



**Azienda ospedaliera OSPEDALE SANT'ANNA – Como**

**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'  
2014 - 2016**

*Indice*

<b>Pag.</b>	<b>01</b>	<b>Organizzazione e funzioni dell'amministrazione – le principali novità</b>
<b>Pag.</b>	<b>05</b>	<b>Procedimento di elaborazione e adozione del Programma</b>
<b>Pag.</b>	<b>12</b>	<b>Iniziative di comunicazione della trasparenza</b>
<b>Pag.</b>	<b>13</b>	<b>Processo di attuazione del Programma</b>
<b>Pag.</b>	<b>14</b>	<b>Dati Ulteriori (obiettivi per i successivi aggiornamenti del Piano)</b>

*ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE – Le principali novità  
( dal P.O.A.)*

La struttura organizzativa dell' Azienda Ospedaliera (A.O.) Ospedale Sant'Anna di Como si delinea, per quanto riguarda la propria architettura, in modo semplice e lineare, ed è articolata su quattro livelli: Alta Direzione, Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici. L'Azienda è improntata a criteri di massima flessibilità e integrazione nell'utilizzo delle risorse e delle infrastrutture disponibili, finalizzati a garantire il rapido e appropriato adeguamento al mutare del contesto di riferimento, delle regole di sistema, dei programmi e degli obiettivi. Il profilo organizzativo dell'Azienda si declina in:

- strutture di staff
- dipartimenti
- strutture complesse
- strutture semplici a valenza dipartimentale o interdipartimentale
- strutture semplici
- gruppi operativi interdipartimentali permanenti

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture.

L'A.O. Ospedale Sant'Anna di Como si configura quale azienda ospedaliera "multipresidio". La logica di progettazione macro-strutturale persegue una soluzione di "organizzazione a rete" che si caratterizza per una originale ri-elaborazione dei paradigmi organizzativi ad integrazione verticale, "hub & spokes", e orizzontale per "poli/antenna". La configurazione aziendale adottata nasce da una intenzionale ibridazione dei due modelli sopra indicati. Tale soluzione è funzionale non solo alla opportunità di garantire un adeguato coordinamento tecnico-scientifico delle strutture ospedaliere aziendali ma anche all'esigenza di assecondare una fisiologica rivisitazione del loro

profilo di offerta, tenendo necessariamente co-presenti la complementarità delle vocazioni strutturalmente presenti relative sia al livello di intensità clinico-assistenziale sia al polimorfismo specialistico dei singoli stabilimenti ospedalieri. La scelta di non perseguire impostazioni radicali nella riconfigurazione dell'offerta secondo logiche di rete rigidamente focalizzate, in corrispondenza con il concreto avvio del nuovo presidio ospedaliero Sant'Anna, ha arginato la possibile deriva delle altre strutture ospedaliere aziendali verso un prevedibile scenario caratterizzato da una progressiva dequalificazione, depotenziando così il valore complessivo della dotazione aziendale. Il nuovo ospedale, infatti, realizzato secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale, decisamente orientato al trattamento dell'acuzie, dotato di un parco tecnologico e di piattaforme produttive di singolare potenzialità erogativa, avrebbe, di fatto, condizionato una struttura reticolare a centro di gravità unico, "ingessato" le situazioni preesistenti e la relativa differenziazione di vocazione già accentuata tra le strutture della rete.

Nell'intento di sostenere strategicamente l'impostazione macro-strutturale indicata, con questo Piano viene confermata, pur con i necessari perfezionamenti ma in assenza di elementi di significativa discontinuità, la scelta di articolare gli stabilimenti ospedalieri aziendali nella seguente configurazione organizzativa:

- Presidio Ospedaliero (PO) di Como
- Presidio Ospedaliero (PO) di Cantù – Mariano Comense
- Presidio Ospedaliero (PO) di Menaggio

Alla luce dei differenziati livelli di attività, della specifica qualificazione del case-mix e delle relative funzioni, l'A.O. intende supportare programmaticamente un forte processo di integrazione reticolare tra i Presidi, le singole strutture ospedaliere e polispecialistiche ambulatoriali ad essi afferenti, allo scopo di

- razionalizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione;
- aumentare la capacità attrattiva di ciascuna struttura coinvolta, mediante l'ampliamento dei punti di contatto con il potenziale utente che può accedere ai servizi attraverso uno qualsiasi dei diversi punti della rete;
- favorire la riprogettazione ed integrazione coordinata dei processi assistenziali e sanitari, attraverso la definizione all'interno del network aziendale dei possibili percorsi utilizzabili dal paziente per fruire dei servizi offerti;
- garantire con sempre maggiore efficienza i processi di continuità assistenziale ospedale - territorio e il consolidamento di relazioni positive con gli stakeholders (Istituzioni locali, Associazioni di Volontariato, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera Scelta, etc...)

