Presidio Ospedaliero Sant’Anna: per garantire le necessarie cure ai pazienti affetti da Sars-Cov2 la Direzione ha inteso mantenere attivi 56 letti ordinari, precedentemente appannaggio delle specialità chirurgiche, riducendo di fatto la possibilità di erogare il necessario numero di prestazioni richieste. Tale</p>	Periodo 2022	Anno 2019	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs '19		Diff. '22 vs Target						Valore	%	Valore	%	2°trim.	4.616.650	4.948.472	5.309.148	331.822	107,2	-360.676	93,2	3°trim.	3.513.596	4.136.221	4.040.635	622.625	117,7	95.586	102,4	4°trim.	4.455.409	4.840.331	5.123.720	384.922	108,6	-283.389	94,5	Apr-dic	17.166.161	18.239.237	19.741.085	1.073.076	106,3	-1.501.848	92,4
Periodo 2022	Anno 2019	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs '19		Diff. '22 vs Target																																													
				Valore	%	Valore	%																																												
2°trim.	4.616.650	4.948.472	5.309.148	331.822	107,2	-360.676	93,2																																												
3°trim.	3.513.596	4.136.221	4.040.635	622.625	117,7	95.586	102,4																																												
4°trim.	4.455.409	4.840.331	5.123.720	384.922	108,6	-283.389	94,5																																												
Apr-dic	17.166.161	18.239.237	19.741.085	1.073.076	106,3	-1.501.848	92,4																																												

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati																																																
			<p>situazione ha impattato negativamente rispetto al raggiungimento dell’obiettivo per un valore di circa 640.000 euro.</p> <p>Inoltre, stante la carenza di personale medico in particolare per le specialità operanti su più presidi, si è scelto di concentrare l’attività chirurgica presso il presidio hub di S. Fermo, in quanto presidio con la maggior disponibilità di risorse strutturali (sale operatorie) e umane (anestesisti): questo ha comportato una riduzione importante della produzione chirurgica sul presidio di Cantù per circa 600.000 euro.</p> <p>Va peraltro osservato come, rispetto al 2019, la produzione chirurgica programmata sia cresciuta complessivamente del 6,3%.</p> <p><b>Valorizzazione attività Ambulatoriale (escluso pronto soccorso, laboratorio, l.p., solventi, donatori, MAC, NPI e prevenzione)</b></p> <table><tr><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2019</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th colspan="2">Diff. '22 vs '19</th><th colspan="2">Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><th>Valore</th><th>%</th><th>Valore</th><th>%</th></tr><tr><td>2°trim.</td><td>7.225.859</td><td>6.917.296</td><td>7.948.445</td><td>-308.563</td><td>95,7</td><td>-1.031.149</td><td>87,0</td></tr><tr><td>3°trim.</td><td>6.263.608</td><td>6.396.714</td><td>6.889.969</td><td>133.106</td><td>102,1</td><td>-493.255</td><td>92,8</td></tr><tr><td>4°trim.</td><td>7.252.699</td><td>6.965.663</td><td>7.977.969</td><td>-287.036</td><td>96,0</td><td>-1.012.306</td><td>87,3</td></tr><tr><td>Apr-dic</td><td>20.742.166</td><td>20.279.673</td><td>22.816.383</td><td>-462.493</td><td>97,8</td><td>-2.536.709</td><td>88,9</td></tr></table> <p>Il mancato pieno raggiungimento del target richiesto è dipeso, principalmente, dal fatto che per l’anno 2022 siano state mantenute le regole di “distanziamento” nell’erogazione delle singole prestazioni, per evitare, attraverso la concentrazione dei pazienti in attesa, il diffondersi di potenziali ulteriori focolai del virus pandemico. A questo va poi aggiunta la carenza di personale medico, sia strutturato che specialisti ambulatoriali, in una pluralità di discipline.</p>	Periodo 2022	Anno 2019	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs '19		Diff. '22 vs Target						Valore	%	Valore	%	2°trim.	7.225.859	6.917.296	7.948.445	-308.563	95,7	-1.031.149	87,0	3°trim.	6.263.608	6.396.714	6.889.969	133.106	102,1	-493.255	92,8	4°trim.	7.252.699	6.965.663	7.977.969	-287.036	96,0	-1.012.306	87,3	Apr-dic	20.742.166	20.279.673	22.816.383	-462.493	97,8	-2.536.709	88,9
Periodo 2022	Anno 2019	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs '19		Diff. '22 vs Target																																													
				Valore	%	Valore	%																																												
2°trim.	7.225.859	6.917.296	7.948.445	-308.563	95,7	-1.031.149	87,0																																												
3°trim.	6.263.608	6.396.714	6.889.969	133.106	102,1	-493.255	92,8																																												
4°trim.	7.252.699	6.965.663	7.977.969	-287.036	96,0	-1.012.306	87,3																																												
Apr-dic	20.742.166	20.279.673	22.816.383	-462.493	97,8	-2.536.709	88,9																																												



Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati																																								
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Chirurgia robotica rispetto dei target previsti con DGR n. XI/5450 del 3.11.2021.	Target richiesto ad ASST Lariana: 250 interventi chirurgici con tecnica robotica	In riferimento all’obiettivo posto dalla DGR XI/5450 relativo all’erogazione di interventi con sistema di chirurgia robotica, ASST Lariana, ha effettuato n. 314 interventi, tutti codificati nelle rispettive SDO con codice procedura “00.39”.																																								
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l’adesione al programma regionale di screening per l’eliminazione del virus HCV.	Rendicontazione quadrimestrale secondo format che verranno definiti da Direzione Generale Welfare	<div>Con riguardo alle attività di screening, i dati sono i seguenti:</div> <table><tr><th>Screening</th><th>Anno 2019</th><th>anno 2022</th><th>Diff. 2022 vs 2019</th></tr><tr><td>COLON-RETTO</td><td>1.382</td><td>859</td><td>-523 (-38%)</td></tr><tr><td>MAMMOGRAFICO (solo mammografie)</td><td>8.339</td><td>6.396</td><td>-1.943 (-23%)</td></tr><tr><td>CERVICE UTERINA</td><td>382</td><td>5.764</td><td>+5.382 (a regime nel 2022)</td></tr></table> <div>A causa di hackeraggio subito da ATS Insubria nel corso del 2022, le attività di screening hanno subito un drastico rallentamento. Inoltre l’erogazione delle prestazioni di screening è fortemente condizionato dal grado di adesione degli utenti contattati da ATS.</div>	Screening	Anno 2019	anno 2022	Diff. 2022 vs 2019	COLON-RETTO	1.382	859	-523 (-38%)	MAMMOGRAFICO (solo mammografie)	8.339	6.396	-1.943 (-23%)	CERVICE UTERINA	382	5.764	+5.382 (a regime nel 2022)																								
Screening	Anno 2019	anno 2022	Diff. 2022 vs 2019																																								
COLON-RETTO	1.382	859	-523 (-38%)																																								
MAMMOGRAFICO (solo mammografie)	8.339	6.396	-1.943 (-23%)																																								
CERVICE UTERINA	382	5.764	+5.382 (a regime nel 2022)																																								
Liste d’attesa	<div>Rispetto del tempo massimo di attesa:</div> <div>- Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.</div> <div>- Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.</div>	Rendicontazione trimestrale	<div>Di seguito i risultati per ciascuna tipologia di attività:</div> <div>Rispetto del tempo massimo di attesa – Attività di ricovero</div> <table><tr><th>Tipologia ricoveri</th><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th>Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><td rowspan="4">Ricoveri ordinari chirurgici oncologici in classe A</td><td>1° trim.</td><td>82,61%</td><td>80%</td><td>+2,61%</td></tr><tr><td>2° trim.</td><td>85,30%</td><td>85%</td><td>+0,30%</td></tr><tr><td>3° trim.</td><td>88,10%</td><td>85%</td><td>+3,10%</td></tr><tr><td>4° trim.</td><td>91,50%</td><td>90%</td><td>+1,50%</td></tr></table> <table><tr><th>Tipologia ricoveri</th><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th>Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><td rowspan="3">Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi)</td><td>2° trim.</td><td>89,46%</td><td>75%</td><td>+14,46%</td></tr><tr><td>3° trim.</td><td>85,69%</td><td>80%</td><td>+5,69%</td></tr><tr><td>4° trim.</td><td>85,04%</td><td>85%</td><td>+0,04%</td></tr></table>	Tipologia ricoveri	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target	Ricoveri ordinari chirurgici oncologici in classe A	1° trim.	82,61%	80%	+2,61%	2° trim.	85,30%	85%	+0,30%	3° trim.	88,10%	85%	+3,10%	4° trim.	91,50%	90%	+1,50%	Tipologia ricoveri	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target	Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi)	2° trim.	89,46%	75%	+14,46%	3° trim.	85,69%	80%	+5,69%	4° trim.	85,04%	85%	+0,04%
Tipologia ricoveri	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target																																							
Ricoveri ordinari chirurgici oncologici in classe A	1° trim.	82,61%	80%	+2,61%																																							
	2° trim.	85,30%	85%	+0,30%																																							
	3° trim.	88,10%	85%	+3,10%																																							
	4° trim.	91,50%	90%	+1,50%																																							
Tipologia ricoveri	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target																																							
Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi)	2° trim.	89,46%	75%	+14,46%																																							
	3° trim.	85,69%	80%	+5,69%																																							
	4° trim.	85,04%	85%	+0,04%																																							

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati																																
	<p>- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.</p> <p>- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.</p>		<p><b>Rispetto dei tempi di attesa entro soglia – Attività ambulatoriale</b></p> <table><tr><th>Tipologia attività</th><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th>Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><td rowspan="3">Prime visite classe B – 10 gg</td><td>2° trim.</td><td>81,4%</td><td>80%</td><td>+ 1,4%</td></tr><tr><td>3° trim.</td><td>88,1%</td><td>85%</td><td>+ 3,1%</td></tr><tr><td>4° trim.</td><td>81%</td><td>90%</td><td>- 9,0%</td></tr></table> <p>(considerando la tolleranza del 20% così come prevista dalla DGR IX/1865 del 09/07/2019)</p> <p>Il mancato raggiungimento, in particolare nell’ultimo trimestre, è dovuto alla carenza degli specialisti ambulatoriali, come già sottolineato in relazione all’obiettivo di produzione ambulatoriale.</p> <table><tr><th>Tipologia attività</th><th>Periodo 2022</th><th>Anno 2022</th><th>Target</th><th>Diff. '22 vs Target</th></tr><tr><td rowspan="2">Diagnostica per immagini primi accessi escluso urgenze</td><td>3° trim.</td><td>89,4%</td><td>80%</td><td>+ 9,4%</td></tr><tr><td>4° trim.</td><td>88,2%</td><td>90%</td><td>- 1,8%</td></tr></table> <p>(considerando la tolleranza del 20% così come prevista dalla DGR IX/1865 del 09/07/2019)</p> <p>Il mancato pieno raggiungimento, in particolare nell’ultimo trimestre, è dovuto a fermi macchina delle apparecchiature radiologiche a maggior costo (una TAC e una RMN hanno subito fermi per complessivi 50 giorni circa); a questo si aggiunge la perenne carenza di personale TRSM.</p>	Tipologia attività	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target	Prime visite classe B – 10 gg	2° trim.	81,4%	80%	+ 1,4%	3° trim.	88,1%	85%	+ 3,1%	4° trim.	81%	90%	- 9,0%	Tipologia attività	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target	Diagnostica per immagini primi accessi escluso urgenze	3° trim.	89,4%	80%	+ 9,4%	4° trim.	88,2%	90%	- 1,8%
Tipologia attività	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target																															
Prime visite classe B – 10 gg	2° trim.	81,4%	80%	+ 1,4%																															
	3° trim.	88,1%	85%	+ 3,1%																															
	4° trim.	81%	90%	- 9,0%																															
Tipologia attività	Periodo 2022	Anno 2022	Target	Diff. '22 vs Target																															
Diagnostica per immagini primi accessi escluso urgenze	3° trim.	89,4%	80%	+ 9,4%																															
	4° trim.	88,2%	90%	- 1,8%																															
Investimenti	Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC (M6.C2 1.2. e M6.C2 – 1.1.2.) per l’anno 2022.	Rendicontazione trimestrale	<p><b>Edilizia Sanitaria</b></p> <p>ASST Lariana, attraverso l’Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato regolarmente l’avanzamento dell’obiettivo.</p>																																

