



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2022-2024



INDICE

PREMESSA	<i>pag.3</i>
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	<i>pag.5</i>
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	<i>pag.20</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Valore pubblico</i>	<i>pag.20</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Performance</i>	<i>pag.27</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i>	<i>pag.39</i>
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	<i>pag.75</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Struttura organizzativa</i>	<i>pag.75</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Organizzazione del lavoro agile</i>	<i>pag.93</i>
Sottosezione di programmazione: <i>Piano triennale dei fabbisogni di personale</i>	<i>pag.99</i>
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	<i>pag.109</i>



PREMESSA

Nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, l'art. 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano integrato di attività e organizzazione ha durata triennale e definisce 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"*, con l'obiettivo di sostenere una visione integrata e complessiva delle politiche di programmazione strategica, migliorare la qualità dei servizi per cittadini e imprese, la progressiva reingegnerizzazione dei processi aziendali, anche in tema di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 dell'ASST GAETANO PINI-CTO, ha tenuto conto dei seguenti interventi legislativi:

- art. 6, comma 5, del D. L. n. 80/2021, modificato dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021 che ha previsto l'emanazione, entro il 31 marzo 2022, di uno o più Decreti del Presidente della Repubblica abrogativi dei singoli Piani assorbiti dal PIAO e l'adozione entro il medesimo termine, a cura del Dipartimento della Funzione Pubblica, di un "PIAO tipo", quale strumento di supporto per le P.A.;
- art. 6, comma 6-bis del D.L. n. 80/2021, convertito dalla Legge n.113/2021, così come modificato dall'art. 7 del D.L. 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", che ha prorogato al 30 giugno 2022 il termine di adozione del PIAO precedentemente fissato al 30 aprile 2022 (Decreto Milleproroghe);
- comma 7 bis del suindicato art. 6, introdotto dal D.L. n. 36/2022 che recita *"le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6."*;
- art. 1, comma 2, D.L. n. 36 del 30 aprile 2022 che prevede l'adozione, entro il 30 giugno 2022, di specifiche linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 dell'ASST GAETANO PINI-CTO, d'ora in avanti PIAO, in sede di prima applicazione, è stato redatto:

- in coerenza con le risorse economiche e finanziarie disponibili a seguito dell'approvazione del Bilancio Economico di Previsione 2022, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 14.02.2022;
- in conformità agli indirizzi programmatici di cui al Piano di Organizzazione Strategica Aziendale 2022 -2024, adottato con deliberazione n. 298 del 09.06.2022 e in attesa di approvazione da parte di Regione Lombardia;
- in conformità alle disposizioni di cui alle DGR di Giunta regionale Regione Lombardia 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" e n. XI/6387 del 16.05.2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022".

Il presente Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024 dell'ASST GAETANO PINI-CTO assorbe e declina in modo integrato e coordinato i seguenti Piani:

- a) il Piano della Performance (PP) 2022- 2024, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici in tema di performance individuale ed organizzativa, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 31.01.2022;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, finalizzato alla piena trasparenza dell'attività amministrativa ed alla prevenzione dei fenomeni corruttivi, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 207 del 28.04.2022;
- c) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2021-2023, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 651 del 27.12.2021, successivamente approvato con deliberazione n. 167 del 07.04.2022 che, compatibilmente con le risorse finanziarie ad esso riconducibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e di 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, le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) il Piano organizzativo del lavoro agile disciplinate le modalità di svolgimento dello smart working di cui al regolamento aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 608 del 04.11.2019, in particolare, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, nell'ottica di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi nonché della qualità dei servizi erogati.

Esso è articolato nelle seguenti sezioni e sottosezioni:

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- Sottosezione di programmazione: Valore pubblico
- Sottosezione di programmazione: Performance
- Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa
- Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile
- Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Si precisa, infine, che, nelle more di una regolamentazione organica della materia, a livello nazionale e regionale, che consenta di realizzare nell'ambito del Piano integrato



di attività e organizzazione, una coerente ed efficace integrazione e coordinamento tra i diversi Piani in esso assorbiti, il presente documento, in fase di prima elaborazione, pur non potendo avere compiuta applicazione, rappresenta tuttavia, un primo passo verso un modello di PIAO, descritto al successivo paragrafo 2.1.4 "Strategie e obiettivi di valore pubblico" che l'Azienda si prefigge di realizzare già a partire dal 2023, nell'ottica una visione più integrata di azioni e obiettivi diretti a produrre e incrementare il "Valore Pubblico" dell'ASST.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO

1.1. L'AZIENDA E IL SUO PATRIMONIO

L' ASST GAETANO PINI-CTO è stata costituita in data 01.01.2016 con DGR n. X/4475 del 10.12.2015, per effetto della fusione per incorporazione tra l'ex A.O. Istituto Ortopedico Gaetano Pini ed il Presidio Ospedaliero CTO, afferente, sino al 31.12.2015, alla ex A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, oggi ASST Nord Milano.

È ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Milano, Piazza Cardinal Ferrari, 1 (C.F. e P.IVA 09320530968).

Il logo ufficiale è di seguito riportato:



Il sito web dell'ASST GAETANO PINI-CTO è raggiungibile all'indirizzo <https://www.asst-pini-cto.it/> ed una presentazione della ASST è visibile sulla [pagina Youtube dell'Azienda](#).

Con Decreto del Direttore Generale della Direzione Generale Welfare n. 50 del 07.06.2016 è stato assegnato il patrimonio immobiliare della neo-costituita ASST GAETANO PINI-CTO e, con distinti DD.P.G.R. di assegnazione è stato disposto il trasferimento del personale, dei beni mobili, delle posizioni attive e passive in capo alla disciolta A.O. Gaetano Pini ed al P.O. CTO incorporato.

Si rappresentano sinteticamente i valori più significativi che costituiscono la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica risultante nei Bilanci d'esercizio degli anni 2019 e 2020.

TOTALE ATTIVO STATO PATRIMONIALE:

- Bilancio d'esercizio 2019 = € 139.610.880



- Bilancio d'esercizio 2020 = € 137.468.353

TOTALE PATRIMONIO NETTO

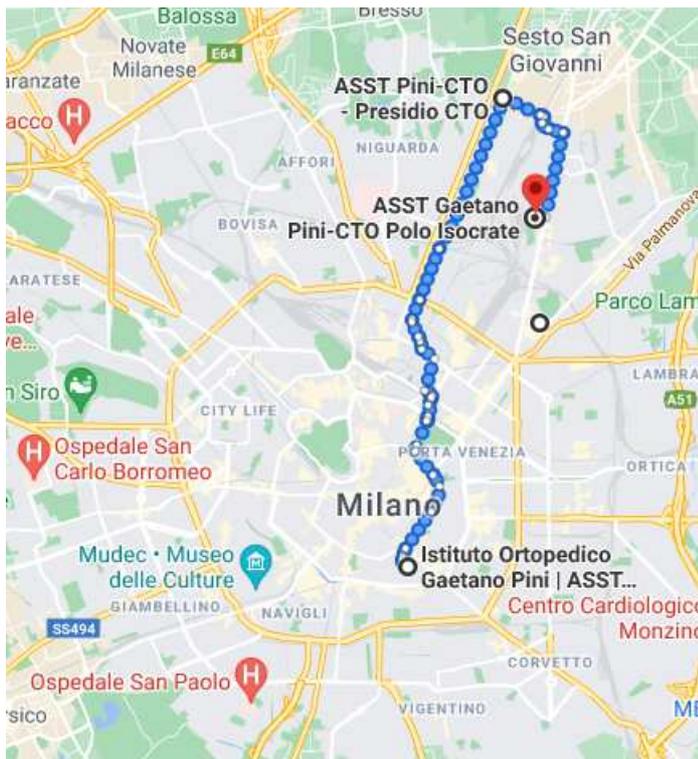
- Bilancio d'esercizio 2019 = € 79.066.283
- Bilancio d'esercizio 2020 = € 76.905.036

VALORE DELLA PRODUZIONE CE

- Bilancio d'esercizio 2019 = € 139.671.488
- Bilancio d'esercizio 2020 = € 132.581.889

1.2. IL POSIZIONAMENTO STRATEGICO

L'ASST GAETANO PINI-CTO si colloca nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano ed eroga i servizi sanitari attraverso le sue tre sedi:



- *Presidio Ospedaliero Gaetano Pini - Piazza Cardinal A. Ferrari, 1 – 20122 Milano*
- *Polo Medicina Fisica e Riabilitazione "Fanny Finzi Ottolenghi" - Via Isocrate, 19 – 20126 Milano*
- *Presidio Ospedaliero CTO - Via Bignami, 1 – 20126 Milano.*



L'ASST GAETANO PINI-CTO svolge una funzione essenziale nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari di Milano con particolare riferimento alla gestione del trauma minore, per il quale soddisfa circa il 40% della domanda, connotando questa realtà come punto di riferimento per la traumatologia ortopedica milanese.

La strategia dei prossimi anni è quindi improntata a creare le condizioni affinché la qualità dei servizi e le capacità di risposta siano sempre più adeguate alle esigenze della popolazione mediante azioni quali la definizione di percorsi di "fast-track" totalmente integrati con il pronto soccorso. La definizione delle "fast track" come modalità di gestione del Pronto Soccorso permetterà di offrire un servizio migliore all'utenza grazie ad un accesso diretto ai servizi specialistici, punto di forza dell'Azienda, generando conseguentemente anche migliori livelli di efficienza e qualità delle prestazioni in elezione.

Questo ruolo cruciale è uno degli spunti di cambiamento che guidano la riprogettazione del modello organizzativo aziendale. Particolare enfasi, è stata perciò posta sul potenziamento dell'area traumatologica ricercando una maggiore integrazione delle attività aziendali, anche grazie al coinvolgimento nel Dipartimento funzionale interaziendale Rete Trauma ed Emergenze tempo-dipendenti (DRT). Con la neo-costituita UOC Ortopedia/Traumatologia d'Urgenza si intendono definire percorsi clinico-assistenziali sinergici e adeguati ad una presa in carico appropriata e standardizzata, anche attraverso lo sviluppo di un modello di presa in carico del paziente urgente attraverso linee definite e specialistiche.

La seconda grande peculiarità che si evince dalle attività svolte dalla ASST e dal loro posizionamento nell'ambito del sistema sanitario lombardo è la forte specializzazione negli ambiti ortopedico, reumatologico, neurologico e riabilitativo. L'orientamento strategico dell'Azienda mira quindi a valorizzare queste eccellenze attraverso azioni che da un lato permettano il buon funzionamento organizzativo e dall'altro vadano a generare concrete modalità per sostenere nel tempo questa stessa specializzazione. Sotto il profilo organizzativo ciò significa individuare unità organizzative specialistiche dove l'orientamento e le competenze presenti siano fortemente orientate allo specifico settore di intervento così da generare competenze distintive capaci, nei singoli segmenti, di essere leader e rispondere in modo adeguato a tutta quella domanda di particolare complessità.

L'area reumatologica rappresenta un elemento distintivo della ASST GAETANO PINI-CTO sia legato alla sua storia, essendo il Pini storicamente uno dei padri della reumatologia italiana, sia legato all'apporto attuale e futuro che quest'area fornisca sia in termini di cura che in termini di ricerca alla ASST. La scelta di investire sullo sviluppo della Reumatologia, riconoscendone l'importanza nell'ambito dell'offerta regionale sia per il primo accesso ai servizi sia per la presa in carico, è evidente anche nella scelta di valorizzare l'unità di Osteoporosi e Malattie Metaboliche, struttura di



riferimento a livello nazionale, che si evolve da struttura semplice a struttura complessa per meglio rappresentare la complessità clinica e organizzativa gestita.

L'area neurologica è parte integrante e centrale dell'offerta sanitaria della ASST GAETANO PINI-CTO, le complesse attività svolte e il riferimento che questo centro rappresenta a livello regionale e nazionale fanno sì che la strategia della ASST promuova attraverso azioni organizzative adeguate una forte visibilità da un lato e una politica di ricerca di fondi dall'altro. La valenza nazionale riconosciuta al Centro Parkinson aziendale e il suo ruolo primario anche nel campo della ricerca ne rafforzano il ruolo strategico nell'evoluzione dell'offerta sanitaria verso un percorso di "presa in carico del paziente cronico".

Un ulteriore elemento che caratterizza l'ASST GAETANO PINI-CTO è l'attività di riabilitazione. Un obiettivo primario dell'azienda è quello di ricoprire il ruolo di soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi clinico-assistenziali che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscano la continuità del processo medico-riabilitativo fino al collegamento forte con il territorio. La promozione della salute globalmente intesa, la presa in carico dei pazienti complessi, la garanzia della continuità ospedale territorio attraverso la regia a livello aziendale dei percorsi assistenziali sia nella fase post-acuta riabilitativa sia nel loro sviluppo territoriale diventano quindi elementi caratterizzanti l'attività aziendale. Accanto agli obiettivi di qualità, inoltre, devono trovare un opportuno riscontro anche obiettivi di efficienza; ciò genera nella strategia una serie di azioni che hanno come scopo:

- la riduzione delle degenze medie per varie tipologie di interventi così da allinearsi il più possibile con il benchmark di riferimento;
- la presa in carico in modo continuativo dei pazienti nelle fasi chirurgica, post-chirurgica, riabilitativa e territoriale;
- l'utilizzo della telemedicina quale strumento più efficiente ed efficace per le attività di presa in carico.

La strategia di ricerca continua di eccellenza del livello delle attività di ricovero e cura di alta specialità ha un suo sbocco naturale nella forte integrazione con le attività di ricerca che prospettano una naturale evoluzione verso il riconoscimento del carattere scientifico dell'istituto in base a quelle che saranno le indicazioni nazionali sul tema. L'impatto della ricerca traslazionale sulla qualità del percorso di cura, soprattutto in aree dove l'ASST rappresenta un riferimento quali la reumatologia e la neurologia, sarebbe un auspicabile effetto indotto che permetterebbe di generare ricadute positive su tutto il sistema.



1.3. "VISION" AZIENDALE

L'Azienda intende essere un luogo dove l'esercizio della cura, fatta in scienza e coscienza al servizio del paziente, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, anche attraverso la propria capacità di valorizzare e trasferire le conoscenze, tutelando e rendendo fruibile il proprio patrimonio culturale; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

Le parole chiave sono **Innovazione, Ricerca, Formazione e Cura** ed i valori fondanti dell'ASST possono essere così sintetizzati.

- **La centralità del cittadino e la libera scelta del luogo di cura**

L' Azienda offre prestazioni in grado di soddisfare non solo la domanda di salute dell'utente che si rivolge alla Struttura, ma anche la globalità dei suoi bisogni collegati alla tutela della salute e alle prestazioni erogate. L'azienda promuove l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la trasparenza delle informazioni sui tempi di attesa sia per l'attività istituzionale sia per le prestazioni erogate in libera professione.

- **La valorizzazione delle risorse umane e professionali**

L' Azienda favorisce la valorizzazione del contributo professionale per creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la condivisione del sapere.

L'azienda sostiene la formazione continua dei propri professionisti al fine di sviluppare il know-how degli stessi al fine di consentire un'adeguata preparazione del personale impegnato nell'assistenza, nella ricerca, nei servizi di supporto e nella clinica.

- **La sicurezza**

L'Azienda persegue il miglioramento della sicurezza dei pazienti, degli operatori, degli ambienti di lavoro mediante la definizione e l'implementazione di un sistema di gestione del rischio, che prevede l'analisi e rivalutazione sistematica dei suoi risultati, mirati al miglior clima ed al benessere organizzativo.

- **L'innovazione**

Promuovere la spinta propulsiva nei confronti della capacità di creare un cambiamento positivo rispetto all'esistente, facilitando e valorizzando il contributo di ogni collaboratore in una logica di miglioramento continuo e considerando l'azienda come il nodo di una rete che ci vede connessi con i vari *stakeholder* dai quali e con i quali imparare, collaborare, condividere.



● **L'efficienza gestionale**

Capacità di innescare un circolo virtuoso che, a fronte delle iniziative di contenimento dei costi e di riqualificazione della spesa, possa generare risorse per finanziare progetti di sviluppo e di miglioramento

● **La Promozione della legalità**

Promuovere la cultura della legalità in modo che permei in modo stabile la cultura organizzativa aziendale, operando nella prevenzione, nella trasparenza e nella vigilanza.

● **L'integrazione socio-sanitaria** e l'attenzione alla persona e ai percorsi ospedale-territorio.

Costruire un'organizzazione orientata all'approccio "ONE HEALTH", ovvero alla necessità di assicurare ai cittadini la tutela e la promozione della salute globalmente intesa e l'integrazione della dimensione territoriale con quella ospedaliera, volta ad assicurare la presa in carico globale delle persone con patologie croniche e/o fragili e delle loro famiglie.

1.4. "MISSION" AZIENDALE

L'Azienda contribuisce alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sanitarie specialistiche, secondo standard di eccellenza con la finalità di:

- promuovere con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle cure, centrando le politiche aziendali sull'individuo, soggetto di diritti costituzionalmente garantiti;
- garantire servizi sanitari integrati conformi a standard di appropriatezza e di qualità in ottica di continuità assistenziale, sostenibilità, equità con tempi di attesa compatibili al bisogno di salute espresso;
- promuovere lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi in grado di assicurare l'integrazione tra le diverse figure professionali, ospedaliere e territoriali, coinvolte nel percorso di cura, anche attraverso l'adesione a specifiche reti;
- 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;
- valorizzare la didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche, reumatologiche, neurologiche, fisiatriche e riabilitative anche in collaborazione con le Università;
- garantire nella fase post-acuta un tempestivo e appropriato percorso riabilitativo, grazie alla presenza in azienda di un polo di eccellenza dedicato a tali percorsi.



1.5. FINALITÀ E PRINCIPI ORGANIZZATIVI

L'ASST GAETANO PINI-CTO, in ottemperanza alle disposizioni programmatiche contenute nella normativa nazionale e regionale vigente in materia, intende promuovere il miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e la presa in carico della persona.

A tal fine con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024, adottato con deliberazione n. 298 del 09.06.2022, l'ASST GAETANO PINI-CTO intende perseguire i seguenti macro obiettivi considerati di primaria importanza:

- definire il modello organizzativo cui intende dotarsi per le finalità istituzionali;
- definire le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del funzionamento dei propri fattori produttivi, in ottemperanza al piano sanitario regionale;
 - perseguire la migliore appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso il corretto uso delle risorse umane e strumentali in dotazione, compatibili con le previsioni di bilancio;
 - sviluppare sinergie con le Istituzioni accademiche e con le altre Aziende ed Agenzie sanitarie del territorio;
 - qualificare le proprie strutture, i professionisti e i processi di erogazione nei confronti dei propri utenti, per garantire l'affidabilità complessiva dell'Azienda in termini clinici e aziendali nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario;
 - riconoscere che attività di interesse generale, tra le quali i servizi sociali, non sono monopolio dei pubblici poteri ma possono essere svolte da realtà private che non hanno fini di lucro (famiglie, associazioni, fondazioni, cooperative, comitati) secondo il principio della sussidiarietà orizzontale. Nella sussidiarietà orizzontale assume particolare rilievo la comunicazione tra i diversi attori che interagiscono consentendo uno scambio continuo di informazioni utili al sistema. La L.R. 23/2015 si conforma al principio di sussidiarietà orizzontale in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete di offerta. La ASST Pini-CTO si ispira a tale principio promuovendo collaborazioni con attori territoriali, la cui azione risulta complementare alla propria, con l'obiettivo di garantire la cura complessiva della persona e il sostegno nel tessuto sociale;
 - riorganizzare la rete di offerta attraverso la riconversione, la trasformazione e la riqualificazione di posti letto all'interno della stessa area omogenea alla luce dei riferimenti del D.M. n. 70/2015, tenendo come riferimento i valori dell'attività e casistica resa.



1.6. IL CONTESTO ESTERNO

Rapporti con l'utenza

La partecipazione dei cittadini-utenti e dei portatori di interessi (cd. stakeholders) ai processi decisionali dell'Azienda si realizza con il coinvolgimento degli stessi nelle forme di consultazione, partecipazione e comunicazione.

L'ASST ritiene centrale il rapporto con i cittadini-utenti e i loro rappresentanti al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti sul territorio di propria competenza.

Attraverso la consultazione e la partecipazione degli cittadini-utenti l'Azienda potrà attivare processi informativi e comunicativi sul territorio al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci e promuovere percorsi di facilitazione all'accesso dei servizi.

Saranno attivate sul territorio momenti di feed-back dei fruitori dei servizi all'interno dei quali l'ASST svolgerà una verifica del raccordo tra cittadini e sistema dell'offerta.

L'Azienda, tramite gli uffici competenti, governa la pianificazione, la programmazione e l'effettuazione delle indagini di customer satisfaction e, grazie all'ascolto dei cittadini, verifica la qualità dei servizi, il gradimento da parte dell'utenza e collabora all'identificazione ed implementazione dei processi di miglioramento Aziendali.

L'ASST ha quindi come obiettivo prioritario la valorizzazione della persona, vista non solo come destinataria delle prestazioni, ma anche come interlocutrice privilegiata. La valorizzazione del rapporto con l'utenza passa quindi anche dai servizi specifici attivati dall'ASST.

La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi è uno strumento di comunicazione tra l'Azienda e la persona. Un legame fatto di informazione, impegni ed ascolto che permette all'Azienda di crescere erogando servizi migliori offrendo agli utenti tutte le informazioni sulle attività svolte affinché siano meglio conosciute e consentendo loro di controllare e valutare i percorsi assistenziali che vengono offerti.

Essere informato correttamente permette infatti al cittadino di effettuare una scelta consapevole e la Carta dei servizi rappresenta uno degli strumenti per affermare la centralità della persona nel Sistema sanitario.

La carta dei servizi è in formato digitale e diffusa attraverso il sito web.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è un organismo di partecipazione a disposizione dei cittadini per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari. Tenuto conto della trasversalità della funzione rispetto alla organizzazione aziendale l'Ufficio è collocato in staff al Direttore Generale.

L'Azienda, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico:

- assicura l'informazione sugli atti e sullo stato dei procedimenti, sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso ai servizi;
- garantisce la tutela dei diritti del cittadino e riservatezza delle informazioni;



- svolge una funzione di garanzia ai diritti di partecipazione e di tutela dei cittadini e delle loro associazioni collaborando anche con l'Ufficio di Pubblica Tutela;
- promuove le indagini di "customer satisfaction", collocando all'interno dell'Azienda il punto di vista degli utenti;
- redige ed applica la procedura "Gestione reclami ed encomi", attraverso la raccolta di reclami/segnalazioni/encomi da parte degli utenti.
- promuove l'integrazione delle attività di comunicazione interna ed esterna, in sinergia con l'Ufficio Comunicazione;
- collabora con la Direzione Strategica Aziendale nella gestione delle proposte del Volontariato ospedaliero e nel coordinamento delle stesse al fine di facilitare il processo di dialogo e partnership con il Territorio.