Posizionamento strategico dei Presidi e riqualificazione dell'offerta aziendale

Il PO di Como per livello di complessità, flessibilità funzionale, standardizzazione delle attività e disponibilità di un parco tecnologico avanzato, assume fisiologicamente, pur in presenza di una specifica conformazione generalista, l'identità di struttura di riferimento all'interno della rete, avuto particolare riguardo alla dimensione organizzativa, al trattamento delle urgenze, alla specifica vocazione in ambito oncologico e alla gestione di attività ad elevata specializzazione. Il "Process Management" rappresenta uno strumento di governo clinico particolarmente adeguato all'attuale fase organizzativa dell'Ospedale Sant'Anna di Como. Una visione dell'organizzazione caratterizzata da un'attenzione crescente all'integrazione e all'interazione tra le diverse componenti professionali operanti a livello aziendale, rappresenta il prerequisito per una razionale gestione dell'attività produttiva che si concentra lungo l'asse dei processi. Sulla base di questi principi, nel corso del biennio 2011-2012, sono stati perfezionati i criteri clinico – assistenziali e organizzativi finalizzati a ridefinire l'aggregazione delle UU.OO. chirurgiche nei 3 settori di degenza e nel contempo è stato ulteriormente rivisitato l'assetto dell'area internistica. La riorganizzazione, nel suo complesso, ha realizzato:

- l'aggregazione delle UU.OO. per aree funzionali omogenee;
- una differenziata linea di attività per la "chirurgia d'urgenza" e la "chirurgia programmata" (con il raddoppio della disponibilità dei posti letto, da 20 a 40, per la prima e il sostanziale mantenimento della dotazione di letti di degenza ordinaria per la chirurgia in elezione);

la realizzazione, contestuale alle unità di degenza ordinaria medica ad alta complessità assistenziale (high care), con elevato assorbimento di risorse, di un'area di degenza a bassa complessità assistenziale e ridotta intensità di cura (inizialmente low care e successivamente sub acuti) finalizzate al completamento del ciclo diagnostico-terapeutico dei pazienti post acuti con costi complessivamente inferiori.

Dopo questa fase di ulteriore consolidamento del modello per intensità di cura e complessità assistenziale, le linee di attività del PO Sant'Anna di Como risultano essere così strutturate:

□ Ruolo di filtro del Dipartimento Emergenza Rianimazione e Anestesia (DERA)

Stratifica il paziente e lo invia al livello di cura più appropriato. Definisce le modalità di utilizzo dei p.l. OBI – Medicina per acuti.

□ Linea della Chirurgia in urgenza

Linea di attività che comprende i ricoveri chirurgici con accesso dal Dipartimento di Emergenza Rianimazione e Anestesia.

□ Linea della Chirurgia programmata

Include tutti i ricoveri chirurgici che fanno seguito ad una programmazione e ad una valutazione che avviene prima del ricovero ospedaliero (attività di pre-ricovero). Comprende anche la Week Surgery (modalità clinico – organizzativa di differenziazione dei ricoveri chirurgici con una degenza limitata ai 5 giorni lavorativi della settimana).

□ Linea della High - Care medica

Ricoveri di tipo medico con necessità di cura continuata nelle 24 ore, che richiedono un' alta intensità clinico - assistenziale.

□ Linea della degenza diurna

Include il Day Hospital e la Chirurgia di un giorno (Day Surgery).

□ Linea della degenza pazienti sub acuti

Ricoveri caratterizzati da una presa in carico continuata nelle 24 ore di pazienti che richiedono assistenza a più bassa intensità.

□ 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, etc...).

□ Percorso nascita

E' la linea di attività che comprende i servizi per la gravidanza, il parto, l'assistenza alla madre e al neonato. Avviato a seguito del mantenimento del "punto nascita" presso il PO di Como, ulteriormente qualificato dall'attivazione h24 del servizio di parto analgesia, con attività del percorso comunque presenti anche a Cantù (Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, attività ambulatoriali).

□ Linea Riabilitativa

Linee di attività estremamente utili per decomprimere le aree di degenza mediche e chirurgiche consentendo di dimettere precocemente quei pazienti che hanno ottenuto un inquadramento diagnostico e terapeutico adeguato, una stabilizzazione delle condizioni cliniche e che necessitano di trattamenti riabilitativi. In estrema sintesi, in esito al processo di riorganizzazione, la degenza del PO Sant'Anna è suddivisa in: Terapia Intensiva e sub intensiva (Intensive Care) Degenza medica e chirurgica ad alto grado di assistenza (High Care) Degenza chirurgica < 5 g. (Week Surgery) Degenza diurna (Day Hospital – Day Surgery) Degenza a basso grado di assistenza (Sub Acuti).