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
			<p>Nel rispetto del cronoprogramma, sono state realizzate le seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr sei Case di Comunità di: Via Napoleona, Cantù, Menaggio, Olgiate C.sco, Campione d'Italia e Valle Intelvi.</li> <li>- nr. due Ospedali di Comunità di: Mariano Comense, Menaggio.</li> </ul> <p><b>Ammodernamento Tecnologico</b></p> <p>Con particolare riferimento agli investimenti per “Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature - Component 2 – Missione 6” per l’attivazione delle Case di Comunità/Ospedali di Comunità sono state effettuate le seguenti procedure di acquisto a valere sulle risorse del PNRR:</p> <p>Deliberazione n. 858 del 01 settembre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le pubbliche amministrazioni - lotto 1 (sub lotto 1.a - ecotomografi multidisciplinari) - società aggiudicataria Ge Medical Systems Italia s.p.a - acquisto di n. 9 accessori opzionali ecografi destinate ai presidi ospedalieri della Asst Lariana- - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);</p> <p>Deliberazione n. 981 del 29 settembre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro Consip s.p.a. per la fornitura di angiografi fissi, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 54, comma 4 lettera a) del D.lgs. n. 50/2016 - sub lotto 1.a - società aggiudicataria philips s.p.a. - acquisto di n. 2 angiografi fissi e relativi accessori destinati al p.o. Sant'Anna dell'ASST Lariana - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);</p> <p>Deliberazione n. 1064 del 20 ottobre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di mammografi digitali con tomosintesi, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni - società aggiudicataria Siemens Healthcare s.r.l., sede legale in Milano, via Vipiteno n. 4, P. IVA 12268050155 - acquisto di n. 4</p>

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
			<p>apparecchiature destinate ai presidi ospedalieri della Asst Lariana - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);</p> <p>Deliberazione n. 1082 del 27 ottobre 2022 - Adesione all'Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di tomografi pet/ct, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).</p> <p>Deliberazione n. 1209 del 24 novembre 2022 - Adesione all' accordo quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le pubbliche amministrazioni - Lotto 1 (sub lotto 1.a - ecotomografi multidisciplinari) - Società aggiudicataria Ge Medical Systems Italia S.P.A - Acquisto di n. 3 stampanti termiche per ecografi destinate ai presidi ospedalieri della asst lariana - integrazione deliberazioni n. 772 del 29 luglio 2022 e del n. 858 del 1 settembre 2022 - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).</p> <p>Si è provveduto ad inserire nel sistema ReGiS i dati relativi all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario relativo ai 44 progetti in carico all'ASST Lariana.</p>

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
Investimenti	Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali approvati dalla G.R. nell'anno 2021 o rimodulati nell'anno 2021.	Rendicontazione trimestrale	<p>Il quadro normativo regionale cui fare riferimento richiama le seguenti DGR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DGR XI/4928 del 21/06/2021 "Determinazioni conseguenti alla DGR XI/4386/2021 e stanziamento contributi – Allegato 1, ambiti D-E”;</li> <li>- DGR XI/4386 del 03/03/2021 “Determinazioni in ordine al programma di investimento per l’esercizio finanziario 2021 – Allegato 1”</li> </ul> <p>Gli interventi riconducibili alla DGR XI/4928 del 21/06/2021 "Determinazioni conseguenti alla DGR XI/4386/2021 e stanziamento contributi – Allegato 1, ambiti D-E” sono i seguenti:</p> <p><b>Finanziamento lavori antincendio Ponte Lambro.</b></p> <p>Per quanto riguarda il progetto di completamento delle opere di adeguamento antincendio del Poliambulatorio di Ponte Lambro il termine indicato nella delibera regionale è di 30 mesi per l'avvio dei lavori (21.01.2024). Con determina n. 69 del 28 giugno 2022 è stato assegnato l'incarico per la progettazione definitiva esecutiva del progetto. Al 31/12/2022 gli elaborati erano in fase di consegna. Con delibera n. 527 del 12 maggio 2023 è stato approvato il progetto e con delibera n. 695 del 15 giugno 2023 è stata indetta la gara per l'aggiudicazione dei lavori. Si prevede quindi il rispetto della scadenza indicata nella delibera regionale.</p> <p><b>Fornitura e installazione TAC.</b></p> <p>E' stata completata l'installazione dell'apparecchiatura ed è stato effettuato il collaudo.</p> <p>Si fa presente che il termine indicato nella predetta DGR è di 36 mesi per l'utilizzo del finanziamento. La TAC è stata acquistata e collaudata nel rispetto della scadenza indicata nella delibera regionale.</p>

Area Strategica	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
			<p>Mentre gli adempimenti riconducibili alla DGR XI/4386 del 03/03/2021 “Determinazioni in ordine al programma di investimento per l’esercizio finanziario 2021 – Allegato 1” (la DGR si riferisce a fondi indistinti già liquidati all'Azienda dalla Direzione Generale Welfare. Il termine di utilizzo degli stessi è fissato in mesi 24 dalla data di approvazione della DGR stessa. In data 9 gennaio 2023 è stata chiesta una proroga a fronte della quale la Direzione Welfare ha confermato che, trattandosi di interventi in corso, le risorse rimangono nella disponibilità dell'ASST) si riferiscono a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Incremento del budget assegnato agli acquisti di apparecchiature elettromedicali essendosi rese disponibili ulteriori risorse, per un valore complessivo di oltre 67.000 euro. A fronte di tale incremento è stato acquistato il 66% di quanto destinato agli elettromedicali. La parte rimanente verrà utilizzata per apparecchiature secondo le indicazioni della Direzione strategica.</li> <li>Si precisa che il dettaglio dell’impiego delle singole fonti di finanziamento è descritto nelle relazioni trimestrali di accompagnamento al CET trasmesse ai competenti uffici regionali e agli atti della UOC Gestione Economico Finanziaria e B. di questa ASST.</li> <li>2) Validazione del progetto definitivo/esecutivo inerente il completamento del 3° Lotto antincendio di Lomazzo.</li> <li>3) Affidamento dei lavori di realizzazione di una nuova centrale medicale presso il P.O. Sant’Antonio Abate di Cantù.</li> <li>4) Ampliamento del PS Cantù – Lotto B – Shock Room.</li> </ol>
Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rendicontazione quadrimestrale	<p>Rispetto al totale dei decessi del 2022 (codice 4 del campo “modalità di dimissione” del flusso SDO) pari a nr. 855 si rendiconta quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nr. 21 donatori organi segnalati (morte encefalica + DCD), pari al 2,5% del totale dei decessi;</li> </ul>

<b>Area Strategica</b>	<b>Risultati attesi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Risultati</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• nr. 14 donatori organi effettivi (morte encefalica + DCD escluso nr. 3 opposizioni di familiari, nr. 1 volontà negativa SIT e nr. 2 non idonei), pari al 1,6% del totale dei decessi</li> </ul>
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	Rendicontazione annuale	L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2022, calcolato a norma dell'art. 9 comma 1 D.P.C.M.22/09/2014 è pari a -5,83. Il dato è pubblicato sul sito web aziendale nell'area Amministrazione Trasparente
Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale	



Obiettivi aziendali 2022.

Area Obiettivo	Risultati attesi	Indicatori	Risultati
Produzione prestazioni per esterni	Recupero prestazioni per esterni ridotte causa pandemia	Valore delle prestazioni $\geq$ al valore 2019 (a partire dal 01/04/2022)	Valorizzazione attività ambulatoriale per esterni periodo aprile-dicembre 2022: -Valore Ambulatoriale 2019 (con PS) = 49.404.375 -Valore Ambulatoriale 2022 (con PS) = 49.468.246 -Delta = + 63.870 (+0,13%)
Produzione ricoveri (Ordinari + DH e DS)	Recupero prestazioni per esterni ridotte causa pandemia	Valore delle prestazioni $\geq$ al valore 2019 (a partire dal 01/04/2022)	Valorizzazione attività di ricovero periodo aprile-dicembre: -Valore Ricoveri 2019 = 76.502.794 -Valore Ricoveri 2022 = 69.331.374 -Delta = - 7.171.420 (-9%)
Efficienza organizzativa	Efficiente uso dei posti letto	Degenza media $\leq$ Degenza media regionale per specialità	La degenza media a livello regionale è rilevata per presidio ospedaliero/disciplina non tenendo conto delle differenze organizzative/strutturali delle diverse realtà ospedaliere. Il trend della degenza media negli anni 2019-2022 a livello aziendale (escludendo i reparti esclusivamente covid, le riabilitazioni e l'ospedale di comunità) è il seguente: anno 2019: 8,6 - anno 2020: 8,7 - anno 2021: 8,7 anno 2022: 8,5
	Revisione organizzativa delle attività per esterni	Piano delle attività ambulatoriali con dettaglio settimanale	Sono pervenute le schede di programmazione dell'attività ambulatoriale riferita ad una settimana "standard": i dati raccolti sono agli atti della UO Controllo di Gestione
Efficienza operativa	Allineamento agli indicatori P.N.E.	Almeno 150 interventi per tumore mammella;	Nel periodo gennaio-dicembre 2022 sono stati effettuati 150 interventi per tumore mammella
		Almeno 80% degli interventi per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero	La percentuale di fratture del femore entro 2 giorni si assesta a livello aziendale al 61,7%

## 2) MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI

Obiettivi strategici PTPCT 2022 – PIAO 2022-2024.

TITOLO	DESCRIZIONE	INDICATORE	CDR	MONITORAGGIO 2022
Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Attuazione Linee Guida TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE EX D.G.R. N. XI/5408 DEL 25/10/2021	Monitoraggio semestrale con effettuazione di audit al fine di verificare l'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle Schede T&T per l'affidamento di sub-contratti da parte dei CDR coinvolti.	Direttore UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica e Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimonio	Audit effettuati con cadenza semestrale e congiuntamente dal referente internal auditing e dal RPCT come da rapporti di audit conservati agli atti. Le strutture hanno provveduto ad inserire il contratto originario sull'applicativo T & T solo nel caso in cui sia pervenuta comunicazione dall'aggiudicatario riguardo un subaffidamento/subappalto/subcontratto e hanno monitorato l'inserimento dei dati anche da parte dell'aggiudicatario. Per quanto riguarda le verifiche del testo delle clausole T.&T. negli atti di gara e nel contratto si rappresenta quanto segue: in generale negli atti di gara e nei contratti delle procedure campionate è stato inserito sempre il testo previsto nelle linee guida sopra citate. Le procedure aperte prevedono un punto ad hoc nel testo del disciplinare di gara mentre per gli affidamenti diretti/procedure negoziate o è previsto il testo della clausola T&T nella lettera d'invito/RDO o è allegata la delibera T.&T. con relative linee guida.

<p>Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing</p>	<p>Verifica programmazione e comunicazione deroghe</p>	<p>Monitoraggio semestrale con effettuazione di audit al fine di verificare l'avvenuta comunicazione della programmazione e delle deroghe ai soggetti individuati nella D.G.R. N. XI/5408 del 25/10/2021.</p>	<p>Direttore UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica e Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimonio</p>	<p>E' stata trasmessa da Regione Lombardia la D.G.R. XI/6605 del 30/06/2022 con la quale sono state approvate le modifiche alla D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021. Oltre all'aggiornamento dell'allegato 1) della D.G.R. n. XI/5408 del 25 ottobre 2021 relativo alle: "Linee guida trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" si segnala il punto relativo alla soppressione del punto 8 della DGR XI/5408 del 25 ottobre 2021 secondo cui gli organi di vertice degli enti del SIREG avevano l'obbligo di predisporre, a partire dal 1 gennaio 2022, la programmazione triennale dei fabbisogni di beni e servizi, modificabile e rimodulabile, da comunicare ad Aria spa e alla direzione generale regionale di riferimento e stabiliva che ogni acquisizione in deroga doveva essere comunicata ad Orac e alla direzione generale di riferimento per le conseguenti valutazioni. Per quanto riguarda la comunicazione di procedure autonome e di deroghe alla programmazione la deliberazione di Regione Lombardia N° XI/6387 del 16/05/2022 nell'allegato 16 relativo agli acquisti prevede che la comunicazione a DG Welfare con relazione del RUP per la richiesta di procedure autonome deve essere effettuata per importi superiori alla soglia comunitaria, se non ricomprese entro la programmazione periodica ex art. D. lgs. 50/2016 e non comunicate al TTA tramite lo strumento "modulo budget. Viste le lacune riscontrate nella programmazione si ritiene particolarmente importante effettuare un audit</p>
---	--	---	---	--

				nel 2023 riguardo la tematica programmazione acquisti forniture/servizi e comunicazione dei fabbisogni.
--	--	--	--	---

Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Procedure Aperte/Adesioni convenzioni/Affidamenti Diretti	Monitoraggio annuale con effettuazione di audit al fine di verificare numero e tipologie di procedure espletate nel 2022, da confrontare con numero e tipologie di procedure espletate nel 2020 e nel 2021, con verifica, in particolare, degli affidamenti diretti e di quanti/con quale motivazione effettuati in urgenza.	Direttore UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica e Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimonio	Con riferimento alle analisi effettuate sul numero e tipologia di procedure effettuate nei medesimi periodi: anno 2020, anno 2021 e anno 2022 sono state acquisite dalle strutture l'elenco delle procedure effettuate nei periodi considerati. Si è provveduto ad un raffronto che ha rilevato una prevalenza rilevante di affidamenti diretti a fronte di un numero limitato di procedure negoziate e procedure aperte. L'andamento non varia nei tre periodi considerati. L'aumento degli affidamenti diretti è dovuto anche al fatto che la soglia prevista per gli stessi nel codice degli appalti pari a € 40.000,00, da luglio 2020 è stata portata a € 75.000,00 (decreto semplificazioni 76/2020) e poi a € 139.000,00 (decreto semplificazioni 77/2021). Per gli affidamenti diretti, inoltre, vengono redatti atti di gara pubblicati su piattaforma Sintel e ove presenti sul mercato/ove possibile vengono invitati più fornitori.
Effettuazione audit congiunti RPCT e Referente Internal Auditing	Acquisti tramite mercato elettronico	Monitoraggio annuale con effettuazione di audit al fine di verificare l'utilizzo nell'anno 2022 della piattaforma telematica di negoziazione messa a disposizione dal Soggetto Aggregatore e/o Consip	Direttore UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica, Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimonio, Direttore UOC Farmacia Ospedaliera	Per la quasi totalità delle procedure campionate le stesse risultano correttamente effettuate sulla piattaforma regionale Sintel

Misure anticorruzione 2022.