L'Ufficio Pubblica Tutela (UPT)

In raccordo con l'URP, è stato istituito con deliberazione n° 72/1999 l'Ufficio di Pubblica Tutela sulla base delle determinazioni della L.R. 31/97, art.11 c. 3. Detto Ufficio è retto, a titolo onorario, da persone qualificate non dipendenti, con eventuale forma consorziata con Uffici similari di Aziende sanitarie limitrofe.

L'UPT è un ufficio autonomo e indipendente, istituito a tutela dei diritti delle persone che accedono ai servizi e alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie. Si occupa di tematiche legate non solo al mancato rispetto della carta dei servizi da parte degli Enti gestori nei confronti del cittadino/utente, ma anche del processo di "presa in carico", dei diritti della persona e della famiglia e dell'accesso alla rete dei servizi.

1.7. RAPPORTI CON GLI ENTI E LE ORGANIZZAZIONI INTERESSATE E CON IL TERRITORIO

L'ASST Gaetano Pini-CTO riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo in conformità all'art. 2 e all'art. 18 della Costituzione.

In particolare, l'Azienda valorizza gli Enti del Terzo Settore (di seguito ETS) quali soggetti giuridici dotati di caratteri specifici rivolti a perseguire il bene comune e a svolgere attività di interesse generale senza finalità soggettive di lucro, sottoposti ad un sistema pubblicistico di registrazione e a rigorosi controlli. L'ASST intende gli ETS quale espressione qualificata dell'iniziativa autonoma dei cittadini associati che, all'interno delle strutture e dei servizi, operano per la realizzazione di attività e iniziative prestate da volontari in modo personale, spontaneo e gratuito.

In coerenza con quanto sopra e in ragione della propria mission, l'ASST promuove forme di collaborazione e di partecipazione che qualificano il volontariato non solo come partner nel servizio e nell'assistenza ai cittadini, ma anche come soggetto attivo nella proposta di iniziative e scelte qualificanti a favore dei soggetti in cura, con altre



forze professionali, sociali e istituzionali, per il conseguimento di obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi e di pieno rispetto della autonomia, della dignità e della libertà delle persone assistite e delle loro famiglie.

In un'ottica di sussidiarietà è riconosciuto il ruolo del volontariato nella sua necessaria funzione complementare e ausiliaria, finalizzata al raggiungimento e consolidamento della buona qualità, dell'efficienza delle attività sociosanitarie, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. In tal senso le attività degli ETS sono regolate da uno specifico regolamento che è non solo ordinatorio, ma è anche orientato alla promozione e allo sviluppo di forme nuove di collaborazione e ascolto del volontariato.

L'ASST accredita gli ETS al proprio Registro Aziendale dedicato agli ETS e successivamente sottoscrive delle convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi di interesse generale a garanzia che le attività siano:

- rispettose delle funzioni, delle finalità, delle attività e dell'organizzazione dell'ASST e coerenti con gli statuti degli ETS;
- complementari e non sostitutive dei servizi di competenza dell'Azienda stessa e rivolte a tutti i pazienti assistiti all'interno delle unità operative;
- caratterizzate dall'assenza di fini di lucro e idonee a prevenire ed evitare situazioni di conflitto di interessi.

L'ASST promuove e sviluppa la partecipazione di tali organizzazioni alla programmazione aziendale attraverso il proprio tavolo posto in capo alla Direzione Socio Sanitaria.

Tali soggetti possono infatti giocare un ruolo di partner nella gestione del Welfare favorendo la lettura del bisogno e la costituzione di un sistema di risposta che possa anche favorire la partecipazione della società civile e dei cittadini.

1.8. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

L' ASST GAETANO PINI-CTO è parte della rete formativa del polo universitario dell'Università degli Studi di Milano – La Statale (UNIMI) e sede della Scuola di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia di UNIMI e della Scuola di Specializzazione di Reumatologia di UNIMI.

L' Azienda intrattiene rapporti con diverse Istituzioni Accademiche, in particolare con l'Università degli Studi di Milano – La Statale (UNIMI) e l'Università degli Studi di Milano Bicocca (UNIMIB), i cui rapporti sono disciplinati da specifica convenzione, stipulata sulla base dello schema concordato tra Regione e Università, di cui agli art. 29 e 31 della Legge 33/2009.

Al fine di garantire l'integrazione delle attività di assistenza con quelle di didattica e di ricerca, nel rispetto delle reciproche finalità e autonomie gestionali, l'Azienda e le



Università si impegnano a individuare forme congiunte di programmazione e indirizzo attraverso specifici rapporti di collaborazione.

Azienda e Università fanno parte di un complesso sistema di relazioni che coinvolge le Unità Operative di diagnosi e cura di tutti i Dipartimenti sanitari e vede impegnati gli studenti dei Corsi di laurea di Medicina e chirurgia, delle Scuole di Specializzazione, delle professioni sanitarie e dei Corsi di perfezionamento.

L'Azienda vuole accompagnare i giovani medici in un percorso formativo di qualità ed impegno, mettendo a disposizione l'esperienza e le professionalità di cui dispone. Riconosce il ruolo strategico che rivestono lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e l'innovazione e ne ribadisce l'importanza per la formazione dei professionisti di oggi e di domani.

La ricerca rappresenta ambito privilegiato di collaborazione con le Università, strategico sia nelle sperimentazioni cliniche sia nello sviluppo di nuove tecnologie.

1.9. RAPPORTI CON LA REGIONE

L'autonomia dell'Azienda si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatori regionali, finalizzati alla tutela del diritto alla salute del cittadino.

Regione Lombardia, anche attraverso i POAS, individua e promuove le azioni utili per il conseguimento dei principi su cui si fonda la legislazione regionale, così come rinnovata dalla L.R. 22/2021, con particolare riferimento a:

- garantire l'approccio One-Health finalizzato ad assicurare globalmente la promozione e la protezione della salute;
- assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso;
- favorire l'appropriatezza clinica ed economica;
- garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;
- incentivare la responsabilità e la consapevolezza della persona e della sua famiglia nel percorso di cura in ottica di "empowerment del paziente";
- contemplare anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi;
- garantire una adeguata integrazione con l'ambito del sociale.

L'Azienda recepisce ed attua gli indirizzi di programmazione strategica regionale e partecipa attivamente alla realizzazione e gestione della rete d'offerta sanitaria e socio-sanitaria. A tal fine l'Azienda coopera con ATS per il perseguimento dei LEA sul territorio di propria competenza.



1.10. RAPPORTI CON LE PARTI SOCIALI

Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità, è ordinato in coerenza all'obiettivo di contemperare l'esigenza di incrementare efficacia ed efficienza dei servizi erogati con l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale dei collaboratori.

Orientano le relazioni sindacali principi generali di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti, in un'ottica volta alla prevenzione dei conflitti in sede negoziale, piuttosto che alla gestione di procedure contenziose.

L'Azienda valorizza gli spazi di autonomia riconosciuti in sede nazionale alla contrattazione integrativa locale nel rispetto dei vincoli di bilancio quali risultanti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale, promuovendo soluzioni condivise che contemperino equamente le diverse istanze di cui sono portatrici le parti.

I rapporti con le Organizzazioni Sindacali sono formalizzati in sede di contrattazione integrativa aziendale con le aree interessate sia in ordine alla composizione delle rispettive delegazioni trattanti, sia con riguardo ai diversi livelli di relazione.

2. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

2.1. LA STRUTTURA AZIENDALE

La connotazione iper-specialistica che caratterizza le aree di attività ortopedica, traumatologica, reumatologica, neurologica e riabilitativa dell'ASST GAETANO PINI-CTO rappresenta un elemento sostanziale nella promozione di un approccio integrato fra discipline, processi e presidi differenti. Tale approccio è orientato alla definizione di alti standard di assistenza e cura e prevede anche il coinvolgimento di attori che agiscono al di fuori del perimetro organizzativo al fine di garantire il soddisfacimento qualitativo e quantitativo dei bisogni di salute della popolazione (One-Health).

L'Azienda, con il POAS 2022-2024, adottato con deliberazione del Direttore generale n. 298 del 09.06.2022, in attesa di approvazione da parte di Regione Lombardia, consolida perciò il suo percorso strategico di integrazione orientato all'affermazione di un'organizzazione unica ed integrata che differisce dalla semplice sommatoria dei diversi presidi e strutture che la costituiscono. Pertanto, la struttura aziendale è progettata in modo funzionale al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda non solo attraverso l'insieme delle responsabilità definite attraverso linee gerarchiche, ma anche attraverso l'assunzione di responsabilità da parte di gruppi di professionisti, che perseguono le finalità dell'istituzione interagendo e collaborando anche in modo informale, per la realizzazione di progetti e obiettivi condivisi.



Tale modello organizzativo è più funzionale anche nella dimensione socio-territoriale dell'azienda, il quale deve tener conto dell'esigenza di condivisione delle risorse produttive e del superamento della frammentazione nonché della distinzione tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario, e ciò al fine di addivenire ad un perimetro organizzativo unitario di erogazione dei servizi, particolarmente attento ai bisogni del paziente attraverso il governo di processi orizzontali di raccordo tra tutti i servizi aziendali.

Nell'attuazione della L.R. 23/2015 e della L.R. 22/2021 nella finalità di attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita, attraverso un approccio globale di protezione e promozione della salute, nella visione organizzativa aziendale si promuove l'integrazione tra differenti professionisti e differenti unità organizzative, compiendo una riflessione sugli indirizzi dei servizi, promuovendo una cultura che impegna, al di là delle differenze di ruolo, tutte le scelte strategiche aziendali rivolte alla presa in carico e all'assistenza delle persone croniche e fragili, curandone l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso la reingegnerizzazione dei processi aziendali secondo l'approccio centrato sul paziente nel percorso di presa in carico, in cui le interconnessioni attività/nodi della rete saranno presidiati da strumenti operativi – come la valutazione multidimensionale del bisogno, la progettazione individuale e personalizzata e l'adozione di PDTA per la macro-area della continuità assistenziale – o mediante strutture organizzative a cui saranno demandate le funzioni di governo dei processi operativi.

La struttura della ASST è costruita in modo da garantire flessibilità e per rispondere in modo rapido e appropriato al mutare del contesto normativo 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 dipartimentali
- strutture semplici

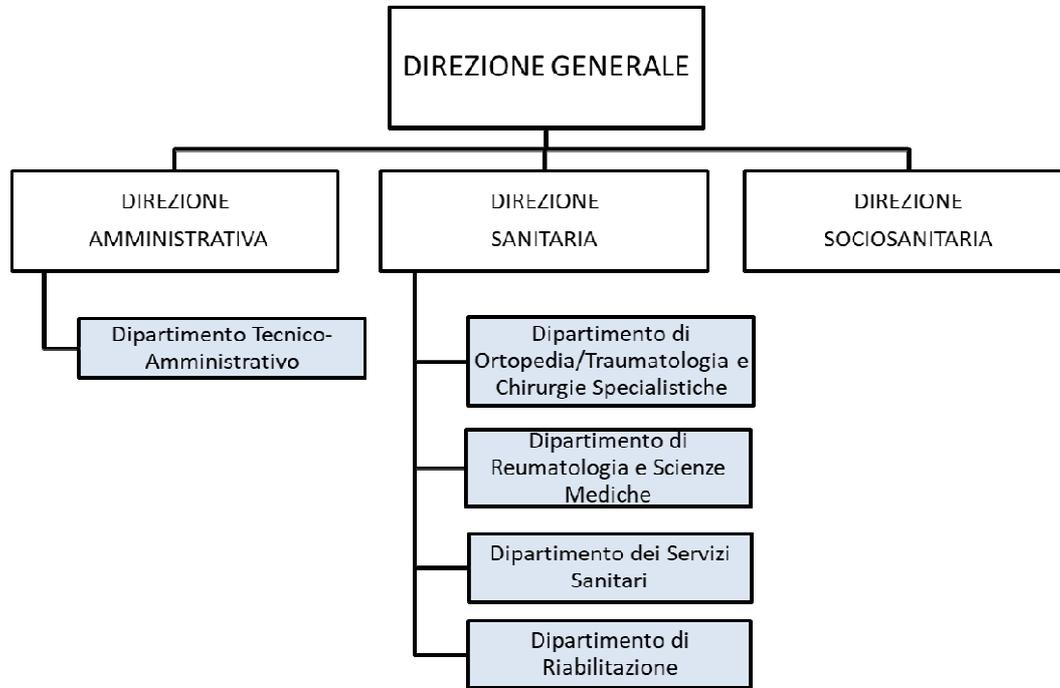
2.2. LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

Sono componenti della Direzione Strategica Aziendale dell'ASST il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore Sociosanitario che coadiuvano il Direttore Generale, ciascuno per la proprio specifica competenza, nelle funzioni di programmazione aziendale dell'attività aziendale e gestione delle risorse; esercitano le funzioni attribuite alle rispettive competenze e concorrono, con la

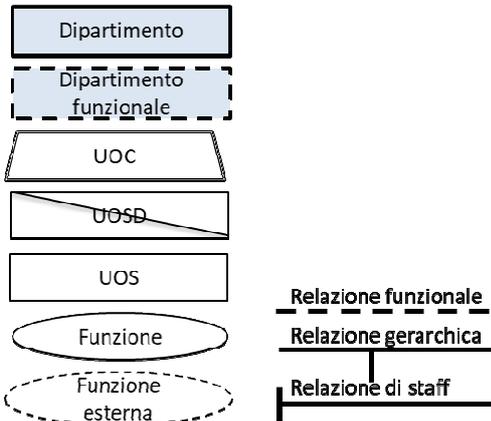


formulazione di proposte e di pareri, alla definizione ed al consolidamento delle linee strategiche.

Organigramma della Direzione Strategica Aziendale



Legenda:



2.3. GLI ORGANI DELL'AZIENDA

Organi dell'Azienda sono:

- il Direttore Generale, di nomina regionale, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quater e Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i e dell'art. 12 della L.R. n. 33/2009 e



s.m.i, che unitamente al Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario costituisce la Direzione Strategica Aziendale;

- il Collegio di Direzione, con funzioni consultive e propositive indicate dall'art. 17 del Decreto Legislativo n. 502/1992 e dall'art. 12, comma 13, della L.R. n. 33/2009.
- il Collegio Sindacale, organo di controllo, nominato ai sensi dell'art. 13, comma 14, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i..

2.4. L'AZIENDA IN NUMERI

2.4.1 Posti letto

	ACCREDITATI			ATTIVI		
	ACUTI/ RIAB	DH	TOTALE	ACUTI/ RIAB	DH	TOTALE
Anno 2021	505	30	535	399	25	424

2.4.2 VOLUMI DI ATTIVITÀ

Area di produzione	Valore netto 2021
DRG	50.381.735
AMBULATORIALE	10.749.973



SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: VALORE PUBBLICO

2.1.1 L'ASST e le sue risorse: il Bilancio di Previsione 2022

La DGR n. XI/5941 del 07/02/2022 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 - Quadro economico programmatorio - (di concerto con l'assessore Caparini)*" conferma per l'aggregato dei beni e servizi dell'esercizio 2022 i valori indicati dalle Aziende in fase di assestamento 2021.

Per definire l'assegnazione 2022, Regione Lombardia ha tenuto conto di quanto stabilito nel quadro programmatorio considerando altresì l'impatto che la pandemia ha avuto negli anni 2020 e 2021 ed ha utilizzato come base di riferimento per quantificare le risorse da assegnare, i flussi informativi di attività e i dati contabili aziendali riferiti al Bilancio Consuntivo 2020, all'Assestamento 2021 e alle risultanze del 4 CET 2021.

Con Decreto regionale n. 1472 dell'11/02/2022 sono state assegnate le risorse finanziarie di parte corrente destinate al finanziamento della ASST GAETANO PINI-CTO nonché stabiliti i ricavi ed i costi da esporre nelle singole poste di Bilancio.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 14.02.2022, l'Azienda ha approvato il Bilancio Economico di Previsione 2022 che presenta le seguenti risultanze complessive:



CONTO ECONOMICO	BPE
	2022
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
- contributi in conto esercizio	38.762.286.=
-rettifica di contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0.=
- utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati da esercizi precedenti	403.201.=
- ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie	93.338.911.=
- concorsi, recuperi, rimborsi	287.600.=
- compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	2.222.222.=
- quota contributo in conto capitale imputata all'esercizio	5.758.076.=
- incrementi delle immobiliz. per lavori interni	0.=
- altri ricavi e proventi	421.675.=
TOTALE A	141.193.971.=
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
- acquisti di beni	29.045.514.=
- acquisti di servizi sanitari	13.585.665.=
- acquisti di servizi non sanitari	17.401.047.=
- manutenzioni e riparazioni	3.607.000.=
- godimento di beni di terzi	660.000.=
- costi del personale	61.952.199.=
- oneri diversi di gestione	1.451.816.=
- ammortamenti	6.565.480.=
- svalutazione dei crediti	0.=
- variazione delle rimanenze	0.=
- accantonamenti tipici dell'esercizio	2.024.533.=
TOTALE B	136.293.254.=
DIFF. VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	4.900.717.=
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	
- interessi attivi e altri proventi finanziari	0.=
- interessi passivi e altri oneri finanziari	0.=
TOTALE C	0.=
D) RETTIFICHE VAL. ATTIVITA' FINANZIARIE	
- rivalutazioni	0.=
- svalutazioni	0.=
TOTALE D	0.=
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
- proventi straordinari	0.=
- oneri straordinari	0.=
TOTALE E	0.=
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	4.900.717.=
IMPOSTE E TASSE	4.900.717.=
UTILE O (PERDITA) D'ESERCIZIO	0.=



2.1.2 Gli Investimenti

Per l'anno 2022, in attuazione del Piano investimenti, sono previsti, secondo il cronoprogramma in esso indicato, investimenti volti al potenziamento della strumentazione ed alla messa in sicurezza della Struttura ospedaliera.

AMMODERNAMENTO STRUTTURALE

Per l'anno 2022, sono previsti interventi di ammodernamento strutturale finalizzati anche al miglioramento delle condizioni di accessibilità fisica e digitale degli utenti alle strutture dei presidi ospedalieri aziendali.

Nello specifico:

- lavori di ristrutturazione del 5-6 e 7 piano del Monoblocco B del Presidio Ospedaliero Pini;
- interventi di adeguamento normativo nei vari Presidi, come specificato al punto "Piano Investimenti" della relazione illustrativa al Bilancio di Previsione Economico 2022;
- investimenti per l'acquisizione di attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

La strategia di sviluppo dei sistemi informativi prevede, nel corso nell'anno 2022, l'attivazione del nuovo sistema CUP e di gestione ambulatoriale, unico per tutta l'ASST, integrato con il Call Center Regionale, con la nuova piattaforma di integrazione regionale (NPRI) e con tutti i sistemi dipartimentali, coerentemente agli scenari SISS di riferimento. Dal punto di vista tecnologico ed infrastrutturale, coerentemente con il piano nazionale di razionalizzazione e consolidamento dei CED della Pubblica Amministrazione, si prevede inoltre di completare la migrazione dei sistemi applicativi verso il Data Center regionale, che garantisce elevati livelli di sicurezza, business continuity ed affidabilità in linea con le indicazioni del GDPR e con le linee guida Agid, ferma restando l'adozione di soluzioni in Cloud laddove disponibili ed attuabili (cloud first strategy).

In particolare:

RIS PACS

Nelle more dell'espletamento della gara regionale per la gestione delle immagini diagnostiche (PACS centralizzato regionale), viene garantito il servizio di manutenzione ed assistenza sull'attuale sistema RIS/PACS, aggiornato all'ultima versione disponibile e pienamente integrato con NPRI e con i sistemi dipartimentali.

Infrastruttura di rete – Network Operation Center

Viene garantito il servizio di gestione delle infrastrutture fonia-dati e sicurezza informatica (Network Operations Centre), comprensivo dei servizi di gestione della server farm aziendale, aggiudicato con gara aggregata ASST Niguarda, Istituto Nazionale dei Tumori, alla società Italtel Spa. Si prevede inoltre nel corso del 2022 di affidare ad un Ente esterno la conduzione di un assessment completo delle rete dati al fine di valutare i costi necessari ad un rinnovo tecnologico della intera infrastruttura di rete ed un adeguamento in termini di sicurezza perimetrale, tenuto conto della



obsolescenza degli apparati di rete non più supportati dai vendor e delle necessità di espansione dei punti rete e fonia.

Sistema ERP

Si prevede di mantenere l'attuale assetto informativo del sistema ERP basato sulla suite Oracle eBS, garantendone la manutenzione correttiva, evolutiva e normativa ed evolutiva tramite procedura di gara aggregata con ASST Santi Paolo e Carlo che verrà aggiudicata nel primo semestre 2022.

Fleet Management

Si confermano i costi di gestione deliberati per l'anno 2022, tenuto conto del piano di rinnovo tecnologico delle postazioni di lavoro che verrà completato nel corso dell'anno, contestualmente alla attivazione dei nuovi sistemi CUP e gestione ambulatoriale.

Gestione documentale

Si confermano i costi di gestione e manutenzione deliberati per l'anno 2022 per la gestione del sistema di protocollo e gestione documentale.

Conservazione a norma di Legge

Si confermano i costi di gestione e manutenzione deliberati per l'anno 2022 per la gestione del sistema di conservazione.

Posta elettronica, file sharing e sistemi di videoconferenza

Tenuto conto della obsolescenza del sistema aziendale di posta elettronica on premises, basato su tecnologia non più supportata che richiederebbe ingenti investimenti in termini di hardware e licenze software, e considerate le esigenze di collaborazione e comunicazione in rete sia all'interno dell'azienda sia verso gli Enti istituzionali, si prevede l'adesione a specifica convenzione CONSIP per la migrazione dei sistemi di posta elettronica verso una soluzione cloud, comprensiva di sistema di videoconferenza, condivisione file ed applicativi di produttività. Nel corso del 2022 verrà redatto il piano dei fabbisogni secondo le specifiche CONSIP ed avviato il processo di migrazione delle caselle di posta ed attivazione progressiva dei moduli applicativi.

2.1.3 La programmazione aziendale nella cornice del PNRR

L'ASST GAETANO PINI-CTO non è beneficiaria dei finanziamenti del PNRR di cui alla D.G.R. n. X/5723/2021 "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali".

Come asserito da ultimo con Deliberazione di Giunta regionale n. XI/6278/2022 "negli IRCSS e nella ASST Gaetano Pini non è prevista l'istituzione dei Distretti".

Relativamente alle risorse di cui alla D.G.R. N. XI/6426/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 E Component 2 e PNC - Approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC -



individuazione dei soggetti attuatori esterni", l'ASST, per il 2022 è beneficiaria di quote di finanziamento per interventi di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, pari a complessivi € 2.366.100,00.

2.1.4 Strategie e obiettivi di valore pubblico

Il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione.

Creare Valore Pubblico significa riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

La fase di programmazione di ciascuna amministrazione, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017 *"serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi"*.