Il PO di Cantù – Mariano Comense, è complessivamente dotato, nello stabilimento ospedaliero "S. Antonio Abate", di servizi diagnostici, internistici, chirurgici e di strutture adeguate all'emergenza, in grado di soddisfare volumi di domanda sanitaria appropriati e garantire una soddisfacente qualità del servizio, si caratterizzerà ulteriormente in termini di flessibilità funzionale (stabilizzazione delle attività di ricovero e cura in una cornice operativa orientata all' intensità di cura e complessità assistenziale, sviluppo della "week surgery" in ambito chirurgico e dei modelli assistenziali di day hospital – day surgery, trattamento di pazienti sub acuti, espansione delle attività ambulatoriali). Il Polo Riabilitativo "Felice Villa" di Mariano Comense sarà oggetto di una mirata strategia di sviluppo e riqualificazione dell'area di propria pertinenza clinica e dell' offerta ambulatoriale,

sostenuta dal collante organizzativo delle articolazioni dipartimentali aziendali. Il PO di Menaggio, pure in presenza di oggettive difficoltà di collegamento con Como, consoliderà con maggiore decisione il proprio profilo vocazionale di presidio di “prossimità” coerentemente orientato a soddisfare i bisogni sanitari espressi dal bacino territoriale di riferimento. E’ prevista, inoltre, l’attivazione di progetti sperimentali, condivisi con l’ASL di Como, orientati al raggiungimento di un più efficace raccordo tra la struttura ospedaliera e la medicina territoriale.

Piattaforme polispecialistiche ambulatoriali e rete extra-ospedaliera dei servizi sanitari aziendali

La Direzione Attività Cliniche del Territorio (DACT), SC di produzione, svolge attività di direzione, sotto il profilo gestionale e igienico-organizzativo, delle piattaforme produttive ambulatoriali polispecialistiche extra-ospedaliere (n.14 strutture poliambulatoriali, n.9 centri prelievi, rete di assistenza territoriale DSM, articolazioni operative afferenti ad altre U.O./Dipartimenti). Presiede la linea di offerta “outpatients” che aggrega le attività per utenti non ricoverati e comprende sia le prestazioni ambulatoriali più semplici, che percorsi coordinati anche con il coinvolgimento di risorse di più elevata complessità. La DACT assicura il coordinamento della Medicina Specialistica Convenzionata, favorendo l’integrazione delle diverse branche con le SS.CC. di riferimento in ambito ospedaliero, anche ai fini del contenimento dei tempi di attesa, attraverso l’armonizzazione gestionale e l’ibridazione organizzativa dei seguenti modelli:

- “integrazione orizzontale” per “percorsi diagnostico-terapeutici” (PDT), in sinergia con il livello dipartimentale;

- “integrazione verticale” per “specialità”, interazione organizzativa diretta con le SS.CC. ospedaliere omogenee per disciplina.

Tra le azioni di governo dell’asset delle strutture di erogazione extra-ospedaliere, la DACT tende, in particolar modo, a garantire:

- la riorganizzazione dell’assistenza specialistica ambulatoriale, privilegiando quei cluster di offerta che si rivelino efficaci nella risposta alla domanda di prestazioni sanitarie espresse dal territorio, in un contesto di crescente razionalizzazione delle risorse a disposizione;

- il perfezionamento dei livelli di flessibilità erogativa, avuto particolare riguardo all’attività ambulatoriale effettuata sia in ambito territoriale presso strutture polispecialistiche, sia in contesti geografici decentrati o disagiati, e periferici rispetto al focus produttivo dell’azienda;

- l’appropriato utilizzo della potenziale flessibilità produttiva della specialistica convenzionata, in particolare per quanto riguarda le seguenti variabili:

  - volumi/tipologie di prestazioni (prime visite, follow up, urgenze differibili)

  - ambiti fisici di erogazione (ambulatori, strutture polispecialistiche, punti prelievo)

  - orari.

La DACT, inoltre, promuove modalità di cooperazione con attori organizzativi esterni all’azienda (MMG, PLS, Istituti sanitari e assistenziali...) in una logica di partnership con gli stakeholders locali e assicura l’erogazione delle prestazioni sanitarie all’utenza ristretta nella Casa Circondariale di Como.