Anticorruzione e Trasparenza					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Attuazione di misure di prevenzione della corruzione	1. Verificare stato attuazione/efficacia delle misure di prevenzione della corruzione	- Strutture ASST Lariana	1. Verifica eventuali criticità indicate dai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali nelle rendicontazioni semestrali trasmesse al RPCT;	1. Monitoraggio semestrale	Monitoraggio effettuato con cadenza semestrale come da nota e-mail del 18/07/2022 e del 22/12/2022. Nel secondo semestre il Direttore della UOC Sistemi informativi Aziendali, con nota e-mail del 30/12/2022, ha segnalato con riferimento al monitoraggio della misura "Nuova procedura per la notifica dei nuovi ingressi, cessazioni e cambi di reparto e conseguenti abilitazioni / revoche informatiche", che si è provveduto a redigere il documento in conformità con le buone pratiche di sicurezza, indicando un responsabile per ogni fase, e a inviarlo alle UO interessate per un riscontro in data 14/12/2022. Il Direttore della UOC Sistemi informativi Aziendali ha evidenziato che i riscontri avuti sino a ora da alcune delle UO interessate indicano modifiche che, in parte, lascerebbero inalterata la situazione attuale, limitando l'efficacia della politica proposta; per tale motivo si ritiene opportuno approfondire la problematica in seno al Comitato per la sicurezza delle informazioni, prevedendo un'apposita convocazione a partire dal mese di gennaio e conseguentemente si ritiene

					<p>necessario posticipare l'approvazione del documento al 2023. I dirigenti DAPSS con nota prot. ASST Lariana 0076208 del 27/12/2022 hanno indicato che l'analisi della criticità sull'assegnazione del neo assunto con particolare riferimento alla valutazione del curriculum e colloquio ai fini dell'assegnazione ha evidenziato la necessità di integrare le misure esistenti con documenti quali procedure o modalità operative a supporto del colloquio (rif. verbalizzazione colloquio con scheda colloquio ed elaborazione procedura PO.025.01 rev. 04 approvata in data 14/11/2022. Riguardo il ruolo del DEC i dirigenti DAPSS hanno evidenziato che ogni DEC DAPSS ha identificato un referente per ciascun contratto e analizzato tutte le segnalazioni ricevute e che i dirigenti e alcuni responsabili di area DAPSS hanno fortemente richiesto e partecipato con grande interesse al corso aziendale dal titolo " Il ruolo del direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) negli appalti di forniture e servizi" raggiungendo gli obiettivi formativi previsti dal corso stesso. Il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera con nota prot. ASST Lariana 0001016 del 05/01/2023 ha evidenziato come per le richieste di nuova introduzione da parte di clinici di farmaci e di dispositivi medici la valutazione da parte delle commissioni aziendali viene sospesa, in attesa di ricevere il materiale integrativo, nel caso in cui alla richiesta non sia allegata anche la documentazione scientifica autorevole e</p>
--	--	--	--	--	---



					<p>indipendente. Il Direttore della UOC Miglioramento qualità e Risk Management ha indicato nella nota e-mail del 09/01/2023 che, il quasi totale rinnovo dell'organico della UOC ed il perdurare della pandemia da COVID, ha consentito per l'anno 2022 di aggiornare il 50 % delle procedure/istruzioni/PDTA con una data di pubblicazione superiore a 3 anni. La Direzione Medica del presidio ospedaliero di San Fermo con nota e-mail del 23/01/2023 ha evidenziato la necessità di avviare un percorso formativo su alcune tematiche specifiche. Con nota del 09/01/2023 il Direttore della UOC Direzione Medica di Presidio PO Cantu'- Mariano Comense- ha peraltro evidenziato le raccomandazioni a chiusura di un audit relativamente alla gestione rifiuti sanitari. Con nota del 16/01/2023 la SC Gestione Acquisti (provveditorato-economato) ha riportato che sono emerse delle criticità in relazione alla gestione della concessione e dal 15 settembre 2022 è stato costituito un gruppo di lavoro rif. Deliberazione n. 888 del 8 settembre 2022.</p>
	<p>2. Revisione schede analisi del rischio e schede di pianificazione monitoraggio misure di prevenzione della corruzione</p>	- RPCT	2. Schede aggiornate	2. Monitoraggio annuale	<p>E' stata richiesta dal RPCT la revisione delle schede con nota e-mail del 18/11/2022. Le schede revisionate verranno allegate all'aggiornamento PIAO 2023-2025.</p>

Aggiornamento Amministrazione Trasparente del sito istituzionale	Rispetto obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013	Strutture ASST Lariana	Ottenimento dell'attestazione annuale dell'OIV	100%	Ottenuta. L'attestazione è consultabile in Amministrazione Trasparente- Sezione Controlli e Rilievi sull'amministrazione - Sotto Sezione Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe ( ATTI DEGLI ORGANISMI INDIPENDENTI DI VALUTAZIONE, NUCLEI DI VALUTAZIONE O ALTRI ORGANISMI CON FUNZIONI ANALOGHE)
		che detengono i dati oggetto di pubblicazione			

Audit in collaborazione con la funzione internal auditing 2022.

Audit in collaborazione con la funzione internal auditing					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Effettuazione audit	Integrazione controlli interni	RPCT e Referente internal auditing	n. audit realizzati/n. audit programmati	100%	Sono stati effettuati congiuntamente dal referente internal auditing e dal RPCT tutti gli audit programmati come da rapporti di audit conservati agli atti.

Misure alternative alla rotazione ordinaria 2022.

Misure alternative alla rotazione ordinaria					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Implementazione/attuazione di misure alternative alla rotazione ordinaria	- Segregazione delle funzioni;	Strutture aziendali	Relazione trasmessa al RPCT da parte dei Direttori/Responsabili delle strutture aziendali	Monitoraggio annuale	
	- Maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;				vedi testo allegato
	- Condivisione delle fasi procedurali.				vedi testo allegato
					vedi testo allegato

### Monitoraggio 2022

La relazione è stata richiesta dal RPCT con nota e-mail del 18/11/2022. Il responsabile del servizio prevenzione e protezione con nota del 05/12/2022 ha peraltro indicato di aver cura di effettuare una rotazione del personale che effettua i controlli. La UOC Miglioramento Qualità e Risk Management con nota del 14/12/2022 ha peraltro indicato un ricambio degli operatori, la stretta collaborazione con altre UOC, l'utilizzo di cartelle informatiche condivise, la condivisione tra almeno due operatori delle fasi procedurali, la condivisione dell'andamento dell'attività all'interno della UOC e la partecipazione di diversi operatori nei comitati aziendali. La UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica con nota del 15/12/2022 ha indicato la rotazione del Direttore della struttura e dal mese di ottobre 2022 l'assegnazione di un nuovo dirigente amministrativo. Ha peraltro indicato la doppia verifica degli atti deliberativi, l'interscambiabilità del personale amministrativo del settore gare, la redistribuzione delle pratiche e la presenza di cartelle condivise. La UOC Affari Generali e Legali con nota e-mail del 20/12/2022 ha indicato che la rotazione di dirigenti e funzionari che operano nei settori più esposti della UOC è stata implicita nella gestione del turn-over. Sulla gestione dei liberi professionisti un funzionario nel corso del 2022 ha condiviso le funzioni di gestione con una collega. Sulla gestione del contenzioso e dei sinistri da responsabilità sanitaria l'attività è condivisa da più colleghi nello specifico n. 3. Sul settore, peraltro, sono in atto meccanismi di valutazione condivisa delle fasi procedurali, in ambito d'Ufficio Sinistri e di Comitato Valutazione Sinistri. Sulle convenzioni, nel 2022, si sono avvicinati per motivi legati a dimissioni dal servizio n. 4 colleghi. La Direzione Medica del presidio ospedaliero di San Fermo con nota e-mail del 05/01/2023 ha indicato che è stata effettuata l'alternanza del personale che si è occupato delle pratiche degli uffici. Peraltro sono stati rimodulati gli incarichi e una suddivisione dei processi diversa dal passato ed in particolare presso la Camera Mortuaria, ufficio esposto a rischio medio, e presso l'Ufficio Nascite, è stato possibile sostituire, a partire dal mese di agosto, l'unica unità di personale dedicata. I Dirigenti DAPSS con nota prot. ASST Lariana 0072981 del 09/12/2022 hanno evidenziato l'adozione della istruzione operativa IO.025.05, la procedura PO.025.01 (rev.04 approvata in data 14/11/2022), le modalità di svolgimento del colloquio per neoassunto o richiesto dal dipendente, le casistiche nelle quali è prevista una valutazione collegiale, la rotazione funzionale mediante una modifica dei compiti e responsabilità con comunicazione ai servizi interessati, gli atti con doppia sottoscrizione. La UOSD Formazione e Sistema di Valutazione con nota prot. ASST Lariana 0072118 del 17/12/2022 ha specificato tra l'altro che l'organizzazione della UO prevede che la responsabilità dell'istruttoria su alcuni procedimenti autorizzativi sia affidata sempre a due collaboratori e non alle singole persone in modo tale da far sì che possano alternarsi nella fase di controllo dei documenti pervenuti dai richiedenti. Peraltro il Responsabile della UOSD Formazione e Sistema di Valutazione ha precisato che la struttura utilizza una cartella condivisa, accessibile a tutti gli operatori della struttura, nella quale vengono caricati tutti i documenti e gli atti delle istruttorie seguite dall'ufficio. Infine il Responsabile della UOSD Formazione e Sistema di Valutazione ha indicato che