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

- > equo, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- > sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro.

Per poter creare Valore Pubblico, la Pubblica Amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni (salute dell'Ente) sia degli impatti esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi), conseguendo in tal modo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue performance, che risultino superiori rispetto alle condizioni di partenza delle strategie politiche pubbliche e dei progetti di ottimizzazione e di evoluzione amministrativa (Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017).

La creazione di Valore Pubblico consolida la necessità di programmare strategie e azioni dell'Azienda, nell'ottica di una promozione di politiche eque e sostenibili.

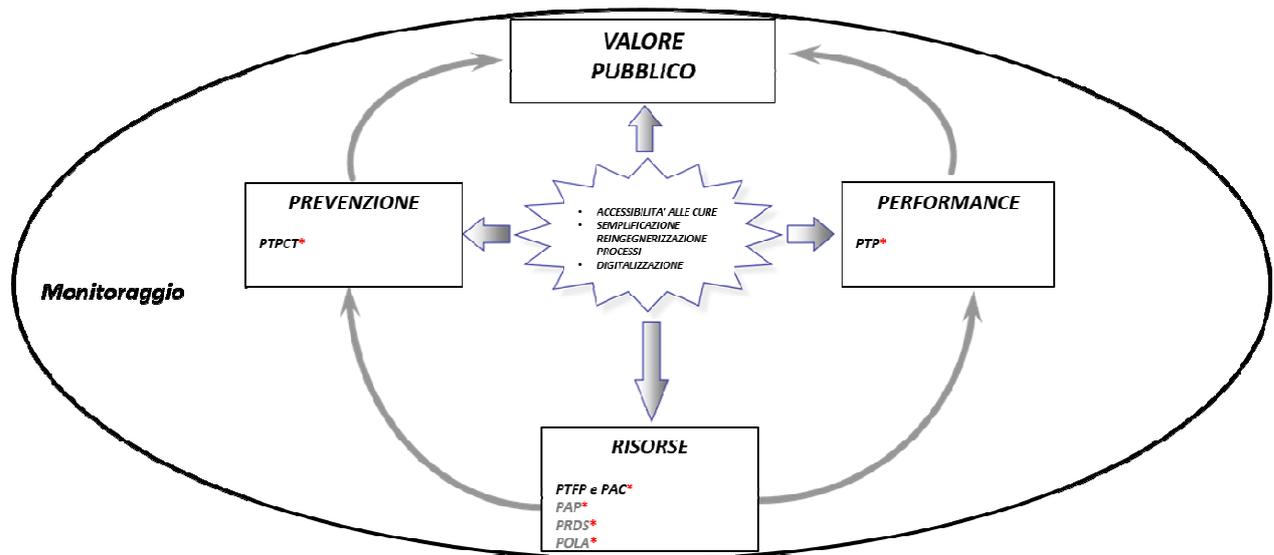
Per l'anno 2022, nel perseguire gli obiettivi di incremento del Valore Pubblico, l'ASST impronta le proprie azioni al raggiungimento degli obiettivi identificati da Regione Lombardia, attraverso i seguenti provvedimenti:

- DGR 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";
- nota regionale 08.04.2022 della DGW contenente indicazioni operative e precisazioni in merito agli obiettivi sotto riportati di cui alla 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".



- DGR n. XI/6387 del 16.05.2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022".

In questa prima fase applicativa il presente PIAO - edizione 2022- non risulta propriamente coerente e performante con il modello teorico di *Public Value Governance*, individuato dall'Azienda e di seguito rappresentato.



* Piani soppressi con prossimo DPR

- a) Piano dei fabbisogni (ITFF) o Piano azioni concreto (PAC) Dlg.165/2001
- b) Piano razionalizzazione cottazioni strumentali (PRDS) .. 244/2007
- c) Piano delle performance (PTP) L. 150/2009
- d) Piano di prevenzione della corruzione (PTPCT) L. 150/2012
- e) Piano organizzativo lavoro agi (PCLA) L. 124/2015
- f) Piano azioni positive L. 198/2006

Framework logico Valore Pubblico



Valore Pubblico (secondo livello di analisi)

PILASTRO VALORE PUBBLICO	VALORE PUBBLICO CONSUNTIVO	TARGET VALORE PUBBLICO	DEADLINE
<ul style="list-style-type: none"> • ACCESSIBILITA' ALLE CURE • SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE PROCESSI • DIGITALIZZAZIONE 	Valore pubblico generato dagli indicatori di primo livello afferenti al PILASTRO	Valore obiettivo di Valore Pubblico	Tempistiche incremento del Valore Pubblico sul PILASTRO



Algoritmo di raccordo indicatore di primo livello – Valore Pubblico

PILASTRO VALORE PUBBLICO	INDICATORE	PROSPETTIVA SORGENTE	PESO PRIORITA' DIREZIONE GENERALE	PESO CORRELAZIONE ATTIVITA' CORE	VALORE PUBBLICO PARZIALE
<ul style="list-style-type: none"> • ACCESSIBILITA' ALLE CURE • SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE PROCESSI • DIGITALIZZAZIONE 	Indicatore per il monitoraggio dell'obiettivo	Risorse Performance Prevenzione	PUNTEGGIO 1-5*	PUNTEGGIO 1-5*	PUNTEGGIO 2-10

* LEGENDA PESI DI VALORE PUBBLICO:

1. TRASCURABILI
2. BASSO
3. MEDIO
4. ALTO
5. CRITICO



Scheda standard per ogni prospettiva (primo livello analisi)

ORIENTIVO	INDICATORE	VALORE CONSUNTIVO	VALORE TARGET	AZIONI	CDR	STAKEHOLDER	DEADLINE
Obiettivo strategico	Indicatore per il monitoraggio dell'obiettivo	valore indicatore	valore obiettivo indicatore	Azioni concrete per il raggiungimento dell'obiettivo	Centro di responsabilità del raggiungimento obiettivo	Destinatari dell'obiettivo	Tempistiche raggiungimento obiettivo



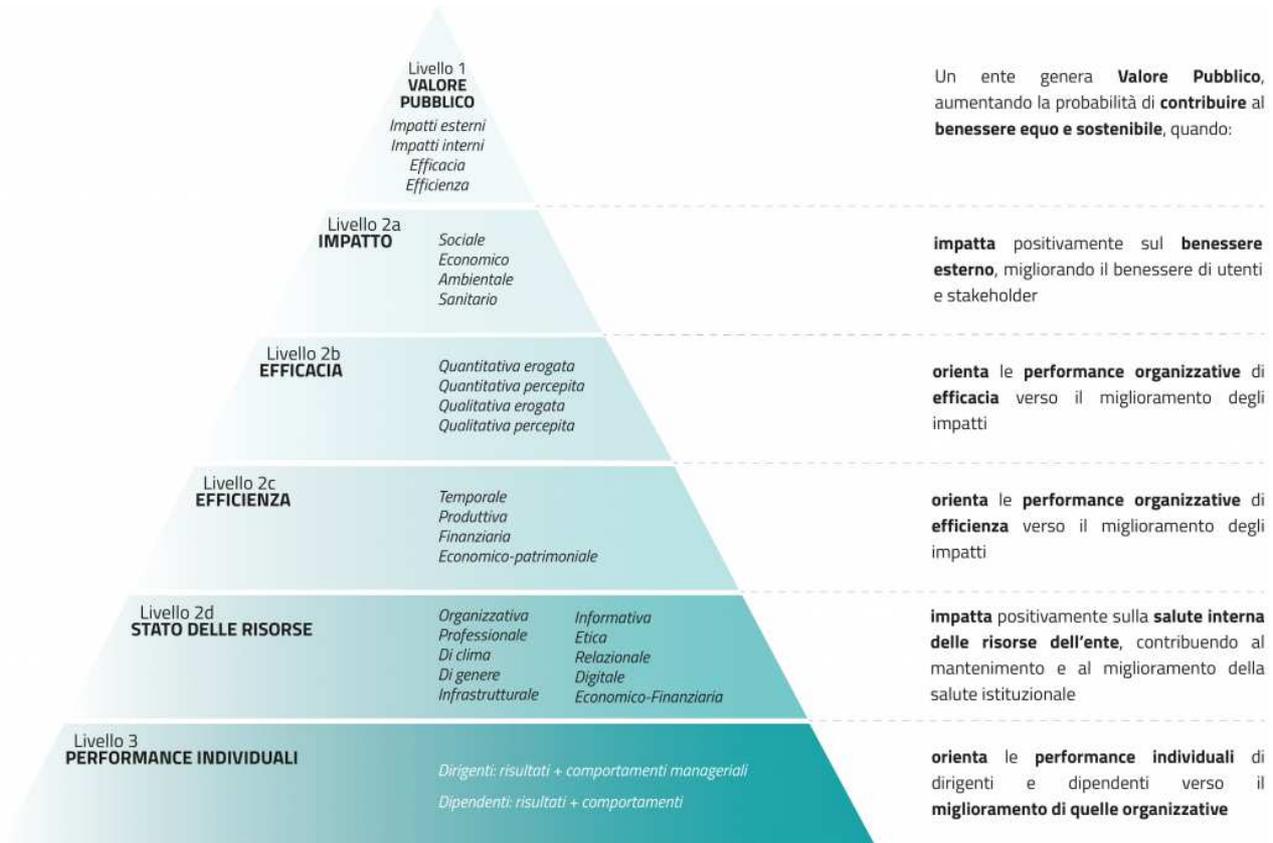
Prevenzione Risorse Performance

In verde i campi necessari al monitoraggio

Approccio Bottom-UP per il calcolo del Valore Pubblico

A partire dal 2023, in applicazione del predetto modello si intenderà innovare i sistemi di Programmazione, Misurazione, Valutazione e Rendicontazione delle attività dell'Ente garantendo in tal senso sostenibilità economica, sociale e ambientale dell'azione amministrativa.

Il modello di misurazione sarà ispirato ai principi del framework della Piramide del Valore Pubblico, articolato in diverse dimensioni della performance misurate attraverso specifici indicatori.



2.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PERFORMANCE

PREMESSA

La presente sottosezione del PIAO 2022-2024 recepisce i contenuti del Piano della Performance della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO. Esso rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa.

E' un documento di programmazione pluriennale (2022-2024) che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente (2022) e risulta pertanto modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- Obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e socio-sanitaria;
- Modifiche al contesto di riferimento, tanto interno che esterno;
- Modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e di funzionamento della ASST.



Tale documento si colloca all'interno del ciclo di gestione della performance, che si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione ed assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

In generale gli obiettivi principali del Piano della Performance sono:

- Individuare ed incorporare le attese degli stakeholders (utenti interni/esterni, ATS, Regione Lombardia, ecc.);
- Favorire un'effettiva accountability e trasparenza;
- Porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance attraverso l'introduzione di uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento a supporto dei processi decisionali.

La Direzione Strategica, in coerenza con il PSSR ed il proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato). Le strategie sono, infine, declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget (livello operativo).

In relazione al suo valore ed alla sua funzione di "integratore" fra tutte le componenti aziendali, il presente Piano, pur necessariamente dovendo rimandare agli specifici documenti e strumenti di lavoro in relazione ai diversi ambiti, rappresenta una sintesi di indirizzo strategico unitario con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria, con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, con il Piano di Risk Management, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Nello spirito e nella cultura che lo animano, il presente Piano fa inoltre propri e rappresenta i contenuti dei Codici Etico e Comportamentale aziendali e della Carta dei Servizi.

Al verificarsi di eventi significativi, incidenti sull'andamento degli obiettivi programmati, si provvederà ad aggiornare il Piano della Performance, in ottemperanza alla normativa vigente.

2.2.1 Gli stakeholder

Le aree di intervento prioritario della ASST sono state individuate con riferimento alle priorità di varia natura emerse dall'analisi del contesto esterno, nonché dal confronto con gli stakeholder nell'ambito della rete per la promozione della salute e dagli indirizzi regionali di programmazione.

L'individuazione e il riconoscimento degli stakeholder è necessariamente un esercizio importante e complesso, che deve tenere in considerazione le istanze di molti soggetti individuali, sociali, istituzionali. A tal proposito la figura che segue illustra gli stakeholder strategici, ossia tutti coloro che contribuiscono alla realizzazione della mission aziendale.



Stakeholder strategici dell'Azienda

2.2.2. La performance

La disciplina vigente ha introdotto la necessità che le Pubbliche Amministrazioni si dotino di un **sistema di misurazione e valutazione della performance** come strumento utile a migliorare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati.

La performance si distingue in:

- **Organizzativa**, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;
- **Individuale**, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

La declinazione della pesatura degli obiettivi alle tipologie di performance, organizzativa ed individuale, tiene conto degli accordi integrativi vigenti, ove necessario.



La valutazione va intesa – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico, ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

Trasversale alle due tipologie di performance è il **benessere organizzativo**, concetto recente per la Pubblica Amministrazione, mutuato dalla psicologia del lavoro. Studi e ricerche sulle organizzazioni, infatti, hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti ed un clima sereno e partecipativo. La Riforma Brunetta prima ed in ultimo la Riforma Madia hanno posto in essere una serie di strumenti (es. CUG, piani di miglioramento, sistemi di comunicazione interna...), finalizzati a valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei collaboratori, accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria Amministrazione.

2.2.3. La Misurazione e la Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance; di seguito la descrizione di come nell'ASST vengono misurate e valutate la performance organizzativa ed individuale.

La programmazione degli obiettivi tiene conto delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento del Sistema Sanitario Regionale. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance e si esplicita operativamente ed annualmente attraverso l'assegnazione degli obiettivi di budget e delle correlate risorse ai vari Centri di Responsabilità in cui si articola l'ASST. Il Sistema si basa su un processo strutturato dalla individuazione degli obiettivi specifici, degli indicatori, dei risultati attesi fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

L' UOS Controllo di Gestione e Programmazione supporta l'intero sviluppo del ciclo di programmazione, monitoraggio e valutazione della performance organizzativa.

Il Sistema si articola in quattro fasi:

1. **Programmazione**: è la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il Piano Triennale della Performance, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità.
2. **Formulazione del budget**: viene predisposta dall'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, in accordo con la Direzione Strategica, la prima ipotesi di scheda obiettivo annuale, condivisa con il Collegio di Direzione e articolata per Struttura di diagnosi e cura e per Struttura amministrativa e di staff alla Direzione Generale. La scheda contiene gli obiettivi da perseguire con i relativi indicatori di verifica e viene discussa con i responsabili di Dipartimento ed i responsabili di Struttura. Agli incontri



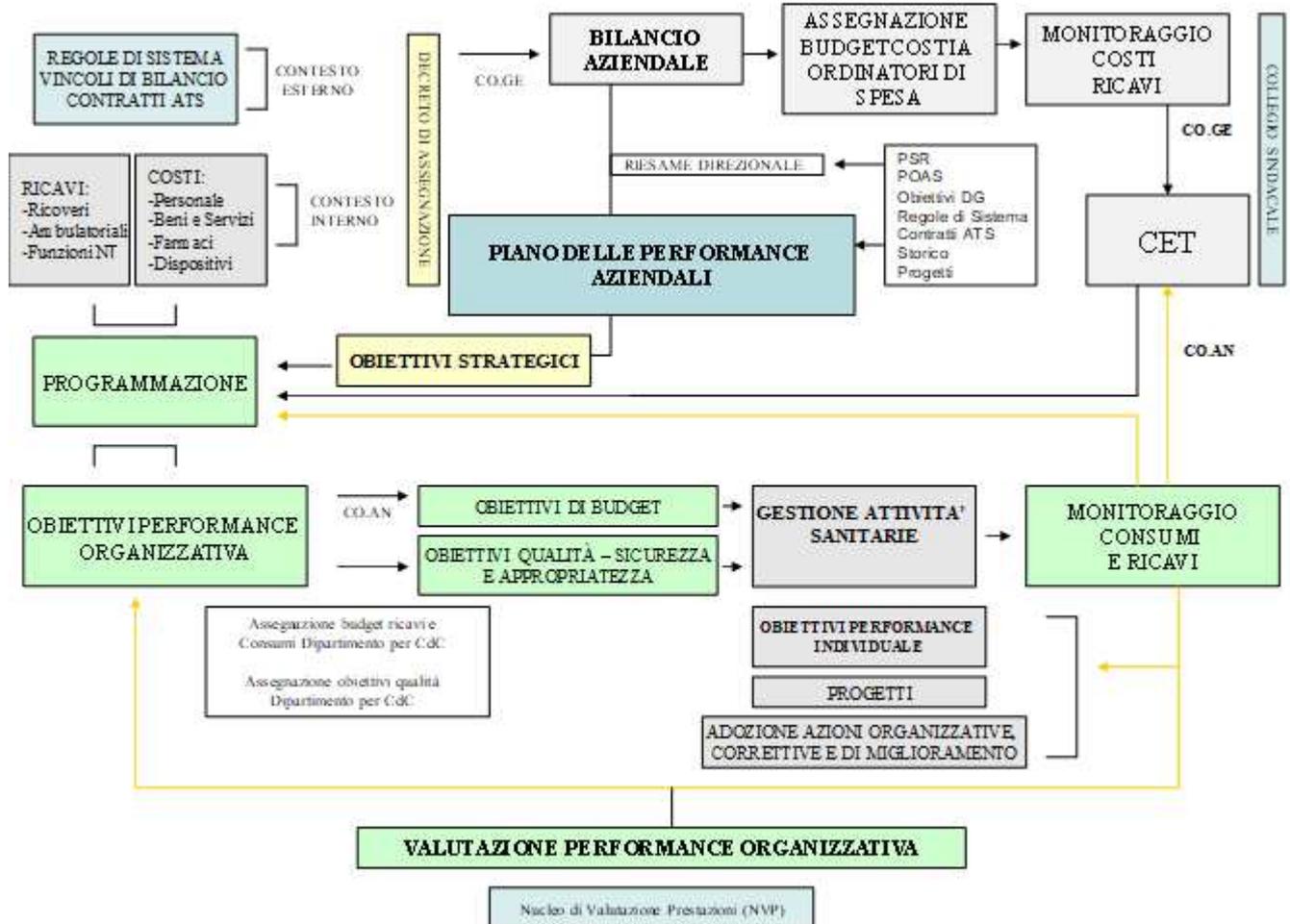
partecipano anche i Referenti Infermieristici o Tecnici di Dipartimento o i coordinatori delle singole UUOO.

3. Svolgimento e monitoraggio dell'attività: lo svolgimento dell'attività viene "seguito" attraverso un processo di monitoraggio che si sintetizza in report periodici specifici per il budget che vengono prodotti mensilmente (monitoraggio economico) o trimestralmente (monitoraggio di appropriatezza qualità e sicurezza) dagli uffici competenti e trasmessi all'UOS Controllo di Gestione e Programmazione, che li analizza per predisporre un report complessivo da fornire alla Direzione Strategica ed ai Centri di Responsabilità.

4. Valutazione: almeno semestralmente viene effettuata una verifica infra-annuale di andamento tra Direzione e Centri di Responsabilità che presentano criticità nel raggiungimento degli obiettivi assegnati per la valutazione delle dinamiche in atto e la discussione/analisi degli scostamenti (con eventuale rinegoziazione). Tale verifica può essere estesa, su decisione della Direzione Strategica, a tutti i Centri di Responsabilità. Una volta chiuso l'esercizio si procede alla valutazione finale del conseguimento degli obiettivi da parte dei vari Centri di Responsabilità.

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 e dall'art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 150/2009, 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.

Di seguito si sintetizza il ciclo della performance con le sue componenti essenziali e le interazioni tra le varie competenze:





Nello specifico si evidenzia come, nei dati di input per la programmazione, particolare rilievo assumono i valori di Bilancio e tra questi l'attività di ricovero e ambulatoriale erogata a favore di pazienti lombardi. Tali attività sono messe a contratto con la ATS di riferimento e sono tradotti annualmente in valori che rappresentano un tetto di produzione oltre il quale non verrà riconosciuto il finanziamento nell'ambito del SSR. Da tali elementi discendono, a cascata, gli obiettivi relativi alla "risposta alla domanda di assistenza".

Ad ogni gruppo di obiettivi è associato un "peso" la cui somma è pari a 100/100.

Il peso è stabilito dalla Direzione Strategica, sulla base delle Regole di Sistema e delle aree aziendali, che si intendono migliorare o consolidare.

Le schede obiettivo delle strutture di diagnosi e cura si articolano in quattro macroaree:

- Budget
- Appropriatelyzza, qualità e sicurezza
- Performance aziendale
- Progetti dipartimentali

La macroarea "**Budget**" si articola ulteriormente nei seguenti indicatori comuni a tutte le Strutture:

- Valore Ricoveri ordinari Regione
- Valore Ricoveri ordinari Extra-Regione
- Valore Ricoveri in regime diurno
- MAC/BIC
- Valore altre prestazioni ambulatoriali
- Consumi diretti
- Prestazioni intermedie
- Indicatori di attività

L'insieme degli obiettivi è orientato a migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Il valore atteso degli indicatori sarà quindi definito in relazione a risorse e attività di ogni singola struttura.

Le verifiche infrannuali degli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi viene effettuata con cadenza mensile per quanto riguarda gli obiettivi dell'area sanitaria. Le singole strutture hanno accesso al Portale Aziendale di Controllo di Gestione per il monitoraggio costante dei valori di produzione e della spesa protesica, che rappresenta una rilevante voce di costo di diretto controllo da parte dei responsabili dei reparti di degenza.

Particolare importanza assume la verifica trimestrale dei dati finalizzati alla compilazione del Conto Economico Trimestrale (CET) e del flusso di Contabilità Analitica (COAN).



La macroarea "**Appropriatezza, qualità e sicurezza**" individua obiettivi orientati a migliorare la qualità dell'assistenza, con particolare attenzione alla soddisfazione dei pazienti (gestione delle liste di attesa, adozione di iniziative di risk management, miglioramento dell'accessibilità ai servizi, ecc) in coerenza con il PrIMO, con il Piano Qualità e il Piano Risk Management. Verranno quindi definiti dalla Direzione sanitaria con il supporto dell'Ufficio Qualità e del Risk Management, con riguardo anche agli obiettivi del PNE.

Tutti gli indicatori dell'area "Appropriatezza, qualità e sicurezza" vengono rilevati ed elaborati dal settore di competenza (Direzione Medica, Prevenzione e Igiene Ospedaliera, Dietetica, Risk Management, Qualità e Privacy,) che li fornisce al Controllo di Gestione trimestralmente.

La macroarea "**Obiettivi aziendali di interesse regionale e regole di sistema**" individua gli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione all'azienda e che vengono declinati per ogni singola UO in relazione allo specifico coinvolgimento.

Tutti gli indicatori dell'area "Obiettivi aziendali di interesse regionale e regole di sistema" vengono rilevati ed elaborati dal settore di competenza (Direzione Medica, Prevenzione e Igiene Ospedaliera, Dietetica, Risk Management, Qualità e Privacy...) che li fornisce al Controllo di Gestione trimestralmente. In relazioni ad obiettivi specifici, in cui non è previsto un ufficio di rilevazione, l'UO interessata dovrà fornire trimestralmente adeguata relazione sull'andamento.