Governance unificata e reti aziendali

In estrema sintesi, il modello organizzativo descritto nel presente POA prevede una rete ospedaliera a governance unificata che si articola su più livelli: una realtà “ad elevata complessità clinico-assistenziale” (PO Como), presidio sede di DEU, in grado di coniugare un crescente livello di specializzazione su diffuse branche cliniche con una consolidata disponibilità generalista e le strutture a carattere “zonale” (PO Cantù), a vocazione tendenzialmente “monospecialistica” (Mariano Comense) e di “prossimità” (PO Menaggio). La Direzione Attività Cliniche del Territorio, infine, facilita la proiezione delle attività specialistiche delle strutture ospedaliere, in pratica la loro “domiciliazione”, nel bacino territoriale di riferimento e il governo della piattaforma specialistica poliambulatoriale extra-ospedaliera. La rete dei servizi si svilupperà privilegiando la logica del network di patologia e i tre presidi ospedalieri si avvarranno dell’organizzazione dipartimentale, quale strumento principale di integrazione e di governo clinico a livello aziendale. Nella piena consapevolezza che tutte le strutture ospedaliere aziendali assumono la funzione di indispensabile fattore di assicurazione per i cittadini e offrono un contributo difficilmente sostituibile alla qualità di vita in ambito locale, le linee di programmazione aziendale contenute in questo POA puntano a

contemperare peculiarità territoriali, la necessità di assicurare poli sanitari di elevata qualità e una complessiva sostenibilità di sistema. Inoltre, si esprime l'auspicio che la ricomposizione delle aspettative e degli interessi degli attori istituzionali interessati possa essere pienamente realizzata tramite la costruzione di sinergie e fattori collaborativi a livello territoriale, valorizzando esigenze di natura localistica in una razionale dimensione progettuale. Anche per tali ragioni, oltre a quelle in precedenza indicate, si ritiene che il profilo macro-progettuale adottato, espressione di una temperata contaminazione dei modelli di riferimento "hub & spokes" e "poli/antenne", sia il più adeguato per la specifica realtà dell'A.O. Ospedale Sant'Anna di Como e consenta di presidiare, inoltre, nodi critici e opportunità di ulteriore differenziazione della rete, quali:

- il contesto dell'offerta, non solo provinciale, che espone l'A.O. Ospedale Sant'Anna di Como ad una robusta pressione competitiva relativa a più di un segmento del proprio profilo produttivo in elezione;

- il posizionamento territoriale delle strutture aziendali e la possibilità di implementare una strategia di sviluppo parzialmente "complementare" delle vocazioni produttive delle stesse, grazie al collante assicurato dall'organizzazione dipartimentale;

- la territorializzazione delle attività a limitato contenuto/impatto specialistico e tecnologico, conseguente ad una revisione dei percorsi di cura e all'implementazione di posti letto dedicati a pazienti subacuti.

Con il termine "struttura" si identifica una articolazione aziendale alla quale viene attribuita la responsabilità di risorse umane, tecnologiche ed economico-finanziarie. La struttura costituisce un "centro di responsabilità" e il responsabile di struttura partecipa al processo di budgeting con ruolo differenziato a seconda del livello ricoperto nell'organizzazione. Le attività di supporto alla attività di programmazione e governo dell'Alta Direzione sono state ridefinite in specifiche funzioni di Staff. Queste sono indicate nel Piano e non si configurano direttamente con un proprio stabile organigramma, ma sono assegnate a Uffici o strutture aziendali di ambito Amministrativo o Sanitario individuati dalla Direzione. Il rinnovato assetto aziendale prevede una rilettura dei profili operativi dei servizi sopra indicati, al fine di perseguire, con sempre maggiore efficacia, gli obiettivi aziendali e di sistema regionale. Viene, inoltre, introdotto il profilo organizzativo attinente ai "Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti" (GOIP) per il governo di specifici progetti di natura clinica e di interesse aziendale che, per la loro realizzazione, richiedono il coinvolgimento di più aree sanitarie e/o piattaforme produttive.

## *PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA*

Obiettivi strategici:

### *Principio generale di trasparenza*

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 .

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 un'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.

In tale direzione, il presente documento si propone di dare attuazione alla disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione sia di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

S'intende perciò, con il presente Piano 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 ed aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici: direttamente collegato al ciclo della performance anche grazie alla partecipazione dei portatori di interesse (stakeholder).

Il presente documento viene redatto, dall'U.O. Affari Generali e Legali, sulla base delle Linee guida e delle Direttive emanate dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza ( CIVIT ) di cui alla Delibera n. 50/2013, nonché dei D.lgs 33/2013 e 39/2013, e contiene un elenco chiaro di tutte le categorie di dati e dei contenuti specifici che devono essere pubblicati nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". sul sito internet dell'Azienda

[www.hsacomo.org](http://www.hsacomo.org)

### *Accesso civico*

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati, comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione .

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione obbligata alla pubblicazione.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto . Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9-bis della legge 7 agosto 1990, n. 241.

### *Qualità delle informazioni*

Le pubbliche amministrazioni garantiscono 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 .

### *Dati aperti e riutilizzo*

Il documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico costituiscono dati di tipo aperto ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e sono liberamente riutilizzabili secondo la normativa vigente senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

#### *Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione*

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

I documenti contenenti altre informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati 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

#### *Accesso alle informazioni pubblicate nei siti*

Ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, nella home page dei siti istituzionali è collocata un'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente", al cui interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente " .

Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i documenti, le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio, collocate e debitamente segnalate nell'ambito della sezione "Amministrazione trasparente" . I documenti possono essere trasferiti all'interno delle sezioni di archivio anche prima della scadenza del termine.

#### *Programma triennale per la trasparenza e l'integrità*

Ogni amministrazione adotta un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire sia un adeguato livello di trasparenza, che la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità .

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 . Le misure del Programma triennale sono collegate, sotto l'indirizzo del Responsabile, con le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione. A tal fine, il Programma costituisce di norma una sezione del Piano di prevenzione della corruzione .

Gli obiettivi indicati nel Programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, definita in via generale nel Piano della performance .

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali .

Le amministrazioni pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance .

Ai fini della riduzione del costo dei servizi, dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché del conseguente risparmio sul costo del lavoro, le pubbliche amministrazioni provvedono annualmente ad individuare i servizi erogati, agli utenti sia finali che intermedi, ai sensi dell'articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279. Le

amministrazioni provvedono altresì alla contabilizzazione dei costi e all'evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché al monitoraggio del loro andamento nel tempo, pubblicando i relativi dati .

Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n . 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica .

Nell'ambito del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità sono specificate le modalità, i tempi di attuazione, le risorse dedicate e gli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative.

Ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale nella sezione:

« amministrazione trasparente » :

a) il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed il relativo stato di attuazione ( a cura del Responsabile per la Trasparenza nella sezione del sito: Disposizioni Generali – Programma);

b) il Piano e la Relazione di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n .150; ( a cura dello Staff Pianificazione, programmazione e controllo nella sezione del sito: Disposizioni Generali – Programma e nella sezione Performance);

c) i nominativi ed i *curricula* dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione e del Responsabile delle funzioni di misurazione della performance di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009; ( a cura dell'U.O. Risorse Umane nella sezione del sito: Personale – OIV e Responsabile misurazione performance);

d) i *curricula* e i compensi dei soggetti titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza, nonché i *curricula* di titolari di posizioni organizzative, redatti in conformità al vigente modello europeo. ( a cura dell'U.O. Risorse Umane nella sezione del sito: Personale – Dirigenti e Posizioni organizzative);

e) le retribuzioni dei dirigenti, con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato . . ( a cura dell'U.O. Risorse Umane nella sezione del sito: Personale – Dirigenti);

*Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale*

*(da pubblicarsi nella sezione del sito in Disposizioni Generali – Atti Generali mediante link di rinvio).*

Fermo restando quanto previsto per le pubblicazioni nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e dalle relative norme di attuazione, le pubbliche amministrazioni pubblicano sui propri siti istituzionali i riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che ne regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività. Sono altresì pubblicati le direttive, i programmi, le istruzioni, le circolari 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 le riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse, ivi compresi i codici di condotta, nonché gli Statuti e alle norme di legge regionali.

*Dati da pubblicare e modalità di pubblicazione*

La sezione dei siti istituzionali denominata "Amministrazione trasparente" deve essere organizzata in sotto sezioni all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dalla norma .

Le sotto-sezioni di primo e secondo livello e i relativi contenuti sono indicati nell'Allegato al presente documento.

La sezione "Amministrazione trasparente" deve essere organizzata in modo 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.

L'obiettivo di questa organizzazione è l'associazione univoca tra una sotto-sezione e uno specifico in modo che sia possibile raggiungere direttamente dall'esterno la sotto-sezione di interesse .

A tal fine è necessario che i collegamenti ipertestuali associati alle singole sotto-sezioni siano mantenute invariate nel tempo, per evitare situazioni di "collegamento non raggiungibile" da parte di accessi esterni .

L'elenco dei contenuti indicati per ogni sotto-sezione sono da considerarsi i contenuti minimi che devono essere presenti nella sotto-sezione stessa. In ogni sotto-sezione possono essere comunque inseriti altri contenuti, riconducibili all'argomento a cui si riferisce la sotto-sezione 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 sotto-sezioni 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 deve comunque poter accedere ai contenuti di interesse dalla sezione "Amministrazione trasparente" senza dover effettuare operazioni aggiuntive .

Tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno: autore, data periodo di aggiornamento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi.

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 sarà mantenuta secondo le linee guida di volta in volta emanate.

### *Usabilità dei dati*

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono cioè corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente

Si dovrà aver riguardo all'eliminazione di quelli che sono individuati come ostacoli all'usabilità dei dati che sono:

1. la frammentazione, ovvero la pubblicazione in punti diversi del sito di dati che, se pubblicati unitariamente, potrebbero essere effettivamente comprensibili e fornire ai cittadini un valore aggiunto di conoscenza sulla struttura o sul funzionamento dell'amministrazione. La frammentazione dei dati impedisce, inoltre, a meno di operazioni complesse e dispendiose, in termini di tempo, da parte dell'utente, di poter effettuare comparazioni o calcoli aggregati

2. La natura tecnica dei dati (ad es. dati finanziari e bilanci). In tal caso, ogni amministrazione dovrebbe avere cura di selezionare i dati e di elaborarli in informazioni il cui significato sia chiaro ed accessibile anche da parte di cittadini e utenti privi di particolari conoscenze specialistiche

Aggiornati	Per ogni dato l'amministrazione deve indicare la data di pubblicazione e di aggiornamento, il periodo di tempo a cui si riferisce. Le amministrazioni devono organizzarsi in modo che l'aggiornamento dei dati e delle informazioni sia tempestivo
------------	--

Tempestivi	La pubblicazione dei dati deve avvenire in tempi tali perché possa essere utilmente fruita dall'utente (nel caso, ad esempio della pubblicazione di bandi di concorso o di gara e, più in generale, di dati ed informazioni relativi a fasi di procedimenti in corso di svolgimento)
------------	--

Publicati in formato aperto Al fine del benchmarking e del riuso, le informazioni e i documenti è opportuno siano pubblicati in formato aperto, unitamente ai dati quali “fonte”, anch’essi in formato aperto (XML, ODF, ecc.), corredati da file di specifica (XSD, ecc.) e raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate

### Collegamenti con il Piano della Performance

La trasparenza è connaturata con la performance organizzativa delle pubbliche amministrazioni, così come indicato nella Delibera CIVIT n. 150/2010 “La pubblicità dei dati inerenti all’organizzazione e all’erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell’ottica di fondo del “miglioramento continuo” dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).”

Il Programma triennale della trasparenza, pertanto, si pone in relazione al ciclo di gestione della performance prevedendone la piena conoscibilità di ogni componente, dal Piano della performance allo stato della sua attuazione.

Nello specifico, la trasparenza delle informazioni relative alla performance è praticamente realizzata attraverso la pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente dei seguenti documenti di importanza strategica:

- Piano della Performance che costituisce un documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si basa la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa;
- Relazione sulla Performance che rappresenta a consuntivo i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse preventivate, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell’anno.

### Coinvolgimento di Uffici e Dirigenti

La Direzione strategica impartirà indirizzi ed istruzioni, con modalità dettagliate, affinché tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l’attuazione del Piano;

Al riguardo saranno oggetto di tali istruzioni anche sistemi sinergici di comunicazioni finalizzate all’assolvimento degli obblighi correlati alle funzioni dei dirigenti di livello generale in tema di prevenzione della corruzione introdotti dalle modifiche al testo dell’art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, di cui al d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e il d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. n. 135 del 2012, in base al quale sono state introdotte specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. Infatti i dirigenti di ufficio dirigenziale generale *l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell’ufficio cui sono preposti. l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l’individuazione delle attività nell’ambito delle quali e’ più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo. l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali e’ più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

L’aggiornamento del presente Piano, sulla base degli indirizzi ed istruzioni sopramenzionate dovrà avere le caratteristiche dell’effettività e della dinamicità e deve essere debitamente documentato in modo da garantire la tracciabilità delle valutazioni operate.

Salvo ulteriore implementazione nonché eventuali correttivi scaturenti dall'attività sopradescritta, nell'ambito dei flussi informativi tra i Responsabili di U.O. e la Direzione e il Responsabile della prevenzione della corruzione, sono previste le linee di riporto seguenti:

- continuativa nell'ambito dell'informativa sull'esercizio delle deleghe conferite;
- almeno semestrale, relativamente all'attività svolta, mediante segnalazione statistica e comunicazione dell'esito delle verifiche sulla stessa;
- immediata, ove risultino accertati fatti di particolare significatività;

inoltre

- ciascun Responsabile comunica una informativa almeno semestrale sullo stato di attuazione del Piano presso la sua U.O. con particolare riferimento al recepimento dei presidi di controllo, alle procedure di riferimento e alle attività di formazione dedicate;
- il Responsabile preposto alla redazione dei documenti contabili riferisce, su base almeno semestrale, al fine dell'esame dei controlli inerenti la gestione delle risorse finanziarie;
- trimestralmente: i Responsabili degli Affari Generali e legali, delle Risorse Umane, della Gestione degli approvvigionamenti, della Gestione Tecnico patrimoniale, ciascuno per le proprie competenze, trasmettono un report sulla gestione e stato delle vertenze giudiziali e stragiudiziali nonché le valutazioni e i monitoraggi di competenza. Sempre trimestralmente L'U.R.P. trasmette un report sulle comunicazioni e segnalazioni ricevute nonché le valutazioni e i monitoraggi di competenza;
- ciascun Responsabile o dipendente deve segnalare tempestivamente i comportamenti non in linea con i principi del Piano;

Saranno istituiti “canali informativi dedicati” per facilitare il flusso di comunicazioni e informazioni. In particolare, ogni flusso informativo sarà indirizzato alla apposita predisposta casella di posta elettronica.

b) dell'individuazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie che la Direzione preventiverà di mettere a disposizione per l'attuazione del Piano.

Ciascun Responsabile comunica al Responsabile per la prevenzione della corruzione il nominativo del referente dello stesso, nell'ambito dell'Area di competenza,

### Il processo di coinvolgimento degli stakeholder

L'Azienda ha promosso politiche di coinvolgimento dei propri stakeholder, che intende mantenere e potenziare, anche attraverso l'attivazione di nuove forme e strumenti.

E' obiettivo dell'Azienda continuare ad utilizzare in modo sistematico i vari strumenti di ascolto dei cittadini/utenti, di comunicazione e informazione e di coinvolgimento, ponendo il cittadino nella condizione di esprimere la propria opinione sulla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Per i cittadini che vorranno esprimere direttamente i loro feedback, sono messi a disposizione gli indirizzi, i numeri telefonici e i fax delle varie strutture, oltre all'indirizzo di posta elettronica certificata del protocollo dell'Azienda, nonché appositi questionari specifici per i degenti. I dati provenienti dalla elaborazione dei questionari sono diffusi sulla rete intranet aziendale.

Inoltre, è utile segnalare in tema di coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse, la pregnante attività posta in essere dall' Ufficio Relazione con il Pubblico (URP).

L'URP, istituito in attuazione al Decreto Legislativo 29/93, nasce con lo scopo di migliorare la comunicazione con i cittadini e come luogo di incontro tra l'Azienda e il cittadino che può rivolgersi agli operatori dell'URP non solo per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma

anche e soprattutto per avere informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie.

In particolare l'URP svolge le seguenti funzioni:

- Fornisce informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Ospedale; - Raccoglie le segnalazioni dei cittadini: encomi reclami o spunti di miglioramento; - Apre un'istruttoria per ogni segnalazione di disservizio al fine di accertarne le cause e mettere in atto, con la Struttura Qualità di cui è parte, i correttivi necessari a migliorare i processi aziendali; - Fornisce risposta a tutti i segnalanti entro 30 giorni; - Effettua il monitoraggio attivo della qualità percepita attraverso la somministrazione di questionari di gradimento per l'area ambulatoriale e di degenza; - Effettua attività di ascolto e mediazione dei conflitti tra cittadino e professionista.

Termini e modalità di adozione del Programma:

Il Programma sarà adottato mediante provvedimento deliberativo della Direzione Generale e sarà aggiornato costantemente per il triennio 2014 – 2016. Per il successivo triennio sarà adottato un nuovo Programma.

## INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

Le iniziative in argomento prevedono:

- le pubblicazioni del Programma e le comunicazioni dello stesso, come previsto dalle disposizioni normative;
- le pubblicazioni del Programma e le comunicazioni dello stesso, sul sito internet aziendale;
- il coinvolgimento di tutto il personale per la conoscenza e l'attuazione del Piano;
- l'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonché delle prescrizioni contenute nel Piano Triennale;
- l'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
- l'adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal T.U. trasparenza
- l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
- l'adozione di specifiche attività di formazione del personale,
- la previsione di forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

### *Le iniziative della Trasparenza*

L'Azienda al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità (articolo 11, comma 2 del D.lgs. 150/2009), si propone di realizzare le seguenti attività:

INIZIATIVA	DESTINATARI	RISULTATO	RISORSE	TEMPI
------------	-------------	-----------	---------	-------

Organizzazione di incontri in materia di trasparenza e integrità	Tutto il personale	Maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza	Risorse interne	2014/2016
Invio di e-mail personalizzate in base all'ufficio di appartenenza o all'attività svolta sul livello di attuazione del programma e sulle buone pratiche raggiunte	Tutto il personale Stakeholder	Aggiornamento costante rispetto alle iniziative svolte ed ai risultati da raggiungere	Risorse interne	2014/2016
Pubblicazione di contenuti aventi ad oggetto iniziative in materia di trasparenza e integrità anche nella intranet dell'amministrazione	Tutto il personale	Maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza	Risorse interne	2014/2016
Creazione di Sezione FAQ nel sito web aziendale	Personale e cittadini	Coinvolgimento attivo del pubblico eliminando la distanza tra cittadino e Azienda	Risorse interne	2014/2016

#### PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA:

L'individuazione dei dirigenti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati è indicata nel corpo del presente Programma e, specificatamente, nel suo Allegato.

I referenti nominati dai singoli Responsabili di U.O. per la normativa di prevenzione della Corruzione sono gli stessi referenti per la Trasparenza ed ove manchi la nomina specifica da parte del singolo Responsabile di U.O., referente sarà ritenuto lo stesso Responsabile di U.O.

Le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi sono indicate nel corpo del presente Programma e nel suo Allegato.

Strumenti e tecniche dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti saranno rilevabili tramite la rilevazione dell'utilizzo dello strumento dell'Accesso Civico, la cui efficacia è assicurata mediante la sua referenzialità in capo al responsabile.

#### Sistema di monitoraggio sull'attuazione del Programma

All'interno dell'Azienda l'attività di monitoraggio è svolta dal Responsabile della Trasparenza e dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Gli esiti del monitoraggio verranno pubblicati annualmente tramite redazione di un prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma in cui saranno indicati eventuali scostamenti dal piano originario, le relative motivazioni e le nuove azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi.

Il prospetto riepilogativo sarà inviato, prima della sua pubblicazione, al NVP ai fini dell'attività di verifica e attestazione sull'assolvimento degli obblighi della trasparenza riportati nel Programma.

#### *Posta elettronica certificata*

Tra gli adempimenti richiamati nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità rientra la previsione dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata, individuata come uno degli strumenti necessari per l'attuazione dei compiti di trasparenza. L'istituzione della PEC trova il suo fondamento normativo nelle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale, introdotto dal

D. lgs. del 7/3/2005, n. 82, art. 6, c.1, e successivamente integrate dal decreto legge n. 185/2008, articoli 16, comma 10, e 16-bis, comma 5, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 2 del 28 gennaio 2009, e dalla legge n. 69 del 18/06/2009, articolo 34, comma 1, nonché dal D. lgs 30/12/2010, n. 235, che, a norma dell'art. 33 della L. 18/06/2009, n. 69, ha apportato modifiche e integrazioni al suddetto Codice dell'Amministrazione Digitale.

L'Azienda si è dotata di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.hsacomo.org

Tale indirizzo è destinato a ricevere esclusivamente messaggi di posta elettronica certificata che saranno stampati con i relativi allegati per essere protocollati e scansionati come qualsiasi documento cartaceo.

Il servizio è raggiungibile dalla homepage del portale dell'Azienda attraverso un link riportato in fondo alla pagina al centro.

Il servizio PEC garantisce l'avvenuta trasmissione e l'avvenuta consegna di un documento informatico, fornendo al messaggio di posta certificata, qualora sia il mittente che il destinatario utilizzino una casella PEC, lo stesso valore legale della tradizionale raccomandata con a.r.

Sono comunque esclusi dalla procedura di accettazione da PEC tutti i documenti che per disposizione di norma, regolamenti, bandi e avvisi, debbano pervenire nella forma cartacea tradizionale.

*Obiettivi per i successivi aggiornamenti del Piano.*

Aggiornamento degli stakeholder chiave dell'amministrazione e loro coinvolgimento;

Pubblicizzazione di dati ulteriori; ad es. un'analisi delle richieste di accesso ai dati ai sensi della legge n. 241/1990 per individuare tipologie di informazioni che, a prescindere da interessi prettamente individuali, rispondono a richieste frequenti e che, pertanto, possa essere opportuno rendere pubbliche nella logica dell'accessibilità totale.

Fissazione di obiettivi sia organizzativi che individuali in coerenza con il piano Performance;

Controllo flussi posta PEC.

Il Responsabile per la trasparenza è individuato in connessione con la figura del Responsabile per la Prevenzione della corruzione, mediante provvedimento deliberativo della Direzione aziendale.

allegato: elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti

Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità:

Dottor Alessandro Clerici

Azienda ospedaliera Ospedale Sant'Anna

Via Napoleona n. 60 – 22100 COMO

Tel.0315855868 – fax 031 5855833

alessandro.clerici@hsacomo.org