l'assegnazione alla struttura di nuovo personale ha permesso un naturale cambio di operatori. La UOC Gestione Risorse Umane con nota prot. ASST Lariana 0074271 del 15/12/2022 ha confermato l'estrema difficoltà di procedere alla rotazione data l'esiguità di profili professionali con competenze tecniche specifiche di taluni settori, ciononostante, in riferimento a detta misura l'U.O. Gestione Risorse Umane è, comunque, in grado di documentare un consistente avvicendamento del personale in servizio presso i vari Uffici alla stessa afferenti che sebbene non sia derivato da un processo aziendale strutturato di rotazione del personale finalizzato al contenimento del rischio corruttivo, è comunque idoneo ad assolvere a tale scopo. Peraltro è stato precisato che la misura alternativa più incisiva per quel che riguarda l'Unità Operativa Gestione Risorse Umane è rappresentata dalla segregazione delle funzioni "maggiori" e dalla compartecipazione del personale di uffici diversi - se non addirittura di Enti terzi - a varie fasi dei procedimenti trattati dall'Area. Inoltre è stata descritta dalla UOC Gestione Risorse Umane che un'interdipendenza tra gli uffici afferenti all'U.O. e che costituisce un elemento qualificante dell'organizzazione poichè la fase ordinaria di espletamento delle funzioni di ciascun ufficio determina un necessario ed imprescindibile controllo delle attività svolte dagli altri uffici. Viene peraltro indicato il controllo effettuato sia all'interno dell'ufficio da parte del titolare dell'incarico di funzione e/o coordinatore delegato, sia il controllo effettuato dai dirigenti e dal Direttore della UOC Gestione Risorse Umane. La UOC Farmacia Ospedaliera con nota prot. ASST. Lariana 0000591 del 03/01/2023 ha indicato tra l'altro che si procede applicando procedure e/o istruzioni operative condivise con il personale coinvolto. Tali procedure descrivono i compiti ed i controlli assegnati ad ogni figura professionale che presta lavoro presso la SC Farmacia, separando funzioni e responsabilità. Il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera ha peraltro evidenziato l'impossibilità di poter disporre la rotazione tra tutti i dirigenti farmacisti in considerazione della peculiare qualificazione tecnica e della professionalità acquisita nello svolgimento della specifica attività del singolo dirigente, nonchè della scarsità di personale a disposizione. Inoltre il Direttore della UOC Farmacia ha esplicitato alcune peculiarità che rendono infungibile l'incarico, pertanto, non vi sono altre categorie professionali omogenee che potrebbero ruotare su tali funzioni. Inoltre il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera ha evidenziato che ognuno dei dirigenti opera in sinergia con il personale amministrativo e tecnico - infermieristico assegnato a ciascun settore, utilizzando sistemi informatici aziendali che sono visibili e verificabili dagli uffici amministrativi centrali ed inoltre tutte le attività svolte dalla UOC Farmacia Ospedaliera fanno parte di una filiera di collaborazioni con altre strutture aziendali. Il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera nella relazione descrive peraltro alcuni aspetti relativi all'attività della commissione Farmaci Aziendale, della commissione aziendale Dispositivi Medici e della rotazione dei componenti delle medesime commissioni. Infine il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera ha evidenziato che il personale dirigente e del comparto afferenti alla struttura non ha il controllo esclusivo dei processi riguardanti la gestione ordini e la gestione del ricevimento merci e successiva distribuzione. Il Direttore della UOC Gestione attività amministrativa di supporto alle aree territoriali con nota e-mail del 16/12/2022 ha indicato che la rotazione del personale dirigenziale è stata di fatto effettuata con il cambio del responsabile della UOC, l'ampliamento del team a supporto del DPO esterno, il coinvolgimento costante del Comitato di Indirizzo e Coordinamento con riferimento alla sperimentazione gestionale pubblico-privato di ASSO, la rotazione del rimanente personale non è stata sempre possibile ed in ogni caso è stato privilegiato il criterio di far ruotare il personale prioritariamente nelle aree di maggior rischio, per le donazioni sono applicate misure alternative quali predisposizione di un regolamento aziendale, trasparenza e coinvolgimento di diverse UOC/soggetti aziendali nelle istruttorie. Il Direttore della UOC Gestione attività amministrativa di supporto alle aree territoriali ha evidenziato il presidio di un'unica persona delle funzioni dell'ufficio recupero crediti e che il personale delle aree territoriali è stato mantenuto nelle posizioni esistenti valutando chiaramente eventuali spostamenti in altre sedi non appena possibile. Il Direttore del Dipartimento Attività Territoriali con nota e-mail del 16/12/2022 ha indicato che la rotazione ordinaria del personale è stata in parte favorita dalla cessazione di alcuni dipendenti e conseguente inserimento di nuove figure professionali, per le quali sono stati organizzati incontri formativi e fornite indicazioni operative su più settori di attività, in modo da consentire l'interscambiabilità tra operatori unitamente a standard qualitativi e quantitativi di apprezzabile livello. Il Direttore delle UOC Direzione Medica di Presidio di Cantù/Mariano e UOC Direzione Medica di Presidio di Menaggio con nota e-mail del 15/12/2022 ha indicato tra l'altro che il Direttore Medico

di Presidio svolge la funzione di DEC per alcuni contratti funzionali all'erogazione di servizi dedicati ai Presidi di afferenza o di carattere aziendale (es. Sistema di archiviazione con Microdisegno) in collaborazione con il RUP, coadiuvato per alcune funzioni da alcuni referenti in loco deputati a ricevere eventuali segnalazioni ed apportare i correttivi eventualmente necessari. La responsabilità delle attività e decisioni è in capo al Direttore Medico di Presidio che si avvale della collaborazione di personale amministrativo per svolgere le diverse attività cui è deputato dal POAS. La DMP di Cantù/Mariano dispone di un front office presso lo stabilimento di Mariano e di un front office e back-office presso lo stabilimento di Cantù. Il personale assegnato alla UOC si reca con turnistica variabile presso lo stabilimento di Mariano, garantendo in questo modo sia la rotazione del personale che degli incarichi. Anche a Cantù, pur essendo più settorializzata l'attività svolta dai diversi operatori, la quasi totalità degli stessi è in grado di svolgere ciascuna funzione e, anche se non è prevista una turnazione temporale delle funzioni, i vari operatori dispongono di una formazione adeguata a svolgere ciascuna attività della UOC. Inoltre, essendo UOC con attività sia di front-office che di back-office, un'altra attività di rotazione degli incarichi viene attuata tra queste tipologie di servizio (es. rapporti con l'utenza, servizio cartelle cliniche, supporto alle UOC per risolvere le eventuali problematiche presentatesi). In aggiunta, a seguito del pensionamento di alcune operatrici ed al trasferimento di altre, si ha assistito ad un turnover del personale con conseguente attività di formazione dei neoassunti. Per quanti riguarda la DMP di Menaggio, l'attività svolta dai diversi operatori è più specializzata, ma anche in questo caso i vari operatori dispongono di una formazione adeguata a svolgere ciascuna attività della UOC, garantendo la continuità del servizio sia all'utenza che il supporto ai diversi servizi presenti nel PO. Anche a Menaggio, a seguito del pensionamento di un operatore, si è verificato un turnover del personale con conseguente attività di formazione del neoassunto. La UOC Gestione Economico-Finanziaria e Bilancio con nota e-mail del 09/01/2023 segnala lo svolgimento nel dicembre 2022 delle procedure per il conferimento degli incarichi di funzione a seguito di emissione di avviso interno di selezione, come previsto dal regolamento aziendale e nel 2022 conferma l'applicazione della rotazione ordinaria in base alle necessità organizzative che si sono presentate, anche a seguito della situazione di straordinaria e prolungata assenza dal servizio da parte di un collaboratore. Il Direttore della UOC Sistemi informativi aziendali con nota prot. ASST Lariana 0001720 del 10/01/2023 ha indicato tra l'altro che ogni processo e progetto all'interno della UOC viene affidato sempre ad almeno due collaboratori distinti, in modo che ci possa essere un controllo reciproco e che l'abbinamento varia da progetto a progetto; inoltre sono instaurati gruppi di lavoro per aree omogenee e che in ogni area ci sono più persone e ci sono dei cambiamenti e periodici spostamenti fra le persone nelle diverse aree al fine sia di formare il personale su tutte le attività sia allo scopo di implementare una rotazione del personale internamente alla UOC SIA. Inoltre i progetti più delicati o aventi importi economici rilevanti, prevedono sempre almeno il controllo finale direttamente del responsabile dell'UOC. Per la UOC Controllo di Gestione il Direttore, nella relazione inviata con nota e-mail del 09/01/2023, ha indicato tra l'altro che la redazione della contabilità analitica comporta l'elaborazione di dati che provengono da diversi uffici e unità operative, sia sanitarie, sia amministrativo contabili. Per sua natura si tratta di un'attività che impone la gestione di un flusso di informazioni che derivano da più processi e in qualche misura ne verificano la correttezza in termini di quantità e costi. Ha indicato inoltre che, riguardo l'attività di supporto alla Direzione nella definizione, monitoraggio e valutazione finale degli obiettivi di budget assegnati a tutte le articolazioni organizzative del personale dipendente, la valutazione finale di tutti gli obiettivi quali-quantitativi è di competenza della Direzione Strategica che individua annualmente le strutture assegnatarie di obiettivi di budget. L'URP con nota e-mail del 20/01/2023 ha indicato che nell'ultimo anno c'è stato all'interno della struttura un importante turnover del personale, una stretta collaborazione con tutte le strutture afferenti alla ASST Lariana, utilizzi di indirizzi e-mail e pec istituzionali condivisi, condivisione tra tutti gli operatori della struttura delle fasi inerenti l'istruttoria fino alla stesura del documento finale, confronto tra tutti gli operatori in caso di dubbi in merito alle strutture aziendali da coinvolgere e supporto/interscambio nella gestione delle attività in caso di assenza di uno di essi, condivisione giornaliera dell'andamento delle attività all'interno della struttura. In relazione alla libera professione il Direttore della struttura aziendale competente con nota del 19/01/2023 ha indicato che la rotazione non è concretamente realizzabile in funzione della non interscambiabilità dei ruoli e per le varie specificità delle funzioni assegnate. Ha peraltro indicato che al

fine di prevenire e verificare effetti distorsivi, le misure alternative si sono concretizzate in verifiche da remoto sulle attività di sportello. La UOC Servizi Tecnici e Patrimonio con nota prot. 0004960 del 24/01/2023 indicato che la figura dirigenziale amministrativa assegnata all'ufficio dal 1 agosto 2022 svolge un controllo di regolarità amministrativa degli atti e delle procedure adottati dalla Struttura.

Dichiarazioni assenza conflitto di interessi 2022.

Dichiarazioni assenze conflitto di interessi					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Richiesta dichiarazione assenza di conflitto di interessi	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi in tutti gli ambiti per i quali è richiesta	- UOC Farmacia Ospedaliera;	Verifica a campione RPCT dell'acquisizione, gestione e verifica delle dichiarazioni da parte dei soggetti coinvolti	Monitoraggio annuale	RPCT ha richiesto la documentazione riferita al campione con nota e-mail del 17/11/2022. Nel corso del 2023 verranno avviate azioni di miglioramento sulle verifiche per l'area farmacia, formazione, specialistica ambulatoriale, acquisti, tecnico, personale anche con specifico riferimento al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici ambito per il quale si richiama quanto previsto dal PNA 2022-2024.
		- UOSD Formazione;			
		- UOC Affari Generali e Legali;			
		- Gestione Attività Amministrativa di Supporto al Polo Ospedaliero, Flussi Informativi e Libera Professione;			

		- UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica;			
		- UOC Servizi Tecnici e Patrimonio;			
		- UOC Gestione Risorse Umane			

Inconferibilità ed incompatibilità 2022.

Inconferibilità ed incompatibilità					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Richiesta dichiarazione	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni	- UOC Affari Generali e Legali;	n. dichiarazioni acquisite /n. dichiarazioni da acquisire	Monitoraggio annuale	RPCT ha richiesto di acquisire un'attestazione dalle strutture con nota e-mail del 18/11/2022. Il Direttore della UOC Affari Generali e Legali ha prodotto l'attestazione con nota e-mail del 20/12/2022. Il Direttore della UOC Gestione Risorse Umane ha prodotto attestazione con nota prot. ASST Lariana 0074264 del 15/12/2022. La UOC Gestione Risorse Umane con riferimento alle verifiche svolte ha indicato che non state registrate criticità. Il Direttore della UOC Affari Generali e Legali nel fornire il riscontro per la relazione RPCT anno 2022 con nota e-mail del 02/01/2023 ha indicato che è in corso la verifica sul nuovo Direttore Sanitario f.f., in carica dal 9.12.2022.
		- UOC Gestione Risorse Umane			



Formazione di commissioni e assegnazione agli Uffici - 2022.

Formazione di commissioni e assegnazione agli Uffici					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Richiesta dichiarazione	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Gestione Risorse Umane;</li> <li>- UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica;</li> <li>- UOC Servizi Tecnici e Patrimonio</li> </ul>	Verifica dichiarazioni da parte dei soggetti coinvolti	100%	<p>RPCT ha richiesto di acquisire un'attestazione dalle strutture con nota e-mail del 18/11/2022. Il Direttore dell'area acquisti con nota e-mail del 15/12/2022 ha attestato l'acquisizione delle attestazioni da parte degli interessati. L'area acquisti nel corso del 2023 avvierà azioni di miglioramento riguardo le verifiche. Per la U.O.C. Servizi Tecnici e Patrimonio con nota e-mail del 26/01/2023 la stessa ha indicato l'adozione del provvedimento 155/2022. Il Direttore della UOC Gestione Risorse Umane con nota prot. ASST Lariana 0074273 del 15/12/2022 ha attestato l'acquisizione delle dichiarazioni e per le verifiche relative ai componenti di commissione hanno segnalato che non sempre il riscontro da parte di altra PA è tempestivo. Inoltre la UOC Gestione Risorse Umane ha segnalato per il 2023 un'azione di miglioramento riguardo le procedure di avviamento a selezione del centro per l'impiego. Nel corso del 2023 verranno avviate azioni di miglioramento anche per la specialistica ambulatoriale.</p>

Incarichi extra-istituzionali - 2022.