La macroarea "**Progetti Dipartimentali**" può rappresentare progetti proposti dal dipartimento e il cui raggiungimento, in accordo alla Direzione Strategica, può essere assegnato agli operatori come uno degli obiettivi di performance organizzativa.

Tutti gli indicatori dell'area "Progetti Dipartimentali" vengono rilevati ed elaborati dal dipartimento trimestralmente.

Le schede obiettivo delle Strutture amministrative e di staff alla Direzione Generale e delle Strutture di supporto sanitario si distinguono altresì in due macroaree:

- Efficienza dei processi e qualità
- Performance aziendale.

Per quanto attiene gli obiettivi di qualità, la periodicità è legata al tipo di obiettivo individuato e ai relativi indicatori.

Gli obiettivi negoziati vengono integrati dal contratto con ATS Città Metropolitana, sia nella componente economica sia in quella qualitativa, e dagli obiettivi aziendali di interesse regionale, che comportano un aggiornamento delle schede di budget ed un'integrazione della negoziazione; la gestione del peso degli obiettivi aggiuntivi può comprendere anche l'inserimento di un eventuale "malus", di diretta decisione della Direzione Strategica.

Al termine dell'esercizio, le schede obiettivo e le schede di budget, predisposte e sottoscritte in sede di negoziazione dai Responsabili di Struttura sanitaria e amministrativa, sono oggetto di esame ai fini della Valutazione della Performance Organizzativa.



2.2.4. La Performance individuale

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata; è un processo continuo a frequenza annuale, coincidente di norma con l'anno solare. Con trattativa aziendale, vengono fissati i criteri di valutazione della performance individuale, che si realizza attraverso l'attiva partecipazione del personale oggetto di accurata verifica mediante la fissazione di criteri e indicatori che tengono conto delle singole prestazioni, sia nel contesto degli obiettivi affidati alle strutture di appartenenza, in materia di efficienza, efficacia ed economicità dei servizi, che in relazione alla prestazione resa personalmente (performance individuale).

L'oggetto della valutazione non è la persona, ma le modalità e le capacità con le quali essa esplica la propria attività lavorativa nel contesto organizzativo di appartenenza: il suo modo di agire e di relazionarsi con gli altri (colleghi, superiori, collaboratori, utenti), il suo modo di esplicitare le proprie competenze e le proprie capacità gestionali, manageriali, intellettive, la sua capacità di incidere sulla performance della struttura di appartenenza, la sua capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

Per questa ragione, la valutazione non si riferisce al carattere del dipendente o alle sue caratteristiche personali, ma alla differenza tra i risultati "attesi" e quelli "effettivi", ed è relativa esclusivamente al periodo oggetto di valutazione; lo strumento attraverso il quale viene formalizzato il livello di raggiungimento dell'obiettivo è la "scheda di valutazione individuale", di diretta compilazione del Responsabile della Struttura a cui il personale afferisce, che dettaglia, per area di competenza, il risultato attribuito.

L'obiettivo prioritario è la definizione e l'utilizzo dei sistemi premianti per motivare gli operatori, studiare percorsi di sviluppo professionale e formativo, riconoscere ruoli e responsabilità, ottimizzare gli aspetti organizzativi in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.

2.2.5. Linee di indirizzo

Alla luce della mission dell'ASST e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse disponibili, si dà evidenza delle linee di indirizzo strategico per il triennio di riferimento del presente Piano. La programmazione si sviluppa, di norma, sulla base:

- della DGR regionale c.d. "REGOLE DI SISTEMA" che per il 2022, data la particolare situazione di contesto legata alla pandemia in corso, non è ancora stata approvata;
- della DGR regionale di assegnazione dei c.d. "OBIETTIVI D.G."; per il 2022 il documento di riferimento è la DGR 5832 del 29 dicembre 2021, che dovrà essere integrato con successivi atti per dettagliare i risultati richiesti; potrà conseguire quindi un aggiornamento degli obiettivi per il momento recepiti;
- degli indirizzi della Direzione Strategica.

Nella tabella seguente si sintetizzano gli obiettivi generali, che costituiscono le linee di indirizzo per il 2022 e che saranno declinati in obiettivi operativi annuali alle singole Strutture non appena verranno specificati i risultati attesi e gli indicatori da parte di Regione Lombardia, relativamente agli obiettivi aziendali di interesse regionale.



ASST Gaetano Pini

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
1	Obiettivo Regionale	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 da parte degli erogatori.	Rendicontazione quadrimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati quadrimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	Responsabili UUOO sanitarie	Gestione Operativa; DMP; SITRA; CdG	31/12/2022
2	Obiettivo Regionale	Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	RUA	Gestione Operativa; UOSD Attività Ambulatoriali; UUOO sanitarie; SITRA; DMP; CdG	31/12/2022
3	Obiettivo Regionale	Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le	Rendicontazione mensile: il mancato rispetto dei target stabiliti dall'Unità di Crisi e delle indicazioni della Task Force Tamponi	SITRA	Organizzazione Risorse Umane	31/12/2022



ASST Gaetano Pini

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
			somministrazioni domiciliari	comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.			
4	Obiettivo Regionale	Attuazione legge regionale n. 22/2021	Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	Direzione Strategica	Tutte le Strutture	31/12/2022
5	Obiettivo Regionale	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti	Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Ingegneria Clinica; SIA	Economico Finanziaria	31/12/2022
6	Obiettivo Regionale	Potenziamento 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: il mancato rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	DSS	DMP; SITRA; Gestione Tecnico Patrimoniale; Qualità e Privacy	31/12/2022
7	Obiettivo Regionale	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	DMP	Anestesia e Rianimazione; Banca Osso; SITRA; UUOO Sanitarie	31/12/2022



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Tempistica
8	Obiettivo Regionale	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	Rendicontazione annuale	Economico Finanziaria	Economico Finanziaria; Acquisti e Logistica; Gestione Tecnico Patrimoniale; Organizzazione Risorse Umane; Affari Generali Istituzionali e Legali; Farmacia; Gestione Operativa	31/12/2022
9	Obiettivo Regionale	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale	Trasparenza Anticorruzione e Internal Auditing	Tutte le Strutture	31/12/2022
10	Obiettivo Aziendale	Fascicolo Sanitario Elettronico	% referti per esterni pubblicati SISS (lettere di dimissione, referti ambulatoriali, verbali PS)	100%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
11	Obiettivo Aziendale	DEM	Emissione delle ricette in formato elettronico	90%	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	DMP; SIA; CdG	31/12/2022
12	Obiettivo Aziendale	Continuità Ospedale-Territorio	Attuazione della procedura di continuità Ospedale-Territorio	N. eventi formativi partecipati/N. eventi previsti = 100% → punti 50 N. segnalazioni secondo procedura attivate/N segnalazioni pervenute = ≥ 90% → punti 50	CSA - DMP	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	31/12/2022
13	Obiettivo Aziendale	Interventi formativi di natura cogente	Partecipazione agli eventi formativi organizzati	100% del piano formativo	Organizzazione Risorse Umane (Formazione)	Tutte le Strutture coinvolte nel piano formativo	31/12/2022
14	Obiettivo Aziendale	Sperimentazioni Cliniche	Sperimentazioni cliniche profit	almeno 25 sperimentazioni cliniche profit	CTS	Tutte le Strutture sanitarie - Dipartimenti	31/12/2022



2.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSA

La presente sottosezione di programmazione del PIAO 2022 – 2024, dedicata alle misure per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, recepisce integralmente i contenuti di cui al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 dell'ASST GAETANO PINI-CTO, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 207 del 28.04.2022 e relativi allegati di seguito riportati:

- All.1: Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive
- All.2: Tabella degli obblighi di pubblicazione

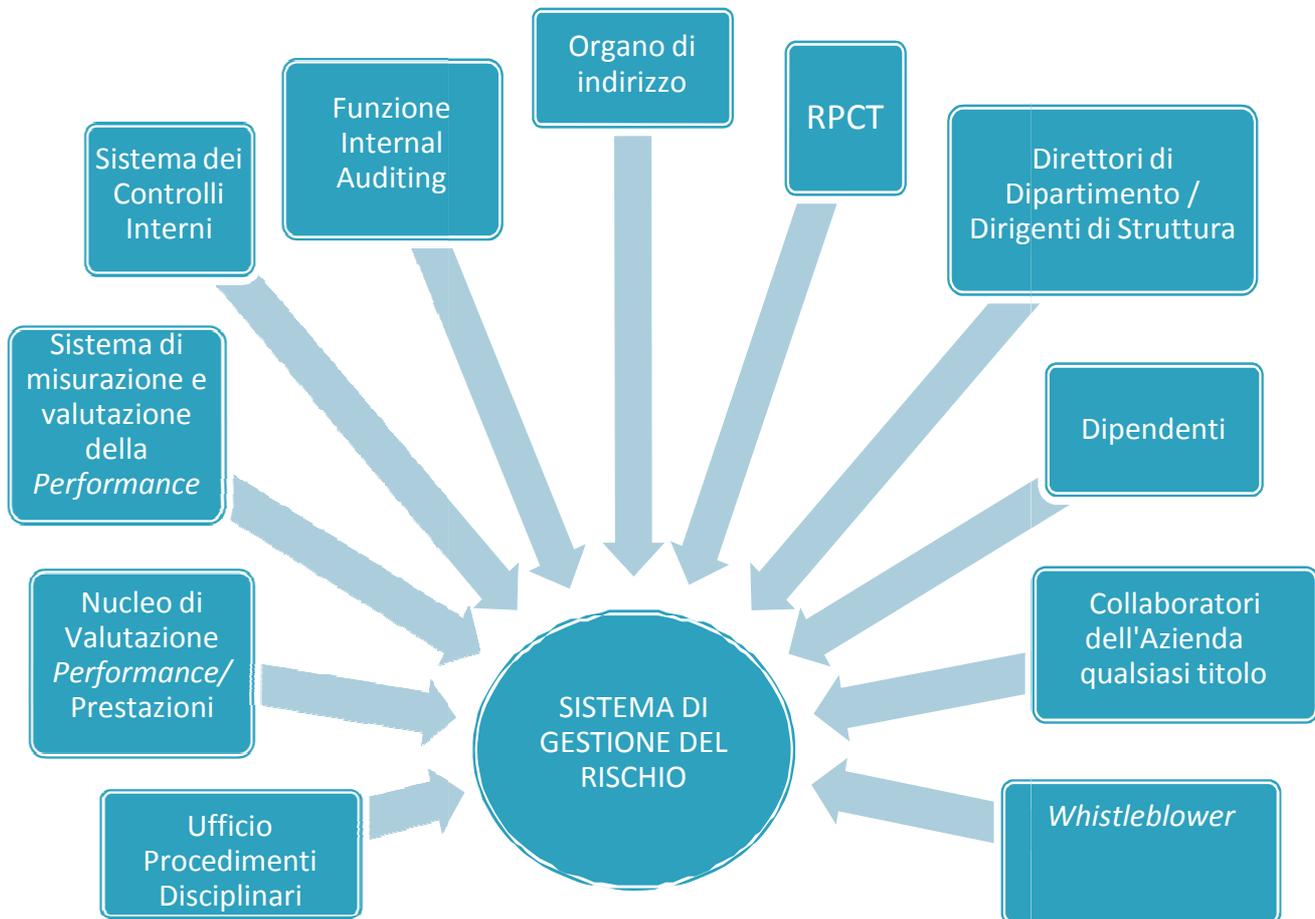
Essa è incentrata sull'analisi dell'intero processo di gestione del rischio corruttivo che si compone delle seguenti fasi:

- impatto del contesto esterno ed interno sui fenomeni corruttivi;
- mappatura dei processi a rischio corruttivo;
- identificazione dei rischi corruttivi;
- individuazione delle misure per il trattamento del rischio;
- monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio;
- monitoraggio ed eventuale riesame delle misure poste a presidio delle aree di rischio.

L'ultima parte della sottosezione è dedicata al tema della trasparenza ed ai relativi obblighi di pubblicazione secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 33/2013, integrato dal D.Lgs. n. 97/2016.

2.3.1. Rischi corruttivi

Tutto il sistema di prevenzione della corruzione aziendale si basa essenzialmente sulla collaborazione ed interazione dei soggetti di seguito rappresentati:



2.3.2. Analisi del contesto esterno

Le informazioni di seguito riportate descrivono le caratteristiche del contesto esterno all'ASST, strumentali alla conoscenza delle dinamiche sociali, culturali e territoriali che possono influire sulle attività istituzionali e sulla loro esposizione al rischio corruttivo.

Come si evince dal *"Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia"* a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2018), il Sistema sanitario lombardo, nell'ultimo decennio, è oggetto di attenzione da parte degli interessi mafiosi.

Nella Regione Lombardia, le organizzazioni mafiose hanno mostrato di voler cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "impunitarie" che il settore offre.

La Sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle Regioni più progredite e ricche d'Europa.

Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni Regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private.

In questo contesto, le sfide poste dall'emergenza Covid-19, in particolare per ciò che concerne la gestione dei fondi stanziati dall'Europa per la ripresa economica, possono mettere a rischio gli importanti risultati conseguiti, far abbassare il livello di attenzione verso il fenomeno corruttivo a cui è necessario porre rimedio attraverso tempestivi e adeguati presidi di trasparenza e anticorruzione.



I fattori di rischio che espongono la Sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distinguere in 5 livelli.

1. Il primo è di *natura politica*. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.
2. Il secondo, di *natura legislativa*, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla Legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari, possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di *natura tecnico-scientifica*. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche...) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.
4. Il quarto livello attiene invece alla specifica *cultura ambientale* che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanzità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello è di *natura logistico-organizzativa* e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

2.3.3. Analisi del contesto interno

Con riferimento all'analisi del contesto interno vedasi capitolo 2 "Assetto Organizzativo" del presente documento.

2.3.4. La mappatura dei processi

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, delle attività poste in essere dall'Azienda, anche di quelle esternalizzate a



soggetti pubblici o privati, al fine di identificare tutta l'attività svolta dall'Azienda, non solo i processi ritenuti a rischio.

Secondo le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019 disciplinate la gestione dei rischi, l'obiettivo è quello di tendere verso una rilevazione dei processi che, partendo dalla descrizione delle macroaree, sia declinata, a seconda del livello di analiticità, in sub- processi, in quanto più l'attività amministrativa è procedimentalizzata e più facile sarà "intercettare" i fenomeni di *malagestio*.



2.3.5. Le aree di rischio

Le aree di rischio sono distinte in generali e specifiche (Legge n.190/2012 e successivi PNA).

AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO GENERALI	RIFERIMENTI
TUTTE	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Incarichi e nomine	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Affari legali e contenzioso	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b



AMMINISTRAZIONI			AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	RIFERIMENTI
ENTI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		Attività libero professionale	Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015	
		Liste di attesa	Parte Speciale IV - SANITA' PNA 2016	
		Rapporti con soggetti erogatori		
		Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni		
		Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero		

2.3.6. Identificazione dei rischi

Successivamente alla mappatura segue la fase di identificazione del rischio o meglio degli eventi rischiosi, con l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi, tramite cui peraltro si fenomeno corruttivo.

Gli eventi rischiosi sono ricondotti a profili di rischio simili e classificati in:



TIPOLOGIA RISCHIO	DESCRIZIONE
RISCHI STRATEGICI	<p>Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna:</p> <ul style="list-style-type: none">- ES: RISCHIO REPUTAZIONALE: rischio legato al deterioramento della reputazione propria dell'Azienda intesa come l'insieme di tutte le aspettative, percezioni ed opinioni sviluppate nel tempo nella collettività dove l'Azienda opera, in relazione alla qualità dell'organizzazione e dei servizi erogati, alle caratteristiche e ai comportamenti dei suoi dipendenti e alle osservazioni delle passate azioni dell'organizzazione, ecc.
RISCHI DI PROCESSO	<p>Rischi connessi alla normale operatività dei processi che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none">- rischi di compliance: rischi di mancata conformità a norme, regole o standard impartiti dal legislatore (comunitario, nazionale e regionale), nonché a disposizioni e regolamenti interni (istruzioni, procedure etc.);- rischi IT/Privacy: rischi correlati al verificarsi di un insieme di situazioni, interne o esterne, che metterebbero a repentaglio la protezione dell'integrità, della disponibilità, della confidenzialità dell'informazione automatizzata;- rischi risorse umane: rischi attengono alla gestione delle risorse umane, nell'ottica di raggiungimento degli obiettivi e riguardano la capacità dell'Azienda di disporre di personale adeguato e di processi interni idonei a garantire una corretta gestione e valorizzazione del capitale umano;- rischi economico/finanziari: attengono alla capacità di gestire e monitorare attraverso idonei processi, le variabili economico/finanziarie impattanti sulla contabilità e bilancio, necessarie per lo svolgimento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi previsti
RISCHI DI INFORMATIVA	<p>Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni, che possono impedire un'adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative</p>



RISCHI CORRUTTIVI	<p>Rischi derivanti da comportamenti impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico:</p> <ul style="list-style-type: none">- FRODI E CORRUZIONE: rischio connesso alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno dell'Azienda, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati della stessa;- TRASPARENZA: rischio è connesso alla possibilità che l'Azienda operi non in ottemperanza al principio di trasparenza come metodo della propria azione amministrativa e come strumento per consentire l'effettiva partecipazione dei cittadini alle attività dell'Azienda e alla realizzazione delle relative politiche;- ABUSO DI POTERE: rischio che 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;- CONFLITTO DI INTERESSE: rischio che deriva dalla possibile caduta dell'interesse primario per il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Azienda, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria
RISCHI RICICLAGGIO	<p>Rischio che si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui i dipendenti vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, e non consentire la comunicazione alle autorità competenti in materia di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.</p>



2.3.7. Analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo:

- approfondire le fattispecie a "rischio", attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori "abilitanti" della corruzione;
- stimare il livello di esposizione al rischio.

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi sono i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

L'analisi degli stessi deve tendere all'individuazione di azioni di risposta più appropriate ed efficaci di prevenzione del rischio.

A partire dal PTPCT 2021-2023 è stato avviato un processo di rivalutazione del rischio basato su un approccio metodologico di tipo qualitativo (come da indicazioni di cui all'allegato 1 del PNA 2019), a totale superamento dell'approccio di tipo quantitativo (allegato 5 PNA 2013), dando ampio spazio alla motivazione della valutazione espressa dai soggetti coinvolti nell'analisi.

Ai fini dell'aggiornamento del Piano anticorruzione 2022-2024, assorbito dal presente PIAO 2022-2024, in continuità con il precedente piano, il RPCT ha riproposto ai Dirigenti responsabili un set di indicatori (key risk indicators), di seguito riportati, in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio corruttivo:

- 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 esaminati: 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;
- 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;
- livello di informatizzazione delle fasi di un processo: presenza di applicativi gestionali che seguono l'iter procedimentale tracciandone fasi e tempi;
- incidenza dell'evento corruttivo sull'Azienda: rilevanza mediatica dell'evento corruttivo ed impatto reputazionale ed economico sull'Azienda.
- controlli: l'adozione di un maggior numero di controlli e di una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio.

Nel corso degli audit condotti dal RPCT con i Responsabili di processo, partendo dall'analisi dei rischi effettuata nel 2021, per ogni processo/attività ed evento rischioso associato, si è proceduto all'aggiornamento della misurazione del livello di esposizione al rischio (secondo la scala di misurazione ordinale: basso, medio, alto) attraverso una matrice di esposizione al rischio elaborata dal RPCT.



Ad uno stesso processo, nel caso di associazione di più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, nella stima complessiva di esposizione, si è fatto prudenzialmente riferimento al valore più alto.

APPROCCIO QUALITATIVO	
Metodologia	Stima del rischio in base a motivate valutazioni espresse dai soggetti coinvolti
Strumenti	Fattori abilitanti (fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione)
Oggetto di analisi	Schede dei processi relativi alle singole UOC mappate e riportate nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive – All.1 al PTPCT 2022-2024, recepite integralmente nella corrispondente sottosezione del presente PIAO 2022-2024
Misurazione livello di esposizione al rischio	Applicazione scala di misurazione ordinale: BASSO-MEDIO-ALTO
	Giudizio sintetico
	Evidenze
	Motivazione della misurazione applicata
Criterio di scelta	Applicazione della metodologia proposta dall'allegato 1 "indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019.

2.3.8. Individuazione delle aree a rischio corruzione

L'analisi, la valutazione e la ponderazione del rischio è stata condotta sui processi mappati di cui all'allegato 1 del presente Piano. Particolare attenzione è stata riservata ai processi dell'area "contratti pubblici", per effetto dell'applicazione di una legislazione derogatoria al Codice degli Appalti, figlia dell'emergenza sanitaria, che resta, così come ribadito da ANAC nel documento "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" (02.02.2022), tra "le più permeabili al rischio corruttivo". Nello specifico ANAC invita le amministrazioni pubbliche a vigilare sulle determinate procedure di gara ed a presidiare su anomalie dalla stessa riscontrate:

- affidamenti diretti per assenza di concorrenza per motivi tecnici;
- affidamenti diretti per estrema urgenza;
- esecuzione del contratto in difformità;
- ricorso a proroghe e rinnovi non consentiti a quanto proposto in sede di gara;
- valutazione errata della congruità dell'offerta;
- inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti.



2.3.9. Trattamento del rischio (individuazione delle misure)

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure più idonee a prevenire il rischio.

Una volta individuato e associato ad ogni singolo processo il rischio di corruzione e valutato il relativo grado di esposizione, sono state prese in considerazione sia le misure in atto sia le eventuali azioni migliorative da porre in essere per contrastare la minaccia corruttiva.

Le nuove misure o quelle già in atto devono sempre risultare concrete e sostenibili, avere carattere organizzativo, comportamentale, di regolamentazione, di controllo, di tracciabilità dei flussi informativi, di trasparenza.

Le misure si distinguono in:

- MISURE GENERALI, ovvero quelle che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale su tutta l'Organizzazione;
- MISURE SPECIFICHE che agiscono sui processi ovvero sulle singole fasi in maniera puntuale, sulla base dei rischi individuati nella fase di valutazione.

MISURE GENERALI	<p>Le misure generali sono quelle previste dalla L.190/2012 quali strumenti di attuazione della prevenzione della corruzione.</p> <p>La misura è generale quando insiste trasversalmente sull'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.lgs. 33/2013).</p>
MISURE SPECIFICHE	<p>La misura è specifica, in risposta a specifici problemi rilevati tramite l'analisi del rischio.</p> <p>Le misure specifiche per processo e/o singola fase, sono ricondotte alla classificazione proposta dal PNA 2019, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO**

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere programmata come misura "generale" o come misura "specifiche".