Incarichi extra-istituzionali					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Autorizzazione incarichi extra-istituzionali del personale dipendente	Osservanza del regolamento aziendale	UOC Risorse Umane	Verifica osservanza regolamento aziendale da parte della UOC Gestione Risorse Umane	Monitoraggio annuale	Con nota prot. ASST Lariana 0074264 del 15/12/2022 la UOC Gestione Risorse Umane ha fornito riscontro alla richiesta inviata dal RPCT con nota e-mail del 18/11/2022. Nella nota la UOC Gestione Risorse Umane ha relazionato per l'anno 2022 anche in merito all'unico caso di violazione del Regolamento.

Pantouflage - 2022.

Pantouflage					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Inserimento della clausola nelle determinazioni, per le due tipologie riferite al personale dipendente cessato dal	Rendere noto ai dipendenti ASST Lariana le limitazioni previste dalla normativa	- UOC Gestione Risorse Umane	Verifica a campione RPCT dell'inserimento della clausola nelle	Monitoraggio annuale	RPCT ha richiesto la documentazione riferita al campione con nota e-mail del 17/11/2022. Nel richiamare quanto previsto dal PNA 2022-2024 si rappresenta che nel corso del 2023 l'area acquisti sensibilizzerà tutto l'ufficio gare ad utilizzare e verificare l'utilizzo da parte degli operatori economici del formulario DUGE rilasciato da ANAC. A partire dal 2023 verrà avviata per il

servizio per dimissioni volontarie ed al personale cessato dal servizio a seguito di dimissioni volontarie con diritto alla pensione.					campione riferito agli ex dipendenti la verifica attraverso l'interrogazione delle banche dati Telemaco e INI-PEC.
Inserimento della clausola nei bandi di gara		- UOC Gestione Approvvigionamenti e Logistica	Determinazioni, per le due tipologie riferite al personale dipendente cessato dal servizio per dimissioni volontarie ed al personale cessato dal servizio a seguito di dimissioni volontarie con diritto alla pensione.		
		- UOC Servizi Tecnici e Patrimonio	Verifica a campione RPCT dell'inserimento della clausola nei bandi di gara		

Whistleblower - 2022.

Whistleblower					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Invio annuale alla struttura controlli di Regione Lombardia.	Coordinamento ed analisi da parte della Regione Lombardia	RPCT	Report inviati a Regione Lombardia	Ogni anno	Per l'anno 2022 il report verrà inviato dal RPCT entro il 27/01/2023 come da scadenza indicata dalla Regione nella nota Protocollo A1.2022.1033955 del 27/12/2022.

Codice di comportamento ASST Lariana - 2022.

Codice di comportamento ASST Lariana				
OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
			2022	MONITORAGGIO 2022
Assicurare massima diffusione e conoscenza del codice di comportamento	- UPD  - RPCT	Adozione deliberazione di aggiornamento entro il 31/12/2022	Pubblicazione codice di comportamento aggiornato sul sito istituzionale	Adottato con deliberazione 1304 del 22/12/2022 ed è consultabile in Amministrazione Trasparente Sezione Disposizioni Generali Sotto Sezione Atti Generali
Attuazione del codice di comportamento	- UPD  - RPCT  -	Pubblicazione relazione RPCT sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente	Ogni anno	Acquisito riscontro dall'UPD in data 05/01/2023. La relazione è stata pubblicata.

# Monitoraggio trasparenza - 2022.

Monitoraggio trasparenza					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Verifica rispetto obblighi di pubblicazione ex D.lgs. 33/2013	Rispetto obblighi di pubblicazione ex D.lgs. 33/2013	Strutture ASST Lariana che detengono i dati oggetto di pubblicazione;	Verifica eventuali criticità indicate dai Direttori/Responsabili e delle strutture aziendali nelle attestazioni trimestrali trasmesse al RPCT;	Monitoraggio trimestrale	Monitoraggio effettuato con cadenza trimestrale come da note e-mail del 19/04/2022, 18/07/2022, 14/10/2022 e 22/12/2022. Sono stati svolti monitoraggi/incontri specifici: -per l'area acquisti/tecnico riguardo la sezione bandi di gara e contratti; -per l'area personale riguardo il dato riferito ai curriculum vitae ed ai dirigenti cessati. L'Area Web Aziendale con e-mail del 18/01/2023 ha peraltro indicato per i Servizi erogati -> Carta dei servizi e standard qualità è in fase di riorganizzazione dei contenuti e delle informazioni sulla base del nuovo POAS (Distretti, Case di Comunità e COT) ristrutturando tutti i contenuti presenti nelle pagine con particolare riferimento alle strutture di ASST Lariana, comprese le pagine relative alle Associazioni di Volontariato. Per Servizi erogati -> Servizi in rete - per quanto riguarda le "Statistiche di utilizzo del sito internet aziendale" le statistiche relative al trimestre ottobre - dicembre non sono state rilevate e pubblicate causa abbandono monitoraggio con "web analytics" dovuto a problemi legati alla sicurezza, al GDPR (privacy etc..) e migrazione verso la piattaforma "web analytics italia".Il servizio sarà riattivato appena verranno forniti gli accessi da parte del nuovo sistema di controllo degli accessi.

Monitoraggio accesso civico - 2022.

Accesso civico					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Risposte alle richieste di accesso civico semplice e di riesame	Rispetto dei termini	RPCT	Verifica numero richieste gestite nei termini rispetto alle richieste pervenute	Monitoraggio semestrale	Nel corso del I semestre 2022 non sono pervenute istanze di riesame e sono pervenute n. 2 istanze di accesso civico semplice per le quali il riscontro è stato fornito entro i termini di legge. Nel secondo semestre 2022 non sono pervenute istanze di accesso civico semplice e di riesame.

### 3) MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE

LAVORO AGILE				
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET
				MONITORAGGIO 2022
Implementazione del lavoro agile	Mappatura dei processi e attività svolgibili in smart working	Unità operative coinvolte	Predisposizione documento ricognitivo	La disciplina del lavoro agile in forma ordinaria, non è stata attuata, in quanto la regolamentazione dell'Istituto per quanto riguarda il personale del Comparto Sanità è stata prevista nel CCNL relativo al personale del Comparto Sanità Triennio 2019-2021 sottoscritto il 2/11/2022
Implementazione del lavoro agile	Adozione del Regolamento aziendale	SC Gestione Risorse Umane	Regolamento aziendale	"
Implementazione del lavoro agile	Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o processi		Predisposizione scheda esplicativa	"
Implementazione del lavoro agile	Predisposizione scheda di valutazione obiettivi annuali		Redazione nuova scheda di valutazione obiettivi annuali	"
Implementazione del lavoro agile	Monitoraggio del lavoro agile	SC Gestione Risorse Umane	Report periodici semestrali	"
Implementazione del lavoro agile	Help desk informatico	SC Sistemi Informativi Aziendali	Avvio assistenza da remoto	"



#### 4) MONITORAGGIO ALTRE SEZIONI

Accessibilità digitale - 2022.

ACCESSIBILITA' DIGITALE					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Predisposizione del sistema di accoglienza e adeguamenti per nuove funzionalità	Realizzazione dei nuovi servizi web per predisporre l'interoperabilità con i sistemi regionali e progettazione di nuove funzionalità	UOC SIA, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo; 4) report andamento del servizio.	Progettazione (1); Svolgimento gare (2)	Nel corso dell'anno 2022 si è concluso lo svolgimento delle procedure di approvigionamento: det. n. 522 del 04/07/2022
Acquisto nuovi dispositivi e integrazioni con sistemi esterni (interoperabilità)	Realizzazione nuove funzionalità di interoperabilità con sistemi regionali - installazione nuove piattaforme hardware orientate ai servizi al cittadino (totem)	UOC SIA, UOC Servizi Tecnici e Patrimonio, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo	Progettazione (1); Svolgimento gare (2)	Nel corso dell'anno 2022 si è concluso lo svolgimento delle procedure di approvigionamento: det. n. 834 del 27/10/2022
Realizzazione portale servizi al cittadino/	Processo di digitalizzazione per la fruizione di nuovi servizi al cittadino. Offerta di un set di servizi di richieste fruibili mediante portale web	UOC SIA, UUOCC Direzioni amministrative attività ospedaliere e territoriali, Fornitori	1) Documento di progetto; 2) espletamento gare di acquisto; 3) messa in esercizio – collaudo; 4) report andamento del servizio.	Progettazione (1), Svolgimento gare (2) Messa in esercizio e collaudo (3)	Nel corso dell'anno 2022 si è concluso lo svolgimento delle procedure di approvigionamento: det. n. 522 del 04/07/2022 La messa in esercizio è stata differita al primo semestre 2023 in quanto la conclusione delle procedure di appalto al termine dell'anno 2022 non ha permesso la conclusione delle attività da parte delle software house

Reingegnerizzazione dei processi - 2022.

REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Completare la fase di ideazione e analisi	Analisi dei processi assistenziali e dell'organizzazione aziendali, valutazione della documentazione clinica e della tecnologia in essere con censimento degli applicativi aziendali per definire le esigenze di integrazione.	Team multidisciplinare di progetto Asst Lariana	1) Documento di analisi preliminare; 2) Progetto inerente tutte le attività propedeutiche all'introduzione della CCE.	Analisi preliminare dei requisiti (1)	Analisi completa: vedi scheda 1-CCE
Progettazione	Analisi dei processi e della nuova organizzazione, predisposizione della documentazione necessaria ad effettuare le corrette configurazione del software.	Team di progetto dell'ASST Lariana e fornitore	1) Documento di analisi dei processi e formalizzazione degli stessi. Specifiche di configurazione del software per i reparti interessati		

CUG aziendale – Area benessere organizzativo, salute e sicurezza - 2022.

CUG AZIENDALE – AREA BENESSERE ORGANIZZATIVO, SALUTE E SICUREZZA					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Questionario benessere organizzativo ed analisi dei dati. (Anno 2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rilevare il clima organizzativo, raccogliendo le opinioni dei dipendenti rispetto all'organizzazione, all'ambiente di lavoro e alle relazioni nei luoghi di lavoro.</li> <li>Identificare le possibili azioni per: <ul style="list-style-type: none"> <li>migliorare le condizioni di lavoro dei dipendenti elaborando azioni positive;</li> <li>valorizzare le risorse umane nell'ambito della riorganizzazione e cambiamento strategico in corso</li> </ul> </li> </ul>	CUG - Consigliere di fiducia	Questionari compilati	Verifica annuale somministrazione questionario	<b>DESTINATARI:</b> tutti i dipendenti ASST Lariana. <b>DATI TRATTATI:</b> nessun dato personale. Dati di riferimento e di contesto dell'ambiente di lavoro. L'indagine comprende 3 rilevazioni diverse: - Benessere organizzativo percepito. - Grado di condivisione del sistema di valutazione. - Rapporti con il proprio superiore gerarchico. <b>PERIODO:</b> luglio-ottobre. <b>STRUMENTO:</b> software "Survio". <b>ADESIONI:</b> 1.749 visite totali, 435 completato questionario e 1.314 visitato. <b>TIPOLOGIA DEI PARTECIPANTI:</b> 357 comparto, 78 dirigenza, 108 uomini e 323 donne. <b>ETA':</b> fino a 30 anni: 43, dai 31 ai 40 anni: 97, dai 41 ai 50 anni: 123, dai 51 ai 60 anni: 156 e oltre i 60 anni: 16. <b>ANZIANITA' DI SERVIZIO:</b> meno di 5 anni: 119, da 5 a 10 anni: 55, da 11 a 20 anni: 84 ed oltre i 20 anni: 177. <b>RUOLO:</b> sanitario: 173, professionale: 28, tecnico: 55 e amministrativo: 101.
Realizzare campagne di sensibilizzazione contro le aggressioni verso sanitari, violenze e le molestie	Convegno di presentazione dei risultati del progetto: "Valutazione dei determinanti principali delle violenze in due Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde per una efficace prevenzione" entro fine 2022. Diffusione dei dati della ricerca INAIL	Medico Competente - Risk Manager	Effettuazione convegno entro fine 2022	Effettuazione convegno	Effettuato convegno in data 18/11/2022

Parità di genere, prevenzione e contrasto delle discriminazioni - 2022.

PARITA' DI GENERE, PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DISCRIMINAZIONI					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Predisposizione di dettagliata relazione sulla situazione del personale afferente alla nostra ASST, riferita all'anno precedente, in particolare con riferimento alla parità di genere ed età.	<p>Diffusione dei dati relativi alla parità di genere ed età.</p> <p>Ricongiungere i dati forniti dall'Amministrazione per trarne delle conclusioni in merito all'attuazione delle tematiche sulla parità, benessere contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali, psicologiche sul luogo di lavoro attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fotografia della situazione sul personale</li> <li>- Piano di azioni</li> </ul> <p>Al fine di redigere un'analisi complessiva della situazione del personale alla luce dei dati raccolti, avendo cura di formulare delle proposte di miglioramento</p>	Componenti Comitato Unico di Garanzia	Predisposizione di dettagliata relazione annuale	ogni anno	<p><b>RIFERIMENTO NORMATIVO:</b> adempimento del CUG previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG" così come integrata dalla Direttiva n. 2/19 "Misure per pro-muovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".</p> <p><b>DESTINATARI:</b> Direzione ASST Lariana, Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dip. della Funzione Pubblica - Dip. delle Pari Opportunità e al Nucleo di Valutazione (ns. prot. n.19664 del 30/03/2022).</p> <p><b>STRUTTURA DELLA RELAZIONE:</b></p> <p><b>Prima parte:</b> analisi dei dati sul personale raccolti da varie fonti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Gestione Risorse Umane sulla distribuzione del personale per genere;</li> <li>- indagini sul benessere organizzativo con riguardo alle risultanze e azioni messe in campo;</li> <li>- servizio di Prevenzione e Protezione con le valutazioni sullo stress lavoro correlato e la valutazione dei rischi in ottica di genere;</li> <li>- Altri organismi (NdV, Consigliera di fiducia, ecc.).</li> </ul> <p>Questi dati a loro volta, su iniziativa e ad opera del CUG - con la collaborazione della Consigliera di Fiducia aziendale - sono stati trasformati in grafici, per una lettura comparata.</p> <p>Parecchie schede sono state arricchite con riflessioni espresse dai componenti del CUG.</p> <p><b>Seconda parte:</b> analisi relativa al rapporto tra il Comitato e i vertici ASST Lariana, nonché una sintesi delle attività curate direttamente dal Comitato nell'anno di riferimento</p>

Formazione del personale - 2022.

FORMAZIONE DEL PERSONALE					
AZIONI	OBIETTIVI	SOGGETTI COINVOLTI	INDICATORI	TARGET	
				2022	MONITORAGGIO 2022
Promuovere la progettazione e lo svolgimento dei corsi in modalità FAD sincrona	Incentivare la progettazione di attività formative in modalità FAD sincrona durante la fase di rilevazione del fabbisogno. Caricamento sulla piattaforma BBB dei corsi FAD progettati. Iscrizione dei partecipanti sul gestionale per la formazione TOM e effettuazione dei corsi sulla piattaforma BBB	Personale UOSD F-SV e Coordinatori, Responsabile Scientifico	Caricamento sulla piattaforma BBB di almeno 5 corsi in modalità FAD sincrona. Risultato conseguito: partecipazione al corso degli operatori individuati dal Responsabile Scientifico durante la fase di progettazione	ogni anno	1) GDPR 679/2016: LA TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI DELL'ASST LARIANA FAD SINCRONA 7 edizioni ECM- 4 ore di corso + 2 EDIZIONE NO ECM - partecipanti tot. 295
					2) IL RUOLO DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (DEC) NEGLI APPALTI DI FORNITURE E SERVIZI FAD SINCRONA - 23/09/2022 , N. 45 PARTECIPANTI
					3) LA DISFORIA DI GENERE IN ETÀ EVOLUTIVA FAD SINCRONA: 8 ore di corso, DAL 13 MAGGIO AL 21 OTTOBRE 2022, N. 40 PARTECIPANTI
					4) APPROFONDIMENTO SU ASPETTI TRATTAMENTALI DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA) SVOLTI NEI SERT E IN CARCERE CORRELATI CON IL PIANO GAP DI ASST LARIANA, 12 ore di corso, 27/10/22, N. 29 Partecipanti
					5) PRENDERSI CURA DI SÉ: LA MINDFULNESS NELLE PROFESSIONI D'AIUTO FAD SINCRONA , 7 ore di corso - 25/10/2022, n. 71 partecipanti;

Individuazione di una rete di referenti aziendali sul tema delle competenze trasversali (soft-skills):	Sviluppare la conoscenza di un set di competenze trasversali in un gruppo di potenziali formatori attraverso la progettazione ed erogazione di alcuni corsi a valenza strategica. Corso: Formazione residenziale “Sviluppare le competenze trasversali: un laboratorio esperienziale”; Corso: Convegno “Il coordinatore preposto alle logiche di asset management: dalle ombre pandemiche sul sistema salute alla riprogettazione in sicurezza dei percorsi di cure e comunicazione efficace”; Corso : Convegno “Prevenire e gestire il rischio aggressivo nelle strutture sanitarie. Update 2022”.	Personale UOSD F-SV e Coordinatori, Responsabile Scientifico	Presenza nel PFA 2022 dei tre corsi e monitoraggio della loro realizzazione a fine anno	ogni anno	A) SVILUPPARE LE COMPETENZE TRASVERSALI: UN LABORATORIO ESPERIENZIALE 6 e 20 luglio 2022 - n. 15 partecipanti B) SOFT SKILLS: LABORATORIO ESPERIENZIALE PARTE SECONDA - EDIZIONE: 1 - 19/09/2022 - n. 11 partecipanti
					Convegno: IL COORDINATORE PREPOSTO LOGICHE DI ASSET MANAGEMENT: DALLE OMBRE PANDEMICHE SUL SISTEMA SALUTE ALLA RIPROGETTAZIONE IN SICUREZZA DEI PERCORSI DI CURE E COMUNICAZIONE EFFICACE DATA 15/06/2022 - n. 74 partecipanti
					Convegno: VIOLENZE SUGLI OPERATORI SANITARI: CONOSCERE PER PREVENIRE. PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGETTO "VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI PRINCIPALI DELLE VIOLENZE IN DUE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI LOMBARDE PER UNA EFFICACE PREVENZIONE" - 18/11/2022 - N. 130 PARTECIPANTI

<p>Analisi del contesto mutato in seguito alla pandemia e alla L.R. 22/2021 e formare la nuova figura professionale: L'infermiere di famiglia e di comunità – acquisizione di competenze specifiche.</p>	<p>Programmazione di un percorso formativo articolato in tre proposte: 1. Corso Polis Formazione Infermiere di Famiglia e Comunità; 2. Case Management: Tecniche e Strumenti per la rete dei Servizi nel nuovo contesto Socio-Sanitario; 3. Corso specifico sull'infermieristica di prossimità.</p>	<p>Personale UOSD F-SV Direttori e Responsabili scientifici</p>	<p>Sviluppare conoscenze, capacità e competenze specifiche per la realtà territoriale in vista di un potenziamento dell'assistenza territoriale per pazienti cronici con la partecipazione degli IFEc ad almeno uno dei tre corsi.</p>	<p>ogni anno</p>	<p><b>CORSO POLIS: FORMAZIONE PER INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'</b> Codice corso: AFSSL22001. Corso di 88 ore d'aula + 200 ore di Tirocinio - durata semestrale - per ASST Lariana - n 6 Infermieri di famiglia iscritti (di cui 2 ritirati durante il corso)</p>
					<p><b>CORSO DI APPROFONDIMENTO IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI PROSSIMITÀ NELLA ASST LARIANA: SVILUPPO DI UN MODELLO PROFESSIONALE ED ORGANIZZATIVO INNOVATIVO</b> - inizio corso 05/07/22 - 7 giornate di 4 ore - 28 ore di corso - N. 21 PARTECIPANTI (INFERMIERI DI FAMIGLIA)</p>
					<p><b>CASE MANAGEMENT: TECNICHE E STRUMENTI PER LA RETE DEI SERVIZI NEL NUOVO CONTESTO SOCIO-SANITARIO</b> - 2 EDIZIONI - 6 e 16 giugno 2022 - TOT N. partecipanti 18 + 23 = 41 Infermieri di famiglia</p>

## 5) RELAZIONI PNRR POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE - 2022

Relazione Marzo-Aprile - 2022.

**Delibera n. XI/5832 del 29/12/2021 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022**

### **Obiettivo: potenziamento rete territoriale**

ASST Lariana, per il tramite di ATS Insubria, ha trasmesso entro il 1 dicembre 2021 a Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare i progetti di fattibilità tecnico-economica e relazioni tecnico sanitarie degli interventi sugli edifici previamente identificati.

Successivamente, con le D.G.R. N° 5723/2021 e N° 6080/2022 sono state approvate le proposte dilocalizzazione dei terreni e degli immobili da destinare alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali predisposte da ASST Lariana come riportato nel seguente prospetto:

Casa di Comunità SPOKE Bellagio Via Del Lazzaretto 12 Casa di Comunità SPOKE Campione d’Italia Corso Italia, 10 Casa di Comunità HUB Lomazzo Via del Rampanone, 1 Casa di Comunità HUB Olgiate Comasco Piazza Italia, 8 Casa di Comunità HUB Ponte Lambro Via Giuseppe Verdi, 3 Casa di Comunità HUB Cantù Via Domea, 4

Casa di Comunità SPOKE Mariano Comense Via Isonzo, 42/b Casa di Comunità SPOKE Porlezza Via Garibaldi, 64

Casa di Comunità SPOKE Centro Valle Intelvi Via Andreotti, 12 Casa di Comunità HUB Como Via Napoleona, 60

Casa di Comunità HUB Menaggio Via Casartelli, 7

Ospedale di comunità ODC Como Via Napoleona, 60

Ospedale di comunità ODC Mariano Comense Via Isonzo, 42/b Ospedale di comunità ODC Menaggio Via Casartelli, 7 Ospedale di comunità ODC Cantù Via Domea, 4

Centrale operativa territoriale COT Lomazzo Via del Rampanone, 1 Centrale operativa territoriale COT Olgiate Comasco Piazza Italia, 8 Centrale operativa territoriale COT Ponte Lambro Via Giuseppe Verdi, 3 Centrale operativa territoriale COT Cantù Via Domea, 4

Centrale operativa territoriale COT Como Via Napoleona, 60 Centrale operativa territoriale COT Menaggio Via Casartelli

Con D.G.R. N° XI/6027 del 01/03/2022 avente ad oggetto “Programma regionale straordinario investimenti in sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle deliberazioni di Giunta Regionale N° XI/5161/2021 e XI/5941/2022 – Investimenti in strutture territoriali” è stato approvato il riparto delle risorse da assegnare agli enti del SSR, per complessivi € 43.000.000,00 e, in particolare per ASST LARIANA risorse pari ad Euro 1.875.201,28.



Con successivo Decreto della Direzione Generale Welfare n. 3782 del 22.03.2022 sono state assegnate ad ASST LARIANA risorse pari ad Euro 1.875.201,28 così suddivise:

COMO 1.120.000,00

COMO 165.000,28

MARIANO COMENSE 590.201,00

Con deliberazione n. 267 del 16 marzo 2022 ASST Lariana ha nominato quale responsabile unico del procedimento (RUP) per gli investimenti sopra indicati un Dirigente Tecnico di ruolo presso UOC Servizi Tecnici e Patrimonio che ha provveduto, entro le scadenze indicate a livello regionale, alla compilazione sulla Piattaforma Web di Agenas delle schede intervento relative a:

- investimenti per Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC)
- Component 1 - Missione 6;
- investimenti per Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature - Component 2 – Missione 6.

Il giorno 24/03/2022 sono stati inaugurati la Casa di Comunità presso via Napoleona n.60 di Como e l'Ospedale di Comunità presso il Presidio Polispecialistico "Felice Villa" di Mariano Comense, già predisposti a far data dal 31.12.2021 in quanto ad assetto strutturale e organizzativo.