2.3.10. Monitoraggio e riesame

I risultati dell'attività di monitoraggio sono descritti alla sezione 4 del presente Piano.



2.3.11. Misure generali attuative della prevenzione della corruzione

ID	TIPOLOGIA	RIFERIMENTO NORMATIVO	TESTO DI NORMA	MODALITÀ ATTUATIVE
A)	TRASPARENZA	Legge 190/2012 e smi D.Lgs. 33/2013 e smi	<p><i>D.Lgs 33/2013 modificato dal D.Lgs. 97/2016 - Art. 1 "Principi generali di trasparenza"</i></p> <p>...1. La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.</p> <p>...2. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, di buon andamento, di 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.</p> <p>...3. Le disposizioni del presente decreto, nonché le norme di attuazione adottate ai sensi dell'art. 48, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche ai fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, secondo comma, lett. m, della Costituzione e costituiscono, altresì, esercizio della funzione di coordinamento informativo, statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'art. 117, secondo comma, lett. r della Costituzione.</p>	<p>La trasparenza è una misura che la normativa riconosce di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito della pubblica amministrazione.</p> <p>Nella SEZIONE DEDICATA ALLA TRASPARENZA sono definite le misure e le modalità per l'adempimento agli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione. Viene data anche evidenza del nuovo istituto dell'accesso civico.</p> <p>La trasparenza è misura trasversale applicabile a tutti i processi, indipendentemente dal livello di rischio. E' intesa non solo in termini di pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni. Si concretizza attraverso anche specifiche azioni di rafforzamento in relazioni alle singole procedure.</p>



B)	CODICE DI COMPORAMENTO AZIENDALE	D.Lgs. 165/2001 e smi DPR 62/2013 Disciplina aziendale	<i>D.Lgs. 165/2001, art. 54</i> ...1. Il Governo definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il codice contiene una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite, e comunque prevede per tutti i dipendenti pubblici il divieto di chiedere o di accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità, in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, fatti salvi i regali d'uso, purché di modico valore e nei limiti delle normali relazioni di cortesia. ...3. La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. Violazioni gravi o reiterate del codice comportano l'applicazione della sanzione di cui all'articolo 55-quater, comma 1. Con DPR n. 62/2013 è stato adottato il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.6.2013). Le previsioni del Codice sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.	Il Codice Etico Comportamentali rappresenta lo strumento di autodisciplina aziendale. Il Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 43/2014, l'ASST ha elaborato il proprio "Codice Etico Comportamentale". Il documento esprime l'insieme dei principi di condotta che devono ispirare il comportamento di tutti gli operatori sia nelle relazioni interne che nei rapporti con gli interlocutori esterni e rappresenta il principale mezzo di diffusione della cultura etica dell'Azienda Gli obblighi di condotta previsti nel Codice di Comportamento sono estesi, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori e consulenti, titolari di qualsiasi tipologia di contratto o incarico, al personale con contratto di somministrazione lavoro, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione Strategica nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo. A tal fine negli atti di incarico o nei contratti di collaborazione, consulenza o servizi, l'ASST inserisce apposite clausole di risoluzione del rapporto contrattuale. La violazione di tali clausole contrattuali comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto. Con deliberazione ANAC n. 177/2020, sono state aggiornate le Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento integrativi, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.lgs. n. 165/2001. Nel corso del 2022, il RPCT avvierà i lavori di approfondimento con l'Organismo di Valutazione e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (entrambi ricostituiti nel luglio 2021), al fine di addivenire, entro fine anno, alla elaborazione di un nuovo Codice di comportamento aziendale da sottoporre alla Direzione Strategica e, successivamente, a procedura partecipativa per il coinvolgimento degli stakeholder.



				<p>Il vigente Codice di comportamento aziendale è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale al link https://www.asst-pini-cto.it/codice-di-comportamento.</p>
c)	ROTAZIONE DEL PERSONALE	<p>Legge 190/2012 e smi D.Lgs. 165/2001 e smi PNA</p>	<p><i>Legge 190/2012, art. 1</i></p> <p>...10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche ... b) alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;</p>	<p>Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.</p> <p>Si evidenzia la difficoltà dell'applicazione della rotazione ordinaria, in un ospedale monospecialistico come l'ASST G. Pini-CTO, in ragione delle competenze iper-specialistiche del personale sanitario.</p> <p>Nel corso dell'anno 2021, l'ASST è stata interessata da un fisiologico processo di turn over dei dirigenti amministrativi che ha consentito la rotazione funzionale di taluni di essi:</p> <ul style="list-style-type: none">- il Direttore UOC Organizzazione Risorse Umane, in carica sino al 31.07.2021, è stato assegnato dall'01.08.2021 alla UOC CUP Accoglienza;- assunzione dall'01.08.2021 del nuovo Dirigente UOC Organizzazione Risorse Umane;- subentro dall'01.08.2021 del nuovo Dirigente UOC Acquisti e Logistica in sostituzione del dimissionario uscente;- subentro dall'01.12.2021 del nuovo Direttore della UOC Gestione Tecnico patrimoniale in sostituzione del dimissionario;- conferimento nuovo incarico di Responsabile dell'UOS Direzione Medica di Presidio - CTO a far data dal 01.10.2021;- conferimento incarico di Direttore della UOC Direzione Medica di Presidio a far data dal 01.01.2022.



			<p><i>D.Lgs. 165/2001 - Art. 16. Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali.</i></p> <p>...1. I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: ... <i>l-quater]</i> provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è 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.</p> <p>D.Lgs. n. 165/2001 - art. 16, comma 1, lett. l - quater prevede l'obbligo da parte del datore di lavoro di rotazione del personale "...omissis.....nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".</p>	<p>Tutte le UOC sono comunque tenute, per le istruttorie più delicate, ad attuare meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo l'affiancamento del principale collaboratore istruttore con altro dipendente, in modo che, ferma restando la responsabilità del procedimento in capo al solo Dirigente, più soggetti procedano ad una valutazione congiunta degli elementi istruttori, propedeutica alla decisione finale ed alla condivisione delle motivazioni ad essa sottese.</p> <p>Al fine dell'applicabilità della rotazione straordinaria, l'Azienda è tenuta a verificare, con riferimento ad ogni singolo caso, la sussistenza: a) <i>dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare a carico del dipendente, in base a quanto previsto nella Delibera ANAC n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art art. 16, co. 1, lett. l-quater e del D.Lgs. n.165/2001".</i> Per avvio del procedimento, si deve intendere il momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale di una condotta qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001 e s.m.i.</p> <p>In base alla suindicata Delibera ANAC n. 215/2019, per procedimento disciplinare rilevante si deve intendere il procedimento avviato per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate reati.</p> <p>L'Azienda è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale ovvero al trasferimento del dipendente ad altro ufficio nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata (con provvedimento di</p>
--	--	--	---	---



				assegnazione adeguatamente motivato), rilevi che la condotta del dipendente oggetto del procedimento penale o disciplinare sia di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs. 165/2001). Nel caso di personale non dirigenziale, la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio.
D)	CONFLITTO DI INTERESSE	Legge 241/1990, nuovo art. 6bis DPR n. 62/2013	<i>Legge 241/90: Art. 6-bis. - Conflitto di interessi (introdotto dall'art. 1, comma 41, Legge n. 190 del 2012)</i> 1. 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 interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.	Per la nozione di conflitto di interesse, si fa riferimento a quanto indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA. La Determinazione ANAC n. 12/2015, in relazione al carattere organizzativo delle misure di prevenzione della corruzione, le definisce come "misure che riguardano tanto l'imparzialità oggettiva (volta ad assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva del funzionario (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale). Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere: interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado; interesse del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale; interessi di soggetti od organizzazioni con cui egli od il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi; interessi di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene, altresì, in ogni altro caso in cui ricorrano gravi ragioni di opportunità. Il Codice Etico Comportamentale dell'ASST da integrarsi con gli specifici regolamenti vigenti in materia (Regolamento disciplinante le attività libero professionale, attualmente in fase di revisione ed il Regolamento incarichi ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e smi) disciplina gli obblighi e le responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interesse e di applicazione delle misure di prevenzione. Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente e



				<p>comunque non oltre 10 giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato, per iscritto, al Dirigente dell'ufficio di appartenenza, la situazione di conflitto di interesse che lo riguarda. Il Dirigente che riceve la comunicazione, verificata la sussistenza di un conflitto di interesse, adotta gli opportuni provvedimenti, anche sostituendo l'interessato. Il Dirigente risponde per iscritto all'interessato comunicando gli esiti della valutazione e motivando espressamente le ragioni che determinano la rimozione dello stesso dall'incarico o che ne consentono la prosecuzione. La valutazione dei singoli casi di conflitto di interesse è tempestivamente comunicata al R.PCT che predispone un sistema di archiviazione dei casi di astensione.</p>
E)	INCARICHI E PRESTAZIONI NON COMPRESI NEI DOVERI D'UFFICIO, CONFERITI AI DIPENDENTI	D.Lgs. 165/2001 e smi	<p><i>Specificatamente alla fattispecie, il D.Lgs. 165/2001 - Art. 53, dispone:</i></p> <p>.... 6. Gli incarichi retribuiti, di cui ai commi seguenti, sono tutti gli incarichi, anche occasionali, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, per i quali è previsto, sotto qualsiasi forma, un compenso. Sono esclusi i compensi derivanti:</p> <ul style="list-style-type: none">a) dalla collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;b) dalla utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;c) <i>dalla partecipazione a convegni e seminari;</i>d) da incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;e) da incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;f) da incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccate o in aspettativa non retribuita; <p>f-bis) <i>da attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.</i></p> <p>... 7 I dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati</p>	<p>Con deliberazione n. 611 del 14.12.2017 è stato adottato il Regolamento aziendale che ha recepito le indicazioni dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione, oggi ORAC (di cui alle note ARAC. Prot. n. 2017.0000332 del 14/09/2017 e prot. n. 2017.0000388 del 25/10/2017), in tema di conflitto di interessi, con particolare riferimento alla partecipazione del dipendente, a titolo oneroso o gratuito, in qualità di relatore, moderatore o docente, in attività di tipo scientifico/convegnistico, organizzate e/o sponsorizzate da società o persone fisiche che svolgono attività di impresa o commerciale in favore dell'Azienda.</p> <p>Il vigente regolamento:</p> <ul style="list-style-type: none">- individua i casi di incompatibilità e di conflitto di interessi, anche solo potenziali;- distingue gli incarichi extraistituzionali soggetti ad autorizzazione preventiva o a semplice comunicazione scritta;- elenca le attività precluse;- assoggetta a regime autorizzatorio gli incarichi ex art. 53, comma 6, lett. c) del D.Lgs n.165/2001 "<i>partecipazione a convegni e seminari</i>", in qualità di relatori/docenti/moderatori organizzati e/o sponsorizzati da provider o da società che svolgono attività di impresa o commerciale in favore dell'Azienda. <p>In materia di sponsorizzazioni, con deliberazione n. 718 del 21.12.2018, a recepimento delle specifiche Linee guida</p>



	PARTECIPAZIONE AD EVENTI SCIENTIFICI E SPONSORIZZAZIONI		dall'amministrazione di appartenenza. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.	regionali, è stato adottato il Regolamento aziendale sulla sponsorizzazione degli eventi formativi che prevede, tra l'altro, l'assoggettamento ad autorizzazione preventiva degli incarichi di relatore/moderatore o formatore/docente in attività di tipo scientifico convegnistico organizzate da società che abbiano in essere attività di sperimentazione con l'Azienda.
F)	INCONFERIBILITÀ	D.Lgs. 39/2013 Capi II, III, IV	<p>Il <i>D.Lgs. 39/2013</i> disciplina le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.</p> <p>Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. g) D.lgs. n. 39/2013, l'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 a coloro che:</p> <ul style="list-style-type: none">- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale;- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;- siano stati componenti di organi di indirizzo politico. <p>La dichiarazione di insussistenza di una delle fattispecie sopra indicate è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico (art. 20, co. 4 d.lgs. n. 39/2013).</p>	<p>In attuazione dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012, con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interesse e, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato il Decreto delegato <i>de quo</i> che prevede e disciplina una serie articolata di cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi:</p> <ul style="list-style-type: none">- incarichi amministrativi di vertice;- incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico;- incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico.



g)	INCOMPATIBILITÀ	D.Lgs. 39/2013 Capi V, VI	Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. h) D.lgs. n. 39/2013, l'incompatibilità comporta l'obbligo, per il soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.	<p>Si richiama, a tal proposito, la sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza Sezione del Consiglio di Stato e la deliberazione ANAC 22.12.2014, n. 149 ad oggetto "Interpretazione e applicazione del Decreto Legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" disponendo che le ipotesi di inconfiribilità o incompatibilità devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario, escludendo da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate "dirigenziali".</p> <p>Come ribadito nella delibera ANAC n. 1146 del 25.09.2019 relativa all'applicabilità della disciplina 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 "solamente il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono ritenuti titolari di competenze gestorie e, dunque, inclusi nelle preclusioni e i limiti del d.lgs. n. 39/2013. Tutti gli altri dirigenti sanitari, medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi ecc.) sono esclusi dall'ambito della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità".</p> <p>L'art. 20 del D. lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di</p>
----	-----------------	------------------------------	---	---



				<p>efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4). Per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D.lgs. 39/2013, la UOC Organizzazione Risorse Umane:</p> <ul style="list-style-type: none">- acquisisce le dichiarazioni al fine del conferimento dell'incarico dirigenziale;- provvede alla pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013;- provvede alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese presso le Procure di competenza;- richiede ai dirigenti interessati l'aggiornamento delle dichiarazioni al fine di verificare l'eventuale verificarsi di una causa di incompatibilità od inconferibilità.
H)	ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	D.Lgs. 165/2001 e smi.	<i>D.Lgs. 165/2001, art. 53, co 16-ter.</i> I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.	<p>La Legge 190/2012 ha valutato anche l'ipotesi che il dipendente pubblico possa sfruttare la posizione acquisita durante il periodo di servizio per preconstituire delle condizioni favorevoli al futuro ottenimento di incarichi presso le imprese o i privati con i quali è entrato in contatto durante lo svolgimento della sua attività amministrativa.</p> <p>Non tutti i dipendenti sono interessati da questa fattispecie, ma soltanto coloro che hanno la possibilità di influenzare il contenuto degli atti amministrativi che riguardano gli interessi di soggetti esterni all'amministrazione (poteri autoritativi o negoziali).</p> <p>Misure in atto:</p> <ul style="list-style-type: none">- previsione nei contratti di assunzione del personale dirigenziale e del Comparto, titolari di incarichi di funzione (già posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento), a tempo indeterminato e determinato, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente/lavoratore autonomo;- inserimento nei prototipi di domanda di dimissione dal servizio (compresi i casi di collocamento in quiescenza per



				<p>raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) di apposita dichiarazione con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;</p> <p>- inserimento, nella domanda di partecipazione alle procedure di gara presentata dall'operatore economico, del requisito generale di non aver stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti ed ex lavoratori autonomi dell'ASST che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, pena l'immediata esclusione dell'operatore economico dalla procedura di affidamento e l'impossibilità per lo stesso di contrattare con l'ASST per i successivi tre anni; con esperimento di azione risarcitoria nei confronti dell'operatore economico per gli eventuali danni subiti dall'ASST.</p> <p>Colui che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, è tenuto a segnalare detta violazione per le conseguenti verifiche e segnalazioni da parte del RPCT, all'ANAC ed eventualmente al soggetto privato.</p>
I)	<p>FORMAZIONE COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.</p>	<p>D.Lgs. 165/2001 e smi Legge 190/2012 e smi.</p>	<p><i>D.Lgs. 165/2001, art. 35-bis</i></p> <p>...1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:</p> <p>a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;</p> <p>b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;</p> <p>c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici</p>	<p>La disposizione pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.</p> <p>Prima della nomina della Commissione, il Responsabile di procedimento acquisisce apposita dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000, utilizzando il modulo standard appositamente predisposto.</p> <p>Il monitoraggio per la verifica del rispetto dei divieti contenuti nell'art. 35-bis è disposta dal Responsabile del procedimento tramite acquisizione del casellario giudiziale e del certificato dei carichi pendenti per i componenti esterni la commissione.</p> <p>Relativamente ai dipendenti ASST provvederà l'UOC Gestione Risorse Umane a cui il Responsabile del procedimento invierà copie delle autocertificazioni acquisite.</p> <p>Compete all'UOC Gestione Risorse Umane le verifiche di cui alla lett. b) della normativa <i>de quo</i>.</p> <p>Se, all'esito della verifica, risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:</p>



			di qualunque genere.	<ul style="list-style-type: none">- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013 2013 e le sanzioni previste dall'art. 18 del D.Lgs. 39/2013.;- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto e a dichiarare la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico ex art. 17 del D.Lgs. 39/2013;- in caso di formazione di commissioni: dichiara l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT, non appena ne sia a conoscenza, provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta, ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.
L)	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALA ILLECITI	Legge 190/2012 e smi Legge 179/2017 D.Lgs. 165/2001 e smi	La nuova Legge 30.11.2017. n. 179, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale in data 14.12.2017 " <i>Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato</i> " modifica l'art. 54 bis, del D.Lgs. 165/2001 e smi in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti	Si rinvia al <i>Capitolo 13</i> del PTPC specificatamente dedicato alla misura.
M)	FORMAZIONE DEL PERSONALE	Legge 190/2012 e smi	<i>Legge 190/2012, art. 1</i> ...8. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. Le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11; ...10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche:	Si rinvia al <i>Capitolo 12</i> del PTPC specificatamente dedicato alla misura.



			<p>....c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11;</p> <p>....11. La Scuola superiore della pubblica amministrazione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, predispone percorsi, anche specifici e settoriali, di formazione dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni statali sui temi dell'etica e della legalità. Con cadenza periodica e d'intesa con le amministrazioni, provvede alla formazione dei dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni, il rischio che siano commessi reati di corruzione.</p>	
N)	PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI E/O CLAUSOLE DI LEGALITÀ	Legge 190/2012 e smi DGR n. XI/1751/2019	<p><i>Legge 190/2012, art. 1</i></p> <p>...17. Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.</p>	<p>Lo strumento dei patti di integrità rappresenta per la Legge n. 190/2012 un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante quale presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. E' inteso come un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.</p> <p>Con DGR n. XI/1751/2019 la Giunta regionale Regione Lombardia ha approvato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all'all. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006, n. 30".</p> <p>Il patto è parte integrante dei contratti; viene sottoscritto per accettazione dai contraenti.</p>



Si propone di seguito la scheda tipo di budget 2022, relativamente agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza di cui al PTPCT 2022-2024 e recepita nel presente PIAO 2022-2024.

OBIETTIVI ANNO 2022

UOC - Resp.

Tipologia Obiettivo	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Tempistica raggiungimento	Peso dirigenza	Peso comparto	UOC coinvolte
Aziendale	Prevenzione Corruzione/ Trasparenza	Attuazione delle misure di prevenzione di cui al PTPCT 2022 2024 (ALL.1) e recepite nel PIAO 2022-2024	n. azioni attuate/ n. azioni previste (>=90%)	31.12.2022			

Il Direttore Generale

Il Direttore

Data

Il Direttore della UOC



2.3.12. Formazione sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza

La formazione ha da sempre rappresentato una delle principali misure di prevenzione indicate dal PNA e suoi aggiornamenti.

L'ASST pianifica azioni tese a far acquisire e mantenere nel tempo le competenze che le risorse coinvolte nei processi a rischio devono possedere per un'efficace attuazione del sistema di gestione della prevenzione della corruzione. A tali soggetti sono destinate azioni di aggiornamento, affiancamento, formazione attraverso la partecipazione a:

- iniziative formative di e-learning ovvero iniziative di formazioni in aula inserite nel Piano Formativo Aziendale 2022 approvato con deliberazione n. 196 del 21.04.2022;
- eventi formativi fuori sede, ovvero a convegni, seminari, corsi qualificati dal punto di vista tecnico specialistico promossi da Università, Aziende/Agenzie del Sireg, Enti esterni.

Il contenuto della formazione, secondo un approccio normativo-specialistico e valoriale, sarà adattato al ruolo del personale ed avrà una portata:

- più generalista, per il personale non sottoposto a rischi significativi;
- più dettagliata, per chi opera nelle aree di attività cd "sensibili", esposte a più alto rischio.

2.3.13. Whistleblowing

Proseguiranno nel 2022 le sessioni formative per l'accoglienza e formazione del personale neo assunto, tenute da un gruppo di lavoro aziendale, a valenza multidisciplinare, di cui fa parte anche il Responsabile anticorruzione per le tematiche dell'etica e della legalità.

In tema di whistleblowing, con deliberazione n. 157 del 05.05.2016 è stato approvato il regolamento aziendale "*Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti*" e relativi allegati:

- sub a 1) *modello per la segnalazione di condotte illecite*
- sub a 2) *indicazioni operative per la denuncia del danno erariale*

La documentazione è pubblicata sul sito internet istituzionale- Sezione Amministrazione Trasparente al link <http://www.gpini.it/main-menu/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corrruzione/>.

Con deliberazione ANAC n. 469 del 9 giugno 2021, sono state aggiornate le Linee guida in materia, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 e della Legge n.179/2017 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*".

Le nuove Linee Guida pongono particolare attenzione alla tutela della privacy del *whistleblower*, del segnalato ed all'adozione da parte dell'Azienda di misure di mitigazione del rischio di ritorsioni.

La novità normativa infatti, su quest'ultimo aspetto, sanziona i responsabili di atti discriminatori e/o di misure ritorsive (quali ad esempio il demansionamento e il licenziamento), posti in essere dall'Ente nei confronti del dipendente, a seguito della segnalazione medesima.



Il RPCT avvierà nel corso del 2022 i lavori di approfondimento, con il supporto dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e la UOC Organizzazione Risorse Umane per l'elaborazione di una bozza di revisione del Regolamento attuale, da adottare verosimilmente entro il mese di aprile 2023, che dovrà disciplinare, nello specifico, così come previsto dalle nuove specifiche Linee guida ANAC, i tempi per l'avvio e la definizione delle istruttorie delle segnalazioni ricevute.

Attualmente, il sistema delle segnalazioni in uso garantisce la tutela e segretezza dell'identità del segnalante, che può avvalersi della casella di posta elettronica (trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it) direttamente ed esclusivamente accessibile al RPCT.

E' in fase di attivazione, a cura del RPCT e del Dirigente UOC Sistemi informativi aziendali, la procedura informatizzata "Whistleblowing PA", messa a disposizione, a titolo gratuito, da Transparency International Italia, che offre maggiori garanzie a tutela dell'identità del segnalante e, in generale, uno strumento più avanzato per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing.

Si precisa infine che, nel corso del 2021 non sono pervenute segnalazioni di whistleblowing né da parte di dipendenti, né di soggetti esterni o in forma anonima.