Con deliberazione n. 406 del 14 aprile 2022 sono stati approvati i progetti di fattibilità tecnica ed economica dei lavori relativi alla Casa della Comunità di Como, Via Napoleona, 60 (Edificio 30 Continuità Assistenziale - Unità Speciali di Continuità Assistenziale e Edificio 37 Aree per M.M.G., P.L.S., I.F.e.C.) e dell'Ospedale di Comunità di Mariano Comense Via Isonzo, 42/b. Il costo delle opere previste ammonta complessivamente ad €1.875.201 e risulta finanziato tramite la D.G.R. N° XI/6027 del 01/03/2022 ad oggetto "Programma regionale straordinario investimenti in sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle deliberazioni di Giunta Regionale N° XI/5161/2021 e XI/5941/2022 – Investimenti in strutture territoriali" e assegnato con decreto della Direzione Generale Welfare n.3782 del 22.03.2022.

Nel corso dei primi mesi del 2022 sono stati effettuati sopralluoghi presso le strutture che ospiteranno le CdC di Cantù, Menaggio, Olgiate Comasco al fine di confermare il layout dei servizi di nuova attivazione previsti dalle linee guida AGENAS.

Sono in corso interlocuzioni con gli amministratori locali di Olgiate Comasco, San Fedele Intelvi e Campione d'Italia finalizzati al perfezionamento dei contratti di comodato d'uso per gli immobili di proprietà degli enti locali già in uso ad ASST e destinati a CdC.

ASST Lariana, attraverso l'Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato regolarmente l'avanzamento dell'obiettivo in oggetto. In particolare sotto il coordinamento del Direttore Generale si sono svolti (come da verbali agli atti degli Uffici competenti) i seguenti incontri per la trattazione dei temi sotto riportati:

06/05/2022	Definizione cronoprogramma degli interventi per apertura CdC/OdC previsti nel 2022 Definizione dei lavori per l'installazione delle grandi apparecchiature
07/06/2022	Definizione delle strumentazione necessaria per l'attivazione delle CdC/OdC
13/06/2022	Stato di avanzamento degli interventi per apertura CdC/OdC Attivazione della piattaforma regionale per la presa in carico dei pazienti e stato di avanzamento delle COT

Nell'ambito dei suddetti incontri è stato confermato il seguente cronoprogramma per l'apertura delle prossime CdC/OdC nel 2022:

Linea d'intervento PNRR		COMUNE	PERIODO ATTIVAZIONE
M6.C1-1.1	Casa di Comunità	Olgiate Comasco	Settembre 2022
	Casa di Comunità	Cantù	Ottobre 2022
	Casa di Comunità	Menaggio	Novembre 2022
	Casa di Comunità	<b>Campione d'Italia</b>	Dicembre 2022
	Casa di Comunità	<b>Centro Valle D'Intelvi</b>	Dicembre 2022
M6.C1 -1.3	Ospedale di comunità	Menaggio	Novembre 2022

Ai fini dell'apertura delle CdC/OdC individuate dall'ASST Lariana sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- ✓ determinazione n. 59 del 31 maggio 2022 avente ad oggetto: "Affidamento diretto a seguito Rdo (ID 154568194) ai sensi art. 36 comma 1 lett.a) del d.lgs. n. 50/2016 così come modificato dalla L.120/20020, dell'incarico relativo di progettazione esecutiva, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, direzione lavori, coordinamento in esecuzione e collaudo tecnico amministrativo" al fine della realizzazione del progetto casa della comunità (CdC) Edificio 37, Via Napoleona, Como;

- ✓ determinazione n. 61 del 15 giugno 2022 avente ad oggetto: “Approvazione dello studio di fattibilità tecnico economica per la realizzazione degli interventi relativi all’attivazione della Casa della Comunità e dell’Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale “Erba Renaldi” – via V. Casartelli – Menaggio (CO) (prima fase)”;
- ✓ determinazione n. 62 del 15 giugno 2022 avente ad oggetto: “Affidamento diretto ai sensi art. 36 comma 1 lett a) del d.lgs 50/2016 così come modificato dalla L.120/20020, dell'incarico relativo di progettazione esecutiva, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, direzione lavori, coordinamento in esecuzione e collaudo tecnico amministrativo PNNR- OSPEDALE DI COMUNITA’ di Mariano Comense;
- ✓ determinazione n. 66 del 21 giugno 2022 avente ad oggetto: “Approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica per la realizzazione degli interventi relativi all’attivazione della Casa della Comunità (CdC) presso il P.O. Ospedale “Sant’Antonio Abate di Cantù” e della Casa della Comunità (CdC) presso il poliambulatorio di Olgiate Comasco (prima fase) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- ✓ determinazione n. 68 del 24 giugno 2022 avente ad oggetto: “Approvazione del progetto definitivo/esecutivo ai sensi art. 23 c. 7,8 d.lgs. n. 50/2016 per la realizzazione degli interventi relativi all’attivazione della Casa della Comunità e dell’Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale “Erba Renaldi” – via V. Casartelli – Menaggio (CO) (prima fase) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

Avviso del 24 giugno 2022 avente ad oggetto: “Richiesta di offerta per la realizzazione degli interventi relativi all’attivazione della Casa della Comunità e dell’Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale “Erba Renaldi” – via v. Casartelli – Menaggio (co) (prima fase) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Per quanto riguarda la strumentazione necessaria per l’attivazione delle CdC/OdC sono state condivise e validate le acquisizioni necessarie, stabilendo il relativo budget.

Con riferimento agli investimenti per “Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature - Component 2 – Missione 6” ASST Lariana ha predisposto e trasmesso (Ns. prot. .U.0029646.11-05-2022) alla DG Welfare i quadri economici relativi a ciascun intervento unitamente al prospetto riepilogativo con gli importi per la realizzazione dei lavori edili e impiantistici. Con decreto n. 8332 del 13/06/2022 sono state assegnate ad ASST Lariana risorse pari ad Euro 14.592.000,00 per la componente 2. Intervento 1.1. Grandi apparecchiature.

In data 16 giugno u.s. si è svolto un ulteriore incontro con l’amministrazione locale di Olgiate Comasco finalizzato al perfezionamento del contratto di comodato d’uso per l’immobile di proprietà dell’ente locale già in uso ad ASST e destinato a CdC.

## Relazione Luglio-Agosto - 2022.

ASST Lariana, attraverso l’Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato

regolarmente l'avanzamento dell'obiettivo in oggetto. In particolare, sotto il coordinamento del Direttore Generale si sono svolti (come da verbali agli atti degli Uffici competenti) i seguenti incontri per la trattazione dei temi sotto riportati:

11/07/2022	1) Messa a disposizione degli spazi per l'attivazione della Casa della Comunità di Olgiate Comasco
27/07/2022	2) Analisi D.G.R n. 6780/2022 - Requisiti Organizzativi Strutturali e Tecnologici delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità

Con riferimento all'attivazione delle Case di Comunità negli immobili di proprietà degli EE.LL. ASST Lariana ha trasmesso alle amministrazioni comunali interessate gli schemi dei contratti di costituzione del diritto di superficie e di comodato d'uso predisposti da Regione Lombardia, ai fini delle valutazioni di competenza per gli immobili destinati a sede delle Case di Comunità. In particolare nei mesi di luglio/agosto si sono svolti alcuni incontri con l'Amministrazione comunale di Olgiate Comasco all'esito dei quali l'Amministrazione ha convenuto di mettere a disposizione dell'ASST Lariana l'immobile sito in Piazza Italia (2 P) per la realizzazione di una Casa della Comunità alle condizioni e nei termini stabiliti dal contratto. Sono state quindi adottate le deliberazioni di competenza (Deliberazione del Consiglio Comunale n. 33 del 28.7.2022; Deliberazione ASST Lariana n. 790 del 4 agosto 2022).

Ai fini dell'attivazione delle CdC/OdC individuate dall'ASST Lariana sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

Determinazione n. 88 del 18 luglio 2022 a	Affidamento diretto ai sensi art. 36 comma 2 lett a) del D.Lgs 50/2016 così come modificato dalla L.120/2020, dei lavori per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa di Comunità (C.d.C.) presso il P.O. Sant'Antonio Abate di Cantù e il Poliambulatorio di Olgiate Comasco (prima fase)
Deliberazione n. 807 dell'11 agosto 2022	Determinazioni conseguenti all'adesione all'Accordo Quadro multi operatore economico ai sensi dell'art. 54 comma 4 lettera a) del d.lgs 50/2016 stipulato dall'Azienda Regionale per l'innovazione e gli Acquisti S.p.A (ARIA) per l'affidamento dei servizi di ingegneria e architettura inerenti la progettazione e dei servizi di direzione lavori e coordinatore della sicurezza – LOTTO 6 Società aggiudicataria Lenzi Consultant s.r.l Interventi relativi alle Case di Comunità di Cantù Mariano Comense e Ponte Lambro- Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Deliberazione n. 808 dell'11 agosto 2022	Determinazioni inerenti l'adesione all'Accordo Quadro multioperatore economico ai sensi dell'art.54 comma 4, lettera a) del d.lgs. 50/2016 stipulato da Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti S.p.A. (ARIA) per l'affidamento delle attività di servizi di progettazione – LOTTO 5 – Società aggiudicataria M+ ASSOCIATI - Incarico relativo alla progettazione definitiva ed esecutiva delle Case di Comunità di Bellagio, Campione d'Italia, Menaggio, Lomazzo, Olgiate Comasco, Porlezza, Valle Intelvi e degli Ospedali di Comunità di Cantù, Menaggio e Como - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Determinazione n. 61 del 15/06/2022	Approvazione dello studio di fattibilità tecnico economica per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa della Comunità e dell'Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale "Erba Renaldi" – via V. Casartelli – Menaggio (CO) (prima fase)

Determinazione n. 62 del 15/06/2022	Affidamento diretto a seguito Rdo ( ID 154568194) ai sensi art. 36 comma 1 lett a) del d.lgs 50/2016 così come modificato dalla L.120/20020, dell'incarico relativo di progettazione esecutiva, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, direzione lavori, coordinamento in esecuzione e collaudo tecnico amministrativo PNRR- OSPEDALE DI COMUNITA' di Mariano Comense
Determinazione n. 66 del 21/06/2022	Approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa della Comunità presso il P.O. Ospedale "Sant'Antonio Abate di Cantù" e della Casa Della Comunità presso il Poliambulatorio di Olgiate Comasco (prima fase) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Determinazione n. 68 del 24/06/2022	Approvazione del progetto definitivo/esecutivo ai sensi art. 23 C. 7,8 D.LGS. n. 50/2016 per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa della Comunità e dell'Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale "Erba Renaldi" – Via V. Casartelli – Menaggio (CO) (PRIMA FASE) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Determinazione n. 74 del 30/06/2022	Approvazione del progetto definitivo/esecutivo ai sensi dell' art. 23 c. 7,8 d.lgs. n. 50/2016 per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa di Comunità presso il P.O. Ospedale "Sant'Antonio Abate di Cantù" e della Casa di Comunità presso il Poliambulatorio di Olgiate Comasco (prima fase) - Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
Determinazione n. 88 del 18/07/2022	Affidamento diretto ai sensi art 36 comma 1 lett a) del D.lgs. 50/2016 così come modificato dalla L.120/2020, dei lavori per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa di Comunità presso il P.O Sant' Antonio Abate di Cantù e il Poliambulatorio di Olgiate Comasco (prima fase)
Determinazione n. 103 del 19/08/2022	Affidamento diretto previa richiesta di preventivi su Piattaforma Sintel ai sensi art. 36 comma 2 lett a) del D.Lgs 50/2016 così come modificato dalla L.120/20020, dei lavori per la realizzazione degli interventi relativi all'attivazione della Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità presso il P.O. Ospedale "Erba-Renaldi" di Menaggio in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Con riferimento agli investimenti per “Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature - Component 2 – Missione 6” per l’attivazione delle CdC/OdC sono state effettuate le seguenti procedure di acquisto a valere sulle risorse del PNRR:

Deliberazione n. 772 del 29 luglio 2022 avente ad oggetto: “Adesione all’ Accordo Quadro stipulato da Consip S.p.A. per la fornitura di ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni – LOTTO 1 (Sub lotto 1.a - Ecotomografi Multidisciplinari) – Società aggiudicataria GE Medical Systems Italia S.p.A - Acquisto di n. 3 apparecchiature destinate ai Presidi Ospedalieri della ASST LARIANA - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)”.

Con riferimento alla Missione 6 - Component 2 – Investimento 1.1.1 “Digitalizzazione dea I e II Livello” sono state svolte attività di analisi preliminare, anche con il supporto della “field force” regionale; a conclusione di detta attività sono state redatte le schede relative alle progettualità previste: Cartella clinica elettronica;

Attività propedeutiche alla Cartella clinica elettronica: adeguamenti software esistenti, integrazioni con software esistenti, dispositivi hardware locale, rete wireless;  
Digitalizzazione delle ulteriori componenti cliniche da integrarsi con la cartella clinica elettronica.