2.3.14. Sistema disciplinare: il Codice di Comportamento

Ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e successive modifiche ed integrazioni, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare.

Per i dipendenti dell'ASST, la violazione delle misure di prevenzione, previste dal presente Piano, costituisce illecito disciplinare.

L'Allegato 2 *Tabella degli obblighi di pubblicazione*", parte integrale e sostanziale del PIAO individua, nel dettaglio, i riferimenti normativi ed i contenuti dei singoli obblighi di pubblicazione nonché l'indicazione del Responsabile della struttura aziendale responsabile della pubblicazione, completo delle correlate indicazioni circa l'assolvimento degli obblighi.

Il Codice di Comportamento aziendale, approvato con deliberazione DG n. 43/2014, disciplina espressamente gli istituti del whistleblowing, degli incarichi extra-istituzionali dei dipendenti (art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.), dell'incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi dirigenziali (D.Lgs. 39/2013), del conflitto di interessi e dell'obbligo di astensione (artt. 6 e 7 del DPR 63/2013).

Con deliberazione ANAC n. 177/2020, sono state aggiornate le Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento integrativi, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.lgs. n. 165/2001.

Nel corso del 2022, l'ASST procederà all'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, la cui bozza verrà elaborata dal RPCT in collaborazione con il Nucleo di Valutazione e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (entrambi ricostituiti nel luglio 2021), e



sottoposta, prima dell'approvazione, a procedura partecipativa per il coinvolgimento degli stakeholder.

Il nuovo Codice di Comportamento aziendale avrà l'obiettivo di estendere la sua applicazione al maggior numero di soggetti che, a vario titolo, intrattengono rapporti professionali con l'Azienda.

Il vigente Codice di comportamento aziendale è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale al link <https://www.asst-pini-cto.it/codice-di-comportamento>.

2.3.15. Il Piano di Audit

L'attività di auditing è una "misura di contrasto alla corruzione", che si propone di verificare la conformità normativa e il livello di efficacia ed efficienza dei processi, rientranti nelle Aree di rischio corruttivo, con l'obiettivo di:

- rispondere alle aspettative del Management aziendale in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi;
- verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento;
- accertare attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle raccomandazioni e dei piani d'azione relativi agli audit precedentemente effettuati.

Tra gli adempimenti del Responsabile della Funzione Anticorruzione, Trasparenza ed Internal Auditing rientra la pianificazione annuale delle attività di audit.

Con deliberazione n. 101 del 25.02.2022 è stato adottato il Piano delle attività di Internal Auditing anno 2022, di seguito riportate:

N. 1 - ATTIVITÀ/PROCESSO: prestazioni ambulatoriali SSR e relativi tempi di attesa

TIPOLOGIA DI RISCHIO: conformità/amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: miglioramento del sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime SSR, sulla gestione delle agende e sul rispetto dei relativi tempi di attesa.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Gestione Operativa

N. 2 - ATTIVITÀ/PROCESSO: rapporto tra volumi delle prestazioni in SSR e in Libera Professione

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: monitoraggio del rapporto tra i volumi di attività istituzionale attesi e i tetti di libera professione definiti nei budget di Struttura, ai fini del bilanciamento tra l'offerta di libera professione e l'attività istituzionale.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Gestione Operativa.



N. 3 - ATTIVITÀ/PROCESSO: recupero crediti dell'Azienda

TIPOLOGIA DI RISCHIO: conformità/amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: conformità della procedura di recupero dei crediti insoluti per prestazioni sanitarie con focus sulle prestazioni non urgenti erogate in Pronto Soccorso.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Economico-Finanziaria – UOC Gestione Operativa – UOC Affari Generali Istituzionali e Legali

N. 4 - ATTIVITÀ/PROCESSO: servizio di gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali in modalità global service

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: corrispondenza tra la consistenza dell'inventario utilizzato per la determinazione del canone del servizio di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali gestite in outsourcing e parco macchine esistente.

STRUTTURA AUDITATA: UOS Ingegneria Clinica

N. 5 - ATTIVITÀ/PROCESSO: servizio di pulizia e sanificazione per le esigenze dell'ASST

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: sistema di rideterminazione del canone in funzione della riorganizzazione degli spazi/aree oggetto del servizio di che trattasi.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Acquisti e Logistica

N. 6 - ATTIVITÀ/PROCESSO: magazzino SAGBO

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: processo di riorganizzazione del magazzino di giacenza del materiale protesico destinato alle sale operatorie del P.O. G. Pini.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Acquisti e Logistica

L'aggiornamento annuale della presente sottosezione si attiva al verificarsi dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali;
- modifiche interne all'amministrazione (variazioni assetto organizzativo, acquisizione nuove competenze);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione
- nuovi indirizzi o direttive contenute nel PNA o emanate da ANAC.

2.3.16. Trasparenza

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.



Quest'ultima parte della presente sottosezione dedicata al tema della trasparenza ha recepito integralmente i contenuti di cui alla seconda sezione, sempre riservata alla "Trasparenza" di cui al PTPCT 2022-2024.

In essa sono definite le misure, le procedure e le iniziative finalizzate all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni e l'alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente".

I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione individuati dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sono stati oggetto di revisione e semplificazione dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, entrato in vigore il 23 dicembre 2016, e di intervento da parte di ANAC con apposite Linee Guida (Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310). Un'importante novità introdotta dal predetto Decreto riguarda il nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui, in calce al presente documento, se ne fornisce un quadro.

Accesso ai dati, alle informazioni e ai documenti

Ai fini della piena accessibilità alle informazioni, nella homepage del sito web aziendale (inserita www.asst-pini-cto.it) è inserita un'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", contenente i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente.

La struttura delle informazioni sui siti istituzionali è prevista dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

La sezione "Amministrazione Trasparente" è organizzata in sotto-sezioni (di primo e di secondo livello) all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016 sopra richiamata.

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti previsti può essere anche garantita attraverso il collegamento ipertestuale alle banche dati dei siti web in cui sono presenti i relativi dati, assicurandone comunque la qualità di tali informazioni.

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.

Responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati, delle informazioni e dei documenti

I Responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicità obbligatoria sono i Dirigenti di struttura, secondo competenza.

Nell'ALLEGATO 2 "Tabella degli obblighi di pubblicazione" sono definiti, con riferimento a ciascuna sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente, gli obblighi di pubblicazione



(contenuto/tempistica) e individuate le funzioni aziendali deputate all'assolvimento dell'adempimento.

Per i contenuti che potenzialmente interessano trasversalmente più articolazioni organizzative aziendali si è ritenuto, convenzionalmente, di indicare "Responsabile per materia".

Qualità delle informazioni

Le Pubbliche Amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni presenti nel sito istituzionale, 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.

Un dato si ritiene pubblicato in modo completo se la pubblicazione è esatta ed accurata.

Per quanto riguarda l'esattezza si fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. Per innalzare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione, si privilegerà l'esposizione sintetica e in forma tabellare dei dati oggetto di pubblicità.

Per l'accuratezza, invece, si fa riferimento alla capacità dello stesso di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

Le pubbliche amministrazioni sono tenute a controllare anche l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove sia necessario. Con il termine aggiornamento non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, sono pubblicati in formato di tipo aperto, ai sensi dell'art. 68 del Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i, e sono riutilizzabili ai sensi del Decreto Legislativo 24 gennaio 2006, n. 36 e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

L'ASST, al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, si impegna ad un progressivo allineamento all'evoluzione normativa, avendo come punto di riferimento le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale relativamente agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati.

I documenti pubblicati daranno evidenza dei dati di contesto, ovvero:

- fonte (articolazione organizzativa di riferimento);
- oggetto della pubblicazione;



- revisione (dati di prima pubblicazione o eventuale aggiornamento);
- validità (periodo al quale i dati si riferiscono);
- in vigore dal: (data adozione atto);
- data di pubblicazione.

L'esigenza di assicurare un'adeguata qualità delle informazioni non può, in ogni caso, costituire motivo per l'omessa o ritardata pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti.

Durata e decorrenza dell'obbligo di pubblicazione

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, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (articoli 14, comma 2, e 15, comma 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013 (Accesso Civico).

Protezione dati personali

La pubblicazione *on line* dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicità obbligatoria rispetterà, in ogni caso, i limiti posti dalla legge in materia di protezione dei dati personali così da realizzare un punto di equilibrio tra i valori che i due ambiti riflettono in sede di concreta applicazione.

Ai fini della pubblicazione dei dati è necessario considerare preliminarmente la normativa relativa alla protezione dei dati personali, così come delineata dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 10, che ha adeguato il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003) alle disposizioni del Regolamento Europeo.

L'art. 2 ter del D.Lgs. 196/2003 - introdotto dal D.Lgs. n. 101/2018 - in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che, la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento".

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che "La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1".

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, vale a dire di liceità, correttezza e trasparenza,



minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

Il medesimo D.Lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone, inoltre, che: *"nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione"*.

Vige l'assoluto divieto di pubblicare dati inerenti lo stato di salute, le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.

Infine la figura del Responsabile dei dati (RPD) introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679, costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT.

Il RPD ai sensi della normativa europea, svolge specifici compiti anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato ad informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione di protezione dei dati personali.

Il RPD costituisce, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento anche per il RPCT che, ad esempio, nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato riguardanti profili attinenti alla protezione dei dati personali, le stesse, sono decise, così come disposto dall'art. 5 comma 7, del D.Lgs. 33/2013, dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali.

In questi casi, se ritenuto necessario, il RPCT, secondo quanto disposto dal PNA 2019, può avvalersi, limitatamente a profili di carattere generale, del supporto del RPD nell'ottica della collaborazione fra Uffici.

Procedura di alimentazione sezione amministrazione

Per il rispetto degli obblighi di pubblicazione è fondamentale, oltre alla chiara individuazione dei responsabili della pubblicazione dei dati e dei documenti, la programmazione ordinata della trasparenza, a partire dalla definizione puntuale della procedura di alimentazione e gestione della Sezione "Amministrazione Trasparente".

Di seguito, se ne propone la rappresentazione:





Monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di pubblicità

I risultati dell'attività di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione sono riportati nella relazione annuale del RPCT.

ACCESSO DOCUMENTALE, ACCESSO CIVICO SEMPLICE E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Con deliberazione n. 610 del 14.12.2017, l'Azienda ha adottato il regolamento disciplinante le tre diverse tipologie di accesso, indicando i rispettivi limiti di applicazione.

Il regolamento prevede:

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/90 e s.m.i.);
2. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
3. una terza dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato di cui all'art 5, comma 2 del D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016.

Per **accesso civico semplice** si intende il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, d.lgs. 33/2103) nei casi in cui l'Azienda ne abbia omesso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.

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 RPCT attraverso un modulo di richiesta pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Altri contenuti - accesso civico" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al Direttore Amministrativo, titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Anche il modulo dell'istanza al titolare del potere sostitutivo è disponibile nella sottosezione "Altri contenuti - accesso civico" <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>.

RESPONSABILE DELLA FUNZIONE TRASPARENZA ANTICORRUZIONE E INTERNAL AUDITING:

Dott.ssa Marilena Moretti

Mail: trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it

PEC: protocollo@pec.asst-pini-cto.it

Per **accesso civico generalizzato**, disciplinato dall'art. 5 bis del D.Lgs. 33/2013 introdotto dal D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97, s'intende il diritto di chiunque di chiedere ed ottenere che le Pubbliche Amministrazioni pubblicino atti, documenti ed informazioni che le stesse detengono a qualsiasi titolo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito; fatto salvo il rispetto di alcuni limiti



inderogabili indicati sempre nell'art.5 bis del riformulato D.Lgs. 33/13, rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

Ai sensi dell'art. 6, comma 1, D.Lgs. n. 97/2016, l'istanza di accesso che non richiede alcuna motivazione, può essere trasmessa per via telematica e presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- b) all'Ufficio Relazioni con il pubblico
- c) ad altro ufficio indicato dall'Amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale
- d) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Il regolamento prevede, nel caso di accesso civico e di accesso generalizzato, la possibilità di presentare istanza di accesso, secondo la modulistica in uso, ai seguenti indirizzi: protocollo@pec.asst-pini-cto.it o trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it

Il predetto regolamento attribuisce alla UOC Affari Generali Istituzionali e Legali la competenza a gestire le richieste di accesso civico generalizzato coerentemente con le indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC n. 1309/2016.

La predetta UOC assegna ai singoli Uffici le richieste di accesso sulla base della specifica competenza onde consentire l'istruttoria e la trasmissione dei riscontri agli istanti.

Infine il regolamento vigente in materia ha istituito il "Registro degli accessi" contenente le richieste di accesso pervenute, distinte per tipologia (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico o accesso generalizzato). Viene aggiornato ogni anno e pubblicato sul sito web istituzionale dell'ASST – sez. "Amministrazione Trasparente" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>.



SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda, con la propria struttura organizzativa, di cui al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, si pone quale soggetto attuatore di una presa in carico integrata e complessiva del paziente attraverso percorsi che, partendo dall'accesso legato all'episodio acuto (sia urgente che elettivo), garantiscano la continuità del processo medico-riabilitativo fino al collegamento forte con il territorio.

3.1.1. L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

Ai sensi dell'art. 17-bis del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. l'organizzazione dipartimentale è il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 definisce l'assetto organizzativo dei Dipartimenti, le competenze, le funzioni, le responsabilità ed i rapporti tra strutture e tra i livelli di responsabilità interni ai Dipartimenti.

Nell'ambito dell'autonomia riconosciuta dalla normativa vigente, per perseguire i propri fini istituzionali, l'ASST adotta il modello dipartimentale al fine di rendere omogenei ed efficienti i processi aziendali.

Il modello dipartimentale rappresenta una modalità organizzativa articolata in più tipologie di strutture di più strutture, complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale, che svolgono compiti omogenei, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e che sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Il Dipartimento è quindi lo strumento per la programmazione e il coordinamento unitario delle attività proprie i cui risultati siano misurabili in termini di efficienza ed efficacia.

Il modello organizzativo dipartimentale è fondato su alcuni principi cardine:

- flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali;
- valorizzazione delle responsabilità cliniche, gestionali e organizzative;
- potenziamento della qualità dell'assistenza sotto ogni profilo, attraverso l'armonizzazione dei processi di diagnosi e cura;
- condivisione di obiettivi e risultati comuni da perseguire.

La corretta implementazione del modello dipartimentale è un elemento fondamentale per la Direzione Strategica Aziendale il cui scopo è quello di valorizzare il personale favorendo la condivisione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa e collaborazione reciproca.



Il Dipartimento svolge un ruolo di direzione gerarchica sovraordinata sulle unità operative di competenza, ed assume anche compiti di orientamento, indirizzo e coordinamento delle attività cliniche.

Le risorse umane e strumentali sono pertanto assegnate dalla Direzione Strategica Aziendale ai vari dipartimenti che sono responsabili della gestione ottimale delle stesse al fine di raggiungere gli obiettivi fissati nell'ambito della programmazione aziendale.

L'organizzazione dipartimentale delle attività assistenziali, amministrative, di ricerca scientifica e di didattica, deve prevedere, in presenza di strutture complesse convenzionate con l'Università, il pieno coinvolgimento degli stessi responsabili con funzioni assistenziali.

3.1.2. GLI ORGANI DEI DIPARTIMENTI DELLA ASST GAETANO PINI – CTO

Nella ASST GAETANO PINI-CTO sono stati individuati i seguenti dipartimenti di natura gestionale:

- Dipartimento Tecnico-Amministrativo
- Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche
- Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche
- Dipartimento dei Servizi Sanitari
- Dipartimento di Riabilitazione.

I Dipartimenti sono diretti da un Direttore di Dipartimento coadiuvato dal Comitato di Dipartimento, in conformità con quanto previsto dal Regolamento di Dipartimento.

I Dipartimenti sono costituiti, secondo la configurazione adottata, da:

- Unità Operative Complesse;
- Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- Unità Operative Semplici afferenti a Unità Operative Complesse.

Le risorse del Dipartimento sono quelle assegnate alle singole Unità Operative afferenti al Dipartimento, nei limiti di quanto previsto nei piani annuali di attività e di budget in relazione agli obiettivi e ai risultati attesi.

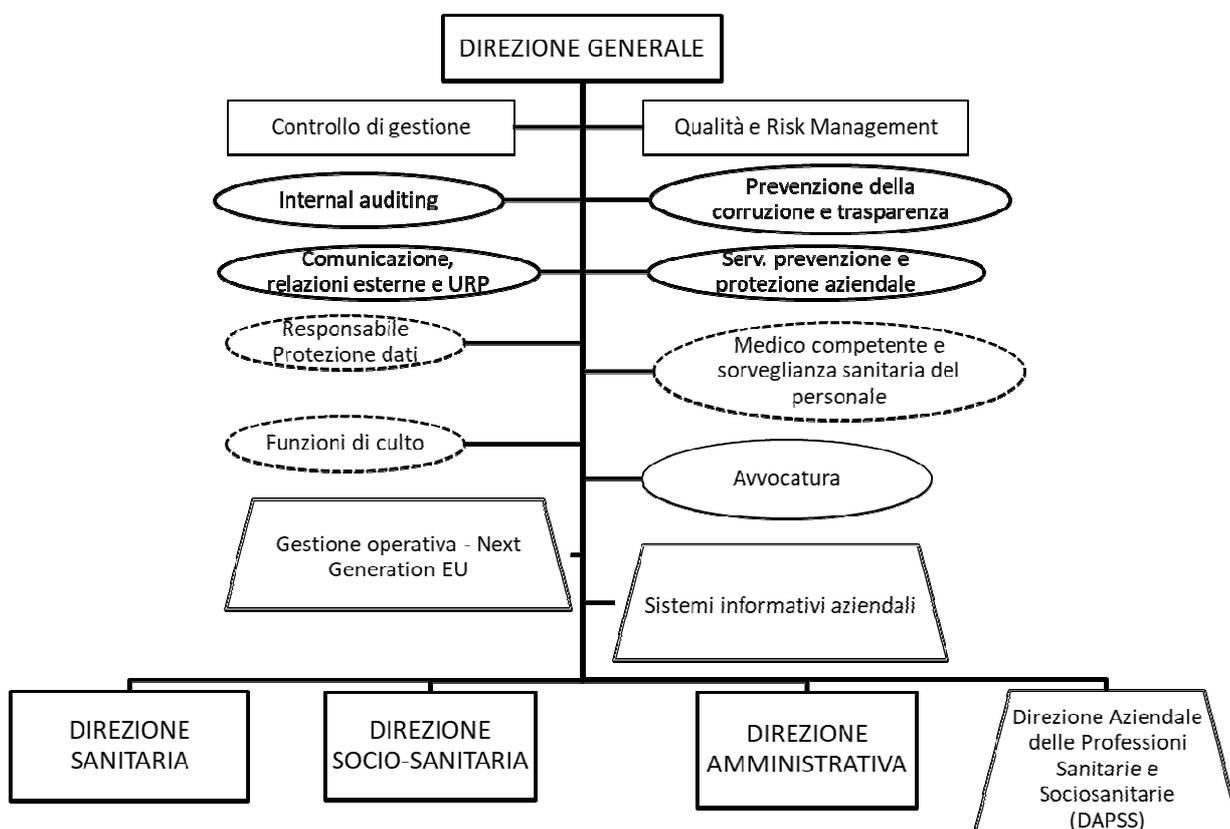
I Dipartimenti Gestionali sono caratterizzati dall'uso integrato delle risorse umane, strutturali e strumentali ed eventuali altre risorse specifiche necessarie per il funzionamento. Il loro compito è di determinare l'uso delle risorse in aree affini e complementari sia in ambito assistenziale che di ricerca, e di contribuire alla definizione dei carichi di lavoro derivanti dalle attività assistenziali e di ricerca, nell'ottica di una migliore razionalizzazione delle risorse.



La preposizione ai Dipartimenti Gestionali, comporta l'attribuzione di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3.1.3. LA DIREZIONE GENERALE

Organigramma della Direzione Generale



STAFF DEL DIRETTORE GENERALE

Gli Staff della Direzione operano sinergicamente al fine di integrare competenze specialistiche ed attuative, strumenti impiegati ed obiettivi da realizzare. Assicurano e promuovono collaborazione con le strutture organizzative o settori di attività diversi.

Le strutture in staff al Direttore Generale sono:

- UOC Gestione operativa - Next Generation EU



- UOC Sistemi Informativi Aziendali;
- UOC Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS)
- UOS Controllo di Gestione;
- UOS Qualità e Risk Management

Le funzioni sono:

- Internal auditing;
- Prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Comunicazione, relazioni esterne e URP;
- Avvocatura
- Servizio prevenzione e protezione aziendale;
- Responsabile Protezione Dati;
- Medico competente e sorveglianza sanitaria del personale
- Funzioni di culto.

Oltre alle strutture e alle funzioni sopra elencate e di seguito descritte nel dettaglio, la Direzione Generale ha in capo anche una competenza importante relativa al processo di potenziamento della ricerca, dello sviluppo e dell'alta formazione. La strategicità di questo processo pone l'esigenza di ricondurne il riferimento proprio alla Direzione Strategica Aziendale in un'ottica di governo integrato e coordinato delle attività di ricerca e alta formazione per tutti i professionisti all'interno dell'Azienda attraverso la promozione e lo sviluppo di attività di ricerca clinica e formazione specialistica a livello regionale, nazionale ed internazionale.

Per la descrizione delle strutture e funzioni in staff al Direttore Generale si rinvia al capitolo 4.3 "la Direzione Generale" del POAS 2022-2024.

3.1.4. LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Organigramma della Direzione Amministrativa



STAFF DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

La Direzione Amministrativa assicura l'espletamento delle funzioni amministrative e di supporto tecnico professionale e logistico, anche a valenza trasversale, di interesse della Direzione Strategica Aziendale e delle strutture aziendali, con lo scopo di garantire efficienza organizzativa ed economica, omogeneizzazione e semplificazione delle procedure, trasparenza nell'agire amministrativo.

DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO

L'organizzazione delle attività amministrative dell'Azienda tiene della complessità amministrativa e del carico gestionale che si è venuto a creare nell'attuale contesto socio-assistenziale ed economico.

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo, trasversale all'interno dell'organizzazione aziendale, svolge le funzioni propositive, programmatiche e gestionali, secondo criteri tecnico/professionali propri, per tutta l'area amministrativa ed a supporto delle diverse articolazioni, coordinando ed integrando i processi necessari alla realizzazione degli obiettivi aziendali. Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo si pone quale obiettivo principale l'erogazione dell'attività di supporto, in posizione di fornitore di servizi, a favore di tutte le strutture organizzative dell'Azienda, con particolare riguardo a quelle che hanno come finalità primaria l'erogazione dell'assistenza.

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo, sulla base di uno specifico regolamento, ha il compito di integrare e rendere più funzionali le strutture tecniche e amministrative dell'azienda. Esso si propone di rendere le attività amministrative più rispondenti alle politiche di sviluppo aziendali e di assicurare adeguato supporto alle attività sanitarie dell'azienda.



Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo è articolato in strutture organizzative complesse e semplici e si caratterizza come strumento operativo "in line" al Direttore Amministrativo:

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo è articolato come segue:

UOC Affari generali e legali;

- UOS Affari Legali

UOC Gestione e sviluppo delle risorse umane;

- UOS Gestione giuridica del Personale

UOC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato)

UOC Gestione Tecnico Patrimoniale;

- UOS Gestione manutenzioni e monitoraggio consumi

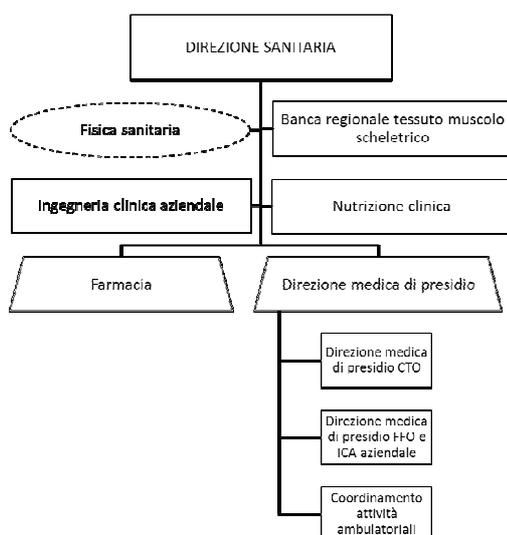
UOC Bilancio Programmazione finanziaria e Contabilità;

- UOC Accoglienza – CUP – Monitoraggio libera professione

Per la descrizione delle strutture e funzioni in staff al Direttore Amministrativo si rinvia al capitolo 4.4 "La Direzione Amministrativa" del POAS 2022-2024.

3.1.5. LA DIREZIONE SANITARIA

Organigramma della Direzione Sanitaria



STAFF DEL DIRETTORE SANITARIO

La Direzione Sanitaria, per l'espletamento delle funzioni attribuite al Direttore Sanitario, si avvale di articolazioni organizzative che rappresentano lo strumento mediante il quale vengono organizzate e gestite le attività e le risorse necessarie all'assolvimento dei compiti istituzionali.



Tali articolazioni organizzative operano in stretto collegamento con le Unità Operative di diagnosi e cura, secondo gli indirizzi definiti dalla Direzione Sanitaria.

Le strutture in staff al Direttore Sanitario sono:

UOC Direzione Medica di Presidio;

- UOS Direzione medica di Presidio CTO
- UOS Direzione medica di presidio FFO e ICA aziendale
- UOS Coordinamento attività ambulatoriali

UOC Farmacia

UOS Ingegneria clinica aziendale;

UOS Nutrizione clinica

UOS Banca regionale tessuto muscolo scheletrico

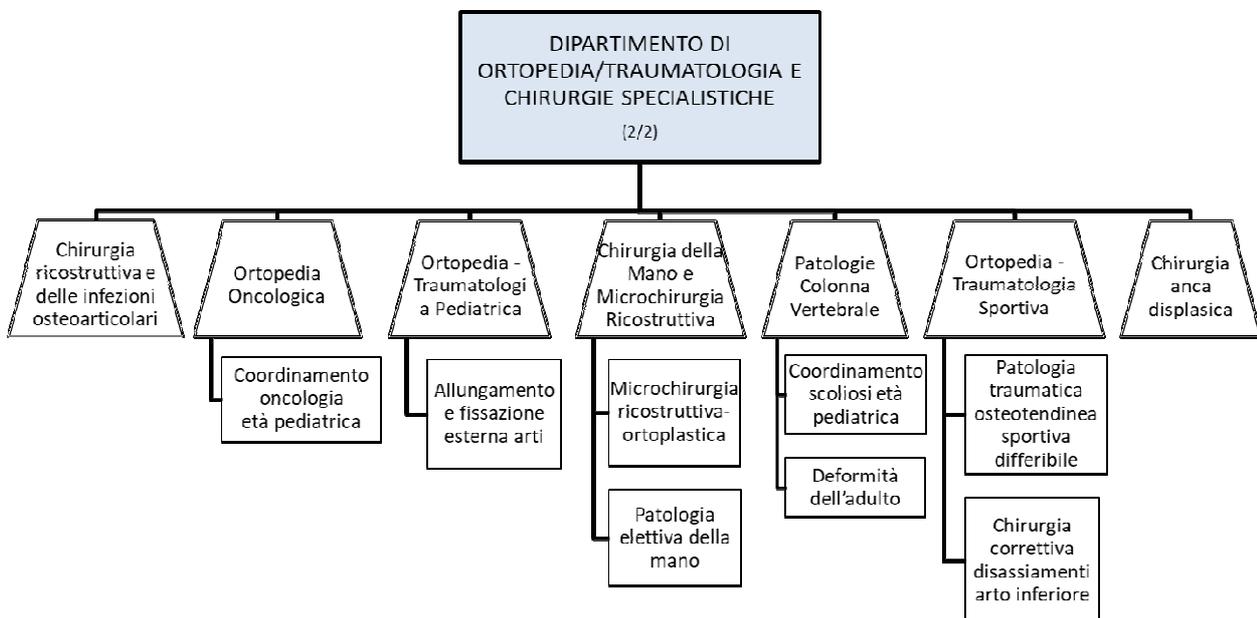
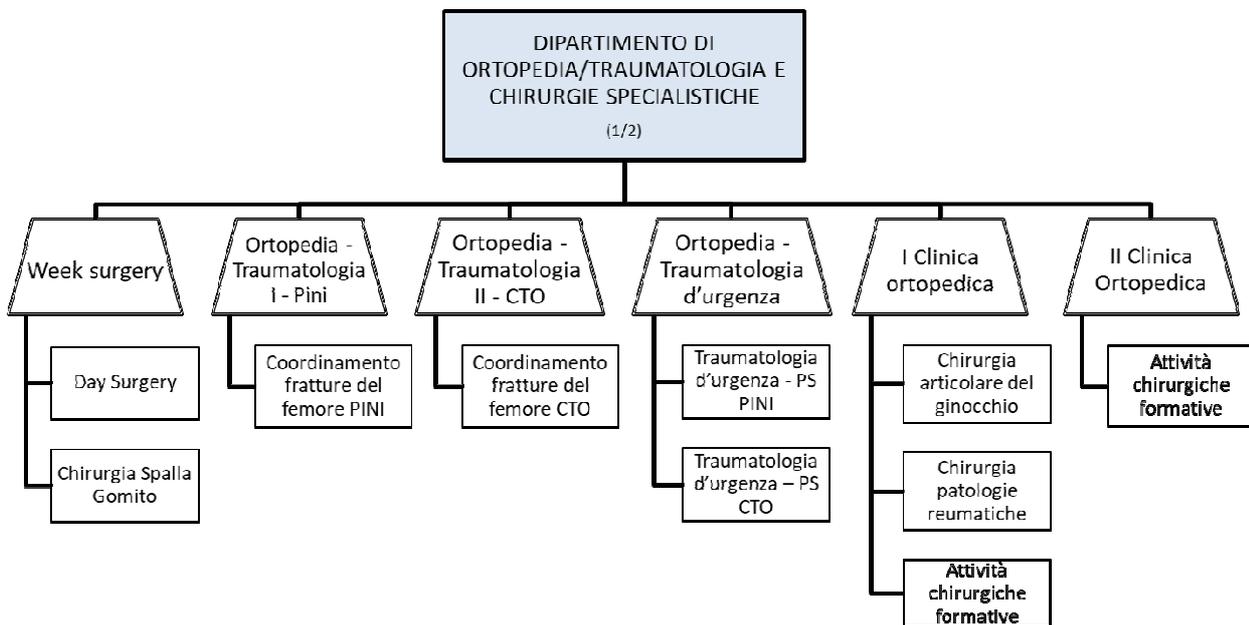
Le funzioni sono:

Fisica Sanitaria.

Per la descrizione delle strutture e funzioni in staff al Direttore Sanitario si rinvia al capitolo 4.5 "La Direzione Sanitaria" del POAS 2022-2024.

3.1.6. DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA E CHIRURGIE SPECIALISTICHE

Organigramma del Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche



Il Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche opera sui due Presidi aziendali svolgendo sia attività di ricovero, ambulatoriale e di pronto soccorso.

Il Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche è la più complessa articolazione organizzativa dell'Azienda.



Fanno capo al Dipartimento tutte le Strutture Complesse di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda.

La strutturazione di tale Dipartimento è stata fatta tenendo in considerazione nella riorganizzazione della rete di offerta, il contesto strutturale influenzato dalla riconversione, trasformazione, riqualificazione e/o adeguamento dei posti letto all'interno di aree omogenee, caratterizzate da tipologie, volumi e qualità delle prestazioni rese.

La costituzione del Dipartimento risponde al fabbisogno organizzativo di:

- integrare l'attività dei diversi settori specialistici rappresentandone gli interessi in modo unitario;
- permettere un uso flessibile e quindi ottimale di tutte le risorse;
- si raccorda con il Dipartimento di Riabilitazione al fine di attuare tempestivamente i percorsi riabilitativi del paziente.

L'articolazione organizzativa del dipartimento si caratterizza per la presenza di Unità operative complesse e semplice ad alta specializzazione nella medesima disciplina, Ortopedia e Traumatologia.

Nella definizione della nuova configurazione organizzativa si è ritenuto di valorizzare le competenze presenti secondo i seguenti criteri:

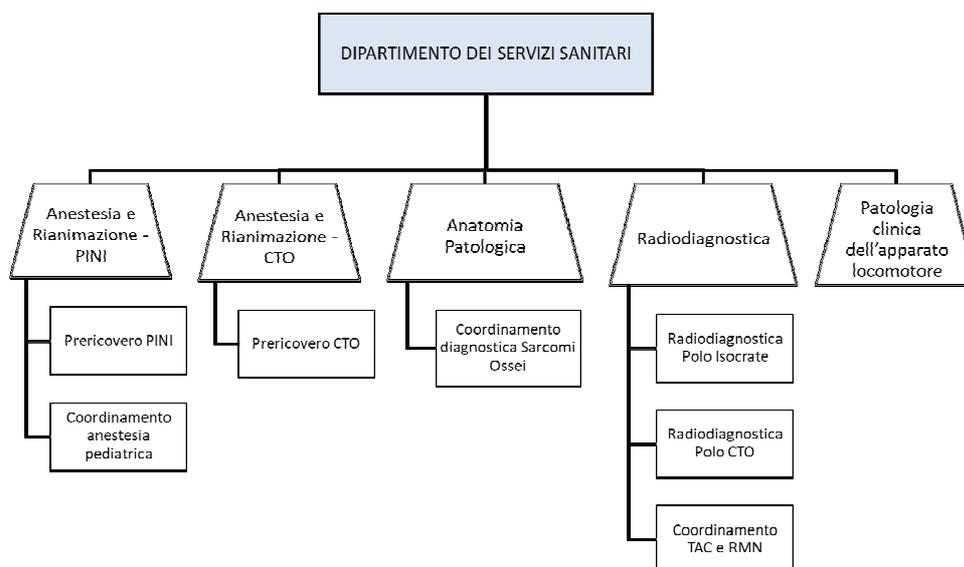
- omogeneizzazione e standardizzazione delle cure nei diversi poli erogativi aziendali
- intensità di cura
- valorizzazione della traumatologia ed urgenza
- infezioni nosocomiali
- competenze specialistiche

Per la descrizione delle Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici (UOS) si rinvia al paragrafo 4.5.2 del POAS 2022-2024.



3.1.7 DIPARTIMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Organigramma del Dipartimento dei Servizi Sanitari



La funzione del Dipartimento dei Servizi Sanitari è costituito da Unità Operative Complesse di discipline diverse che supportano trasversalmente i processi assistenziali degli altri dipartimenti sanitari.

Lo stesso Dipartimento ha un ruolo strategico nella razionalizzazione e ottimizzazione nell'uso delle risorse umane utilizzate nelle varie attività di supporto alle attività cliniche (ad esempio anestesisti, radiologi, tecnici di radiologia, ecc.).

Il Dipartimento gestisce, inoltre, importanti strumenti e apparecchiature che necessitano di costante monitoraggio e controllo per tutte le fasi di vita degli stessi: acquisto, manutenzione, certificazione e controlli di qualità.

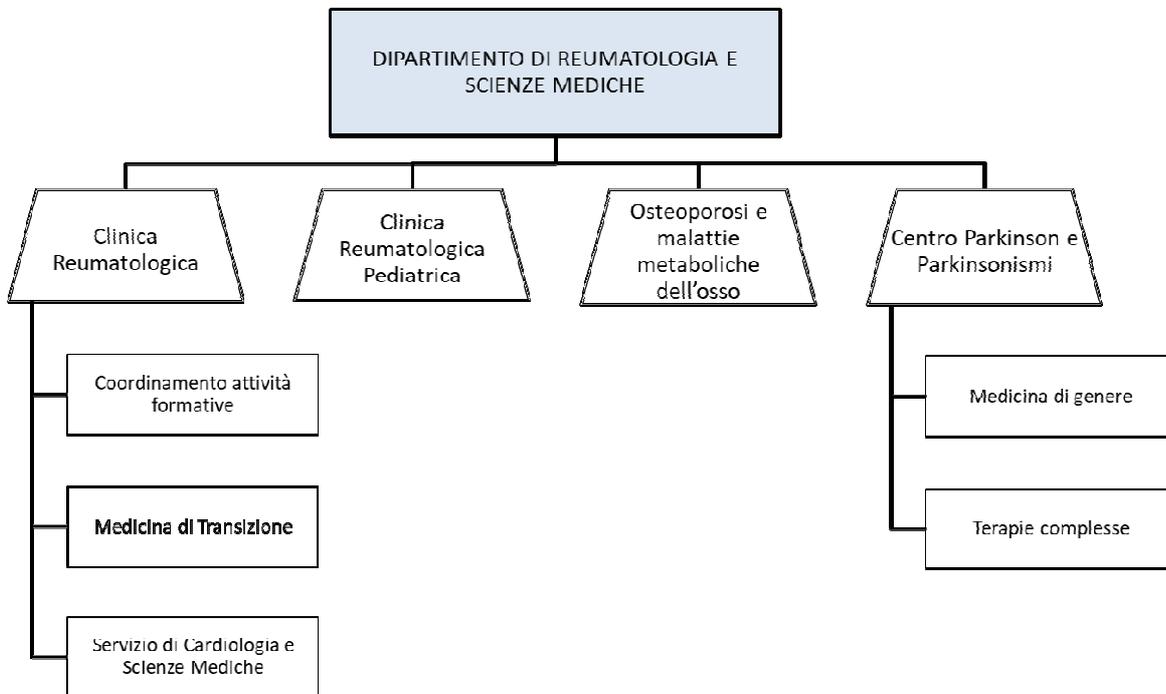
La continua ricerca di un assetto organizzativo in grado di rispondere alle criticità operative, ha spinto il Management Aziendale a ridefinire gli assetti delle responsabilità in modo da ottenere una struttura adatta al perseguimento dei fini istituzionali.

Per la descrizione delle Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici (UOS) Unità Semplici Dipartimentali (UOSD) del Dipartimento in argomento, si rinvia al paragrafo 4.5.3 del POAS 2022-2024.



3.1.8 DIPARTIMENTO DI REUMATOLOGIA E SCIENZE MEDICHE

Organigramma del Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche



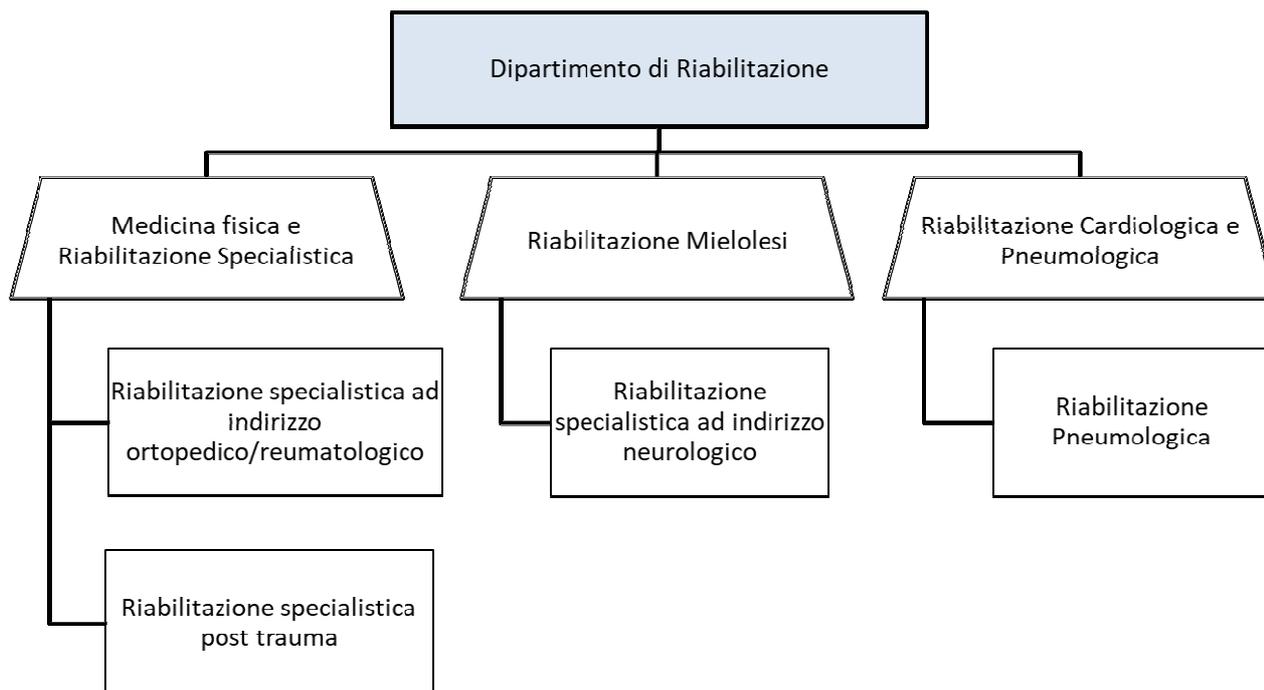
Il Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche ricomprende, oltre alla Reumatologia, tutte le discipline dell'area medica che operano a diverso titolo all'interno dell'azienda, a supporto delle attività chirurgiche e riabilitative. All'interno del dipartimento la UOC Clinica Reumatologica e la UOC centro Parkinson e Parkinsonismi sono Centro di Riferimento regionale e nazionale per le malattie rare sia per quanto riguarda l'ambito reumatologico e che per quanto riguarda la Malattia di Parkinson e alcune malattie neurodegenerative.

Per la descrizione delle Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici (UOS) Unità Semplici Dipartimentali (UOSD) del Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche, si rinvia al paragrafo 4.5.4 del POAS 2022-2024.



3.1.9 DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Organigramma del Dipartimento di Riabilitazione



Il Dipartimento di Riabilitazione afferisce gerarchicamente alla Direzione Sanitaria e funzionalmente alla Direzione Sociosanitaria. Il Dipartimento costituisce un unicum nel panorama della riabilitazione regionale per la numerosità dei posti letto totalmente dedicati alla riabilitazione specialistica in ambito ortopedico/reumatologico, cardiorespiratorio e neurologico (Unità spinale medullolesi).

Il dipartimento articola la propria organizzazione sulle tre sedi dell'Azienda, garantendo le attività riabilitative sia in regime di ricovero (Polo Fanny Finzi Ottolenghi-FFO, CTO) sia in regime ambulatoriale a differenti livelli di complessità assistenziale (MAC, Riabilitazione ambulatoriale specialistica in palestra e in vasca) in primis a supporto dei reparti dell'Azienda, assicurando la presa in carico tempestiva dei pazienti fin dalla fase acuta secondo regole di appropriatezza ed efficacia degli interventi. Il Dipartimento con le proprie UOC rappresenta un punto di riferimento per le strutture sanitarie regionali per quanto riguarda i percorsi di riabilitazione post acuta ad indirizzo ortopedico/traumatologico e cardiorespiratorio e per la presa in carico dei pazienti con esiti da lesioni spinali.



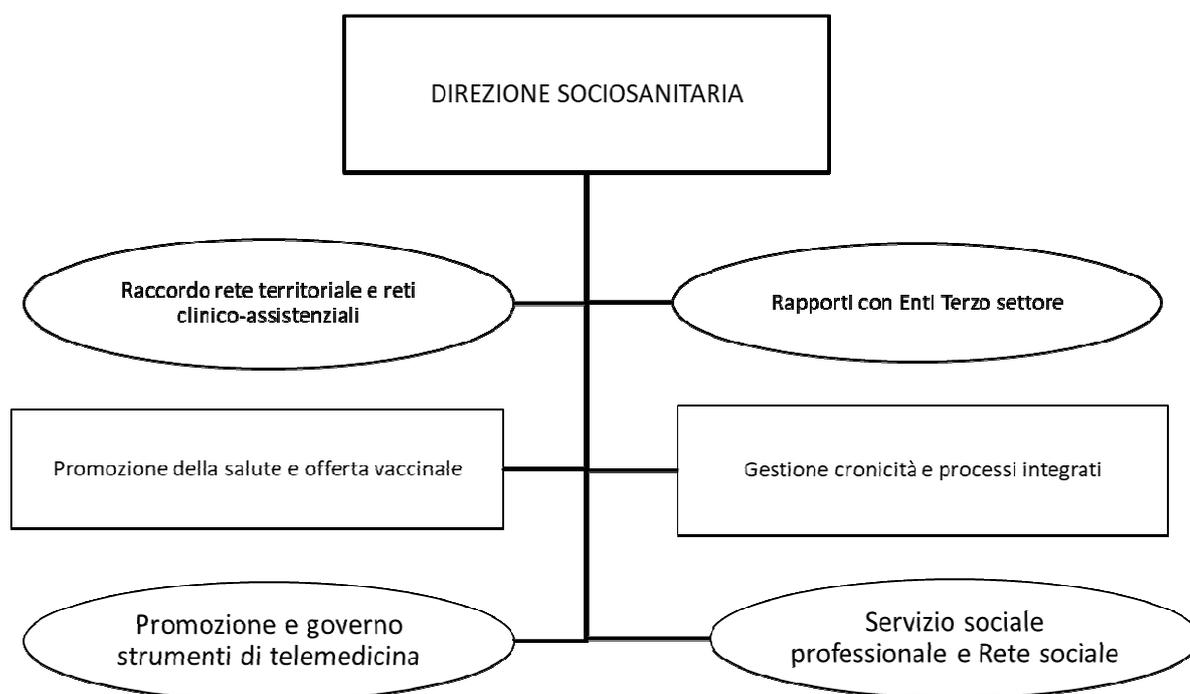
L'attività di Riabilitazione specialistica occupa un ruolo d'importanza strategica nei percorsi dei pazienti che accedono all'Azienda in tutte le sue aree specialistiche, in quanto componente significativa del processo di cura in grado di garantire non solo una presa in carico riabilitativa precoce in raccordo con l'attività dell'immediato post-operatorio (governato dal chirurgo) ma anche la continuità assistenziale mediante l'affidamento alla rete dei servizi territoriali, assicurando le attività di riabilitazione a medio e lungo termine (governate dal fisiatra e dal riabilitatore).