Inoltre, sempre con riferimento alla Missione 6 - Component 2 – Investimento 1.1.1, è stato adottato il provvedimento deliberativo N. 711 del 08/07/2022 avente oggetto "CONFERIMENTO AD ARIA S.P.A. DELLA "DELEGA PER LO SVOLGIMENTO DELLA PROCEDURA DI APPALTO SPECIFICO AVENTE AD OGGETTO LA CONCLUSIONE DI UN CONTRATTO ESECUTIVO NELL'AMBITO DELL'ACCORDO QUADRO AGGIUDICATO DA CONSIP S.P.A. PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI APPLICATIVI IN AMBITO "SANITÀ DIGITALE - SISTEMI INFORMATIVI CLINICO-ASSISTENZIALI" - LOTTO 1 "CARTELLA CLINICA ELETTRONICA ED ENTERPRISE IMAGING - NORD" - CIG 8765571A03 - CUP F61B22001530001", con il quale si è dato mandato ad ARIA SPA di espletare le procedure per l'individuazione del fornitore della soluzione di cartella clinica elettronica, nell'ambito del preposto accordo quadro Consip.

Si è provveduto ad inserire nel sistema ReGiS i dati relativi all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario relativi ai 44 progetti in carico all'ASST Lariana.

#### Relazione Settembre-Ottobre - 2022.

ASST Lariana, attraverso l'Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato regolarmente l'avanzamento dell'obiettivo in oggetto. In particolare, sotto il coordinamento del Direttore Generale si sono svolti (come da verbali agli atti degli Uffici competenti) i seguenti incontri per la trattazione dei temi sotto riportati:

12/09/2022	1) Verifica dello stato di attuazione degli investimenti del PNRR
05/10/2022	2) Percorso di attuazione del PNRR - Avanzamenti

Con riferimento all'attivazione delle Case di Comunità negli immobili di proprietà degli EE.LL. sono proseguite le interlocuzioni con le amministrazioni comunali interessate per la definizione dei contratti di comodato d'uso e per la condivisione dei servizi da attivare presso le relative sedi.

Ai fini dell'attivazione delle **CdC/OdC** individuate dall'ASST Lariana sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

Determinazione n. 120 del 21 settembre 2022	Affidamento diretto, ai sensi art. 36 comma 2 lett. a) del D.lgs 50/2016 e s.m.i alla Ditta M&M Elettrica Srl, per l'esecuzione dei lavori di implementazione dell'impianto elettrico finalizzati all'apertura della Centrale Operativa Territoriale (COT) presso il Poliambulatorio di Olgiate Comasco, Piazza Italia n.8 - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'ASST Lariana
Determinazione n. 702 del 21 settembre 2022	Affidamento ai sensi dell'art. 36 c. 2 lett. a) del D.Lgs 50/16 e ss.mm.ii. come integrato dalla L.120/2020 e ss.mm.ii, della fornitura di nuova cartellonistica per le Case di Comunità dell'ASST Lariana, alla ditta Principle Italy Spa - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'ASST Lariana
Deliberazione n. 920 del 22 settembre 2022	Approvazione del progetto definitivo/esecutivo dei lavori relativi alla Casa della Comunità Di Como, Via Napoleona, 60 (Edificio 30 Continuità Assistenziale - Unità speciali di continuità assistenziale) - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Asst Lariana –
Determina n. 714 del 26 settembre 2022	Affidamento ai sensi dell'art. 36 c. 2 lett. a) del D.lgs. 50/16 e ss.mm.ii. come integrato dalla l.120/2020 e ss.mm.ii, della fornitura di arredi sanitari per gli ambulatori delle case di comunità dell'Asst Lariana alla ditta Givas srl srl - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determina n. 715 del 26 settembre 2022	Affidamento ai sensi dell'art. 36 c. 2 lett. a) del D.lgs. 50/16 e ss.mm.ii. come integrato dalla l.120/2020 e ss.mm.ii, della fornitura di n. 4 carrelli per medicazione per le case di comunità dell'Asst Lariana alla società Malvestio spa - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determina n. 728 del 27 settembre 2022	Affidamento ai sensi dell'art. 36 c. 2 lett. a) del D.lgs 50/16 e ss.mm.ii. come integrato dalla l.120/2020 e ss.mm.ii, della fornitura di sedute varie per le case di comunità dell'Asst Lariana, alla ditta Office Depot Itali srl - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determina n. 729 del 27 settembre 2022	Affidamento ai sensi dell'art. 36 c. 2 lett. a) del D.lgs 50/16 e ss.mm.ii. come integrato dalla l.120/2020 e ss.mm.ii, della fornitura di n. 10 paraventi occorrenti agli ambulatori delle case di comunità dell'Asst Lariana, alla ditta Cfs Italia srl- Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determina n. 730 del 27 settembre 2022	Adesione al lotto 01 della Convenzione Aria_2020_012 - arredi per uffici - aggiudicato alla società Aran World srl, per l'acquisto di arredi ordinari occorrenti alle case di comunità dell'Asst Lariana - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Determina n. 731 del 27 settembre 2022	Adesione al lotto 02 della Convenzione Aria_2020_012 - arredi per uffici - aggiudicato alla società So.C.A.M soc. coop., per l'acquisto di armadi spogliatoio occorrenti alle case di comunità dell' Asst Lariana – Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determinazione n. 806 del 19 ottobre 2022	Acquisizione, ai sensi dell'art. 36, comma 2 lett. a), D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. come integrato dalla l. 120/2020 e s.m.i., della fornitura di un sistema telefonico per il poliambulatorio di Olgiate Comasco. CUP F17H21010610002
Determinazione n. 807 del 19 ottobre 2022	Acquisizione, ai sensi dell'art. 36, comma 2 lett. a), D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. come integrato dalla l. 120/2020 e s.m.i., della fornitura di un sistema di accodamento per il presidio ospedaliero di Cantù. CUP F37H21009660002
Determina n. 133 del 18 ottobre 2022	Integrazione determinazione n. 120 del 21 settembre 2022 avente ad oggetto: "affidamento diretto, ai sensi art. 36 comma 2 lett. a) del D.lgs. 50/2016 e s.m.i alla ditta M&M elettrica srl, per l'esecuzione dei lavori di implementazione dell'impianto elettrico finalizzati all'apertura della centrale operativa territoriale (cot) presso il poliambulatorio di Olgiate Comasco, piazza Italia n.8 - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Determina n. 136 del 21 ottobre 2022	Determinazione n. 136 del 21 ottobre 2022 - Affidamento diretto a seguito RDO (Id 160302380) ai sensi art. 36 comma 1 lett a) del D.lgs. 50/2016 così come modificato dalla l.120/20020, dei lavori edili ed affini, idricosanitari, scarico e di ventilazione all'interno dei poliambulatori di gruppo 1 e bagni adiacenti, relativamente all'attivazione della CdC di Via Napoleona, edificio 30, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Con riferimento agli investimenti per **“Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature** - Component 2 – Missione 6” per l’attivazione delle CdC/OdC sono state effettuate le seguenti procedure di acquisto a valere sulle risorse del PNRR:

Deliberazione n. 858 del 01 settembre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le pubbliche amministrazioni - lotto 1 (sub lotto 1.a - ecotomografi multidisciplinari) - società aggiudicataria Ge Medical Systems Italia s.p.a - acquisto di n. 9 accessori opzionali ecografi destinate ai presidi ospedalieri della Asst Lariana- - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

Deliberazione n. 981 del 29 settembre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro Consip s.p.a. per la fornitura di angiografi fissi, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 54, comma 4 lettera a) del D.lgs. n. 50/2016 - sub lotto 1.a - società aggiudicataria philips s.p.a. - acquisto di n. 2 angiografi fissi e relativi accessori destinati al p.o. Sant'Anna dell'ASST Lariana - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

Deliberazione n. 1064 del 20 ottobre 2022 - Adesione all' Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di mammografi digitali con tomosintesi, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni - società aggiudicataria Siemens Healthcare s.r.l., sede legale in Milano, via Vipiteno n. 4, P. IVA 12268050155 - acquisto di n. 4 apparecchiature destinate ai presidi ospedalieri della Asst Lariana - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

Deliberazione n. 1082 del 27 ottobre 2022 - Adesione all'Accordo Quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di tomografi pet/ct, servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le pubbliche amministrazioni - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).



L'ASST Lariana, con deliberazione n. 864 del 1.9.2022, ha provveduto alla formale **istituzione delle Centrali Operative Territoriali** dell'ASST Lariana. Si è proceduto, quindi, all'implementazione dei relativi servizi (reclutamento e formazione del personale, selezione dei servizi software necessari) al fine della piena operativa delle COT a decorrere dal 31 ottobre p.v. A tal riguardo con deliberazione n. 866 del 5 settembre 2022 l'ASST Lariana ha individuato responsabilità ed organico delle Centrali Operative.

Si è provveduto ad inserire nel sistema ReGiS i dati relativi all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario relativo ai 44 progetti in carico all'ASST Lariana.

#### Relazione Novembre-Dicembre - 2022.

ASST Lariana, attraverso l'Unità Tecnica aziendale istituita con Deliberazione n. 804 del 27 agosto 2021 al fine di implementare e monitorare sul territorio lariano il piano di potenziamento delle strutture territoriali, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha presidiato e verificato regolarmente l'avanzamento dell'obiettivo in oggetto. In particolare, sotto il coordinamento del Direttore Generale si sono svolti (come da verbali agli atti degli Uffici competenti) i seguenti incontri per la trattazione dei temi sotto riportati:

14/11/2022	Verifica inaugurazione della Casa di Comunità di Olgiate Comasco
13/12/2022	Verifica attivazione CDC Cantù - CDC Menaggio

Con riferimento all'attivazione delle Case di Comunità negli immobili di proprietà degli EE.LL. sono proseguite le interlocuzioni con le amministrazioni comunali interessate per la definizione dei contratti di comodato d'uso e per la condivisione dei servizi da attivare presso le relative sedi.

Come da cronoprogramma, Asst Lariana ha attivato le seguenti strutture:

- ✓ 24 novembre inaugurazione della Casa di Comunità di Olgiate Comasco;
- ✓ 12 dicembre attivazione delle Case di Comunità (Cdc) di Cantù e Menaggio;
- ✓ 14 dicembre attivazione dell'Ospedale di Comunità (Odc) di Menaggio;
- ✓ 27 dicembre attivazione della Casa di Comunità (Cdc) di Valle Intelvi;
- ✓ 28 dicembre attivazione della Casa di Comunità (Cdc) di Campione d'Italia.

Ai fini dell'attivazione delle CdC/OdC individuate dall'ASST Lariana sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

Determina n. 148 del 11 novembre 2022	Affidamento diretto a seguito Rdo (ID 160296773) ai sensi art. 36 comma 2 lett b) del d.lgs 50/2016 così come modificato dalla L.120/20020, dei lavori di realizzazione dell'impianto elettrico all'interno dei Poliambulatori di gruppo 1 e relativo cablaggio strutturato, comprensivo di impianto rilevazioni incendi, telefonico e di videosorveglianza, relativamente all'attivazione della C.d.C. di Via Napoleona, edificio 30, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
Deliberazione n. 1248 del 6 dicembre 2022	Percorso di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) dell' Asst Lariana. Approvazione delle progettualità della sub componente M6C2-1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Digitalizzazione"
Determinazione n. 1005 del 23 dicembre 2022	Acquisizione, ai sensi dell'art. 36 dalla L. 120/2020 e s.m.i., di servizi professionali di personalizzazioni software Territoriali (COT) dell'ASST Lariana

Con riferimento agli investimenti per "Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature - Component 2 – Missione 6" per l'attivazione delle CdC/OdC sono state effettuate le seguenti procedure di acquisto a valere sulle risorse del PNRR:

- ✓ Deliberazione n. 1209 del 24 novembre 2022 - Adesione all' accordo quadro stipulato da Consip s.p.a. per la fornitura di ecotomografi, servizi connessi e dispositivi opzionali per le pubbliche amministrazioni - Lotto 1 (sub lotto 1.a - ecotomografi multidisciplinari) - Società aggiudicataria Ge Medical Systems Italia S.P.A - Acquisto di n. 3 stampanti termiche per ecografi destinate ai presidi ospedalieri della asst lariana - integrazione deliberazioni n. 772 del 29 luglio 2022 e del n. 858 del 1 settembre 2022 - Percorso di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Si è provveduto ad inserire nel sistema ReGiS i dati relativi all'avanzamento fisico, procedurale e finanziario relativo ai 44 progetti in carico all'ASST Lariana.