La struttura organizzativa del Dipartimento si sviluppa nell'ottica di migliorare efficacia ed efficienza nel momento della transizione dalla fase acuta a quella di recupero funzionale, allo scopo di poter garantire al paziente il livello di assistenza più appropriato al suo bisogno e diminuire i tempi di degenza dei ricoveri per acuti, assicurando la continuità di cura e la presa in carico del paziente con vari gradi di disabilità.

Per la descrizione delle Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici (UOS) del Dipartimento di Riabilitazione, si rinvia al paragrafo 4.5.5 del POAS 2022-2024.

3.1.10 LA DIREZIONE SOCIO SANITARIA

Organigramma della Direzione Sociosanitaria





STAFF DEL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

La Legge Regionale 22/2021 costituisce un passaggio evolutivo del servizio sociosanitario lombardo e sancisce principi e finalità che riconducono all'approccio "ONE HEALTH", ovvero alla necessità di assicurare ai cittadini la tutela e la promozione della salute globalmente intesa nella sua stretta connessione con la salute degli animali e con l'ambiente e di garantire l'equità di accesso ai percorsi di cura e assistenza mediante la presa in carico integrata della persona nel suo complesso e della sua famiglia in ambito sanitario, sociosanitario e sociale. L'approccio "ONE HEALTH" basa i propri principi fondanti su driver di processo agibili e praticabili nella prospettiva della continuità assistenziale, dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale degli interventi nei diversi setting di cura, attraverso strumenti operativi omogenei e condivisi tra i diversi attori del sistema. Lo sviluppo e l'organizzazione delle funzioni territoriali dell'ASST acquisisce quindi una valenza rilevante anche in assenza di servizi territoriali a gestione diretta, come nel caso dell'ASST GAETANO PINI-CTO. Tali presupposti consentono inoltre di sviluppare nuovi modelli organizzativi che valorizzino il ruolo delle professioni sanitarie (infermiere di famiglia e di comunità, fisioterapista) nelle funzioni di *case management* dei percorsi complessi nell'ambito della cronicità e fragilità e nelle funzioni di sanità di iniziativa nella prevenzione e promozione della salute.

La Direzione Sociosanitaria presiede pertanto la governance dei percorsi integrati di presa in carico dei pazienti sia ospedalieri che territoriali in un'ottica di salute globalmente intesa e di continuità ospedale territorio. Sovrintende inoltre la definizione di processi e strumenti operativi a supporto delle attività di prevenzione e promozione della salute. Nell'espletamento di tali funzioni la direzione sociosanitaria opera in raccordo funzionale stretto con la direzione medica di presidio e con la direzione delle professioni sanitarie e sociosanitarie.

I settori in cui si articolano le funzioni territoriali in capo alla direzione sociosanitaria sono pertanto i seguenti:

- Area dell'integrazione sociosanitaria e sociale nella presa in carico della cronicità e fragilità attraverso team multidisciplinari (infermiere di famiglia e servizio sociale professionale, medico specialista);
- Area della prevenzione e promozione della salute e di corretti stili di vita;
- Area delle reti clinico assistenziali;
- Area della telemedicina;
- Area dei rapporti con il volontariato e con gli enti del terzo settore.

La Direzione Sociosanitaria, per l'espletamento delle funzioni attribuite al Direttore Sociosanitario, si avvale di articolazioni organizzative che rappresentano lo strumento mediante il quale vengono organizzate e gestite le attività e le risorse necessarie all'assolvimento dei compiti istituzionali.



Per la descrizione delle Unità Operative della Direzione Socio-Sanitaria, si rinvia al capitolo 4.6 "La Direzione SocioSanitaria" del POAS 2022-2024.

3.1.11 I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

Il POAS 2022-2024 disciplina, nel rispetto della normativa vigente e della pianificazione regionale, l'organizzazione e il funzionamento dell'ASST, i compiti ed i livelli di responsabilità dei suoi dirigenti, nonché le correlazioni fra le strutture stesse.

La disciplina vigente ha introdotto la necessità che le Pubbliche Amministrazioni si dotino di un sistema di misurazione e valutazione della performance come strumento utile a migliorare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati. La performance si distingue in:

Organizzativa, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;

Individuale, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

3.1.12 I PROCESSI DECISIONALI E L'ARTICOLAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

LE DELEGHE

In linea generale e fatte salve le peculiarità di ciascun settore di attività attribuito alla sfera di competenza istituzionale dell'Azienda, costituiscono oggetto di delega i provvedimenti di gestione attuativi degli indirizzi aziendali di carattere generale o comunque a contenuto vincolato in quanto applicativi di norme di legge o di regolamento.

L'Azienda ispira la propria attività ai principi cardine in materia di funzioni dirigenziali esplicitati dal Decreto Legislativo n. 165/2001, affidando ai Dirigenti il diretto esercizio dell'attività gestionale in senso stretto.

In questo contesto il Direttore Generale, nella sua qualità di titolare della gestione complessiva dell'Ente, delega ai Dirigenti l'adozione di atti in via autonoma, con rilievo sia interno sia esterno, nella forma giuridica della "determinazione dirigenziale", attribuendo loro a tal fine specifica delega.

La responsabilità sulla legittimità degli atti, sull'utilizzo delle risorse e sui risultati è diffusa in tutta l'organizzazione aziendale. Su tali presupposti, l'attribuzione delle deleghe da parte del Direttore Generale si realizza nel rispetto delle indicazioni normative e dei seguenti, specifici criteri:

- coerenza con i contenuti del piano di organizzazione;



- attribuzione di competenze ai vari ruoli in rapporto alle peculiarità di ciascuno;
- competenze dei professionisti che ricoprono i ruoli.

MODALITÀ DI ATTRIBUZIONE

Le suindicate deleghe sono attribuite con atto aziendale a contenuto generale. Le deleghe attualmente vigenti sono state attribuite ai Dirigenti con deliberazione DG n. 321 del 10 giugno 2021 ove sono specificati contenuti e limiti di tale prerogativa dirigenziale. L'atto aziendale di delega viene rivisto ed aggiornato a cadenza periodica.

Sono possibili, inoltre ulteriori assegnazioni di deleghe, a carattere temporaneo, nelle forme stabilite dall'ordinamento.

Il Direttore Generale, nell'esercizio delle proprie funzioni di direzione, conserva il potere di annullamento o revoca dei provvedimenti oggetto di delega, così come quello di avocazione e di sostituzione, intervenendo direttamente laddove ne ravvisi la necessità.

Analogamente, il Direttore Generale può provvedere alla revoca di una o più deleghe per ragioni organizzative o di opportunità.

GESTIONE DELLE MATERIE DELEGATE E FUNZIONE DEI DIRIGENTI

Nelle materie delegate, spetta al dirigente la gestione dell'intero processo di attività.

La delega di firma viene attribuita al Dirigente responsabile della Unità Organizzativa in qualità di responsabile del provvedimento finale, ferma restando la validità delle attribuzioni del responsabile del procedimento che può essere anche un soggetto diverso da chi adotta la determinazione dirigenziale.

Al riguardo, ai sensi dell'art. 4, comma 2, della L. 241/90 e ss.mm.ii, il dirigente di ogni unità organizzativa provvede ad assegnare a sé o ad altri addetti all'Unità stessa la responsabilità dell'istruttoria e di ogni altro adempimento inerente il procedimento e ad adottare, ove ne abbia la competenza, il provvedimento finale.

In ogni caso, l'adozione della determinazione dirigenziale deve essere preceduta da un'adeguata istruttoria ed il provvedimento deve contenere tutti gli elementi dell'atto amministrativo, con specifico riferimento ai presupposti di diritto e di fatto presi in considerazione ed all'esposizione delle considerazioni di ordine logico, tecnico ed amministrativo che supportano la decisione sostanziandosi nella motivazione.

Le determinazioni diventano esecutive all'atto della sottoscrizione, che ne costituisce anche attestazione di regolarità tecnica e legalità.

SISTEMA AZIENDALE PER LA GRADUAZIONE, IL CONFERIMENTO LA MODIFICA E LA REVOCA DEGLI INCARICHI DI STRUTTURA.

L'Azienda, mediante la contrattazione con le organizzazioni sindacali ha proceduto alla graduazione degli incarichi dirigenziali di natura professionale come segue:

- Struttura complessa;



- Struttura semplice;
- Incarico di Alta specialità (fascia economica 1);
- Incarico di Alta specialità (fascia economica 2);
- Incarico professionale

A seguito dell'approvazione del presente Piano saranno introdotti gli incarichi di Altissima professionalità nella misura consentita dal CCNL Area Sanità (10% degli incarichi di natura professionale).

Per il conferimento degli incarichi dirigenziali diversi da quello di Struttura Complessa, le cui modalità di conferimento restano disciplinate dall'art. 15, comma 7 bis del D.lgs. n. 502/1992 e dalla DGR n. X/553/2013, si procede con l'emissione di avviso di selezione interna. Gli incarichi dirigenziali, ai sensi dell'art. 19 del CCNL Area Sanità, sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda su proposta:

- del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
- del Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza per l'incarico di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;
- del Direttore della struttura di appartenenza sentito il Direttore di Dipartimento per gli incarichi professionali;
- del Direttore della struttura di appartenenza per gli incarichi professionali di base attribuibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali, le Aziende ed Enti effettuano una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali e tengono conto:

- delle valutazioni del Collegio tecnico;
- dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;
- delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte del Nucleo di valutazione;
- del criterio della rotazione ove applicabile.

Il conferimento o il rinnovo degli incarichi comporta la sottoscrizione di un contratto individuale d'incarico che integra il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisce tutti gli altri aspetti connessi all'incarico conferito ivi inclusi la denominazione, gli oggetti, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante.



Può essere disposta la revoca anticipata dell'incarico dirigenziale per i motivi di cui all'art. 15 ter, comma 3, del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i. o per effetto della valutazione negativa ai sensi dell'art. 61 del CCNL Area Sanità.

L'attuale regolamentazione, in fase di revisione è stata deliberata con provvedimenti n. 172 del 27/06/2001 e n. 16 del 16/01/2002.

AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE IN TERMINI DI NUMERO DI DIPENDENTI

A seguire, si dà evidenza dell'ampiezza media, in termini di personale dipendente, delle unità organizzative, distinte tra le UOC in Staff/Dip. Amministrativo e le UOC Sanitarie.

Tipologia UOC	FTE Medie
Staff + Dip. Amministrativo	10,45
Sanitaria	23,35





3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Obiettivo dello smart working è realizzare cambiamenti organizzativi che contemperino il miglioramento delle condizioni di vita dei dipendenti, maggiore autonomia e capacità decisionale unite a flessibilità riconosciuta ai lavoratori, sviluppa negli stessi una responsabilità di risultato piuttosto che di mera prestazione, nonché una maggiore motivazione tenuto conto anche degli effetti sul "work life balance". Ulteriore finalità è rappresentata dal miglioramento dei servizi, dall'incremento della performance organizzativa, dal maggior benessere organizzativo e dalla riduzione dei costi.

L'istituto ordinario del lavoro flessibile è stato introdotto in via sperimentale, in un periodo ante - Covid, giusta deliberazione n. 608 del 04.11.2019.

Nel 2021, in una prima fase di operatività del sistema, ogni dipendente ammesso al lavoro agile ha comunicato al competente Ufficio dell'U.O. Organizzazione Risorse Umane il momento di inizio e fine dello svolgimento dell'attività in modalità SW. Successivamente è stata attivata la completa automazione all'interno del programma aziendale, Myaliseo, dell'inserimento della giornata lavorata in SW. Quanto alle modalità di monitoraggio delle attività e di verifica e rendicontazione delle stesse, si evidenzia che la misurazione è avvenuta secondo forme e modalità differenziate in relazione alla tipologia di attività e alla organizzazione delle modalità lavorative proprie di ciascuna articolazione aziendale. Per alcune attività infatti si è resa necessaria una puntuale verifica in ordine al corretto svolgimento della stessa mentre per altre tale verifica è stata assorbita dalla immediata evidenza dei risultati derivanti dallo svolgimento delle relative attività (es. attività connesse ad adempimenti a scadenze, emissioni fatture, emissioni ordinativi).



Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi:

N. dipendenti attività idonea a essere svolta da remoto (sanitari e amministrativi)	N. dipendenti abilitati allo Smart Working	% dipendenti abilitati	Tot gg in smart/ tot gg lavorati
198	120	60,61%	16,35%

L'Azienda, a mezzo note informative rivolte a tutto il personale, da ultimo con nota del 06.04.2022, come già precisato con precedenti circolari, ha confermato, anche alla luce dell'andamento epidemiologico e all'esito di eventuali provvedimenti normativi che dovessero essere emanati, le attuali modalità di svolgimento del lavoro agile (max 2 giorni a settimana), che prevedono la previa sottoscrizione di specifico nuovo contratto individuale.

La medesima nota informativa comunica l'intenzione dell'Azienda di voler sviluppare, nei prossimi mesi, un nuovo regolamento aziendale sul lavoro agile, all'esito della definizione del nuovo CCNL Comparto Sanità e previo avvio di confronto sindacale con il coinvolgimento del Comitato Unico di Garanzia.

Di seguito si riportano le modalità di lavoro flessibile in essere:

Ambito di applicazione

Possono accedere allo smart working tutti i dipendenti, comparto e dirigenza - tecnico-amministrativo - dell'ASST a tempo pieno, con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato, le cui mansioni e/o attività siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività e gli obiettivi della U.O. di assegnazione.

A titolo esemplificativo, le attività che possono essere ricomprese nell'ambito del lavoro agile sono quelle che:

- implicano la creazione, elaborazione e trasmissione di dati e documenti;
- non prevedono contatto diretto con l'utenza e/o incontri, riunioni con colleghi e superiori;
- comportano una prestazione chiara, definita e valutabile ;
- non richiedono l'accesso da remoto a cartelle di rete aziendali e/o l'utilizzo di software aziendali non pubblicati in internet e possono essere svolte con PC privato.

Modalità di svolgimento

Lo smart working prevede la possibilità di lavorare in una sede diversa da quella di assegnazione per un massimo di n. 4 giorni al mese, non cumulabili per un utilizzo successivo e fruibili per non più di n. 1 giorni a settimana, salva diversa programmazione da concordare con il Direttore dell'U.O.C. o con il dirigente di riferimento.

Luogo di svolgimento

Lo smart working è autorizzato in luoghi specificamente e previamente individuati, di uso privato, pubblico e/o collettivo, con preferenza ad ambienti al chiuso, indoor, all'interno del territorio nazionale.

Il luogo individuato deve essere idoneo a consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa in condizioni di sicurezza e riservatezza, nel rispetto delle prescrizioni legali



in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e della salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi del D.L.vo. 9 aprile 2008 n. 81.

Orario di lavoro

La smartworker/lo smartworker è tenuto a rispettare l'orario di lavoro contrattualmente previsto; le ore di lavoro da remoto non possono essere effettuate prima delle ore 8:30 e dopo le ore 19:30. Nella stessa fascia oraria - o in altra concordata previamente con il dirigente di riferimento - il dipendente è tenuto a garantire la possibilità di essere contattata/o telefonicamente.

Eventuali e sopravvenuti impedimenti alla reperibilità dovranno essere preventivamente segnalati al dirigente di riferimento e giustificati con gli istituti contrattuali.

In caso di malattia la prestazione da remoto è sospesa, analogamente alla prestazione in ufficio, nel rispetto delle norme in materia di assenze dal lavoro.

Modalità di adesione

Nella fase sperimentale, l'ASST provvederà a pubblicare un "Avviso di manifestazione di interesse", finalizzato alla raccolta di adesioni.

L'adesione alla sperimentazione è su base volontaria.

Per i dipendenti del comparto la domanda di accesso allo smart working sarà indirizzata al proprio dirigente della U.O.C./U.O..

Valutata la compatibilità con le attività da svolgere e gli obiettivi dell'U.O., verrà effettuata un'analisi con il dirigente, finalizzata a valutare la congruenza dell'attività in smart working con l'autonomia nello svolgimento dei compiti assegnati e l'efficienza della gestione organizzativa con particolare riferimento alla possibilità di verifica delle prestazioni svolte. Nello specifico, il dipendente dovrà predisporre con l'ausilio del Dirigente di riferimento, un progetto in cui verranno compiutamente rappresentate le attività da svolgere in smart working, le modalità di verifica, gli obiettivi che si intendono raggiungere.

Successivamente il Dirigente, in considerazione dei criteri di valutazione eventualmente forniti dall'Amministrazione, formulerà una proposta scritta e motivata di ammissione/non ammissione allo smart working, alla Direzione di Dipartimento e alla Direzione Strategica per il seguito di competenza dell'U.O.C. Risorse Umane.

La proposta di ammissione/non ammissione dovrà essere sottoscritta dal dipendente che ha presentato la domanda e controfirmata con parere di ammissione/non ammissione, motivato, dal dirigente.

Per i dirigenti la domanda di accesso allo smart working sarà indirizzata alla Direzione Strategica per la quale verrà predisposto il progetto in cui verranno compiutamente rappresentate le attività da svolgere in smart working, le modalità di verifica, gli obiettivi che si intendono raggiungere.

Nello specifico, il dirigente dovrà predisporre con l'ausilio del Capo Dipartimento di riferimento, un progetto in cui verranno compiutamente rappresentate le attività da svolgere in smart working, le modalità di verifica, gli obiettivi che si intendono raggiungere. Successivamente il Capo Dipartimento, in considerazione dei criteri di valutazione eventualmente forniti dall'Amministrazione, formulerà una proposta scritta e motivata di ammissione/non ammissione allo smart working, alla Direzione di Dipartimento e alla Direzione Strategica.



La proposta di ammissione/non ammissione dovrà essere sottoscritta dal dirigente che ha presentato la domanda e controfirmata con parere di ammissione/non ammissione, motivato, dal Capo Dipartimento.

Qualora le richieste ammesse siano superiori al numero dei posti ammissibili l'U.O.C. Risorse Umane procede alla redazione della graduatoria secondo punteggi tra loro cumulabili:

1. Progetto smart working: fino a punti 6;
2. Situazione di disabilità psico-fisica, anche transitoria, ovvero particolari condizioni di salute del dipendente che rendano disagiata il raggiungimento della sede di lavoro, documentate attraverso la produzione di idonea certificazione: punti 1;
3. Dipendente in stato di gravidanza: punti 1;
4. Esigenze di conciliazione con bisogni di crescita educativi nei confronti di figli minori: punti 0,25;
5. Esigenze di conciliazione con bisogni di crescita educativi nei confronti di figli minori di età uguale o inferiore a 12 anni: punti 0,5;
6. Esigenze di assistenza nei confronti del coniuge, del partner di un'unione civile, del convivente in "stabile convivenza", del genitore o del figlio che si trovano in una condizione di bisogno assistenziale o cura - che non dà diritto ad altre agevolazioni- da documentare attraverso la produzione di idonea certificazione: punti 0,5;
7. Distanza in termini di percorrenza - prendendo in considerazione sia il mezzo pubblico sia il mezzo privato - tra il domicilio dichiarato e la sede di assegnazione superiore ad un'ora e mezza: punti 0,25;
8. Non fruizione nel periodo di lavoro agile di altri istituti di flessibilità dell'orario di lavoro o di agevolazione in termini di congedi o permessi giornalieri e orari retribuiti: punti 0,5.

I requisiti devono essere posseduti al momento della prestazione della domanda.

In caso di parità di punteggio la precedenza viene riconosciuta a chi ha maggior anzianità di servizio ed, in caso di ulteriore ex aequo, al più anziano di età.

Per le domande che risultano ammissibili ma oltre il numero di posti disponibili la Direzione si riserva di valutare eventuali provvedimenti necessari.

Nel caso in cui la richiesta di smart working non venga accolta da parte del dirigente e nel caso in cui il dipendente non ne condivida le valutazioni, quest'ultimo può chiedere entro 10 giorni dal colloquio, un incontro di verifica con il Direttore di Dipartimento e/o la Direzione Strategica.

Accordo integrativo

Gli smartworkers sottoscrivono un accordo integrativo al contratto di lavoro, che disciplina le modalità di prestazione da remoto, le tutele del lavoratore e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

Durante la fase di sperimentazione, l'accordo individuale avrà durata pari a sei mesi.

Al termine della fase di sperimentazione, effettuata una verifica di efficacia e continuando a sussistere le condizioni organizzative e le attività che hanno consentito lo svolgimento dell'attività in smart working, l'accordo potrà essere confermato.

Recesso

Lo smart working può essere oggetto di recesso per ragioni organizzative, tra le quali si indicano a titolo esemplificativo:



- l'assegnazione del lavoratore a mansioni diverse da quelle per le quali era stata concordata l'attività da remoto;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati in modalità smart working;
- il venir meno delle ragioni personali che hanno motivato il dipendente ad avanzare la richiesta;
- rinuncia del dipendente.

In fase sperimentale, le parti possono recedere dall'accordo individuale integrativo dandone comunicazione in forma scritta con un preavviso di almeno 10 giorni lavorativi.

Tutela della salute e della sicurezza sul lavoro

L'Amministrazione garantisce la salute e la sicurezza del dipendente compatibilmente con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro e consegna al singolo dipendente, con cadenza almeno annuale, un'Informativa scritta con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Il lavoratore è tenuto al rispetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di sicurezza personale, salubrità del luogo di lavoro e riservatezza delle informazioni e dei dati trattati ed è tenuto ad adeguarsi agli obblighi e ai vincoli sopravvenuti in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro che l'Amministrazione comunicherà prontamente.

Ogni singolo dipendente collabora proficuamente e diligentemente con l'Amministrazione al fine di garantire il corretto adempimento della prestazione di lavoro.

Trattamento giuridico ed economico

L'Amministrazione garantisce che i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile, non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. L'assegnazione del dipendente a progetti di lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e da quelle dei Contratti collettivi nazionali integrativi.

Ai fini degli istituti di carriera e del computo di anzianità di servizio, il periodo in cui la prestazione lavorativa viene resa con la modalità agile viene integralmente considerato come servizio pari a quello ordinariamente reso.

Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, in relazione alle giornate lavorative di lavoro agile, non è riconosciuto il trattamento di trasferta, non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, indennità relative a turno, disagio o altre indennità giornaliere legate alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive, né permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario.

Resta invariato il trattamento economico fondamentale ed accessorio. Nelle giornate di attività in lavoro agile non viene erogato il buono pasto.

Rimborsi spese

Nessun onere potrà essere addebitato all'ASST per il rimborso di spese o per la copertura dei costi della rete internet, del telefono e in generale delle spese di energia o in riferimento ad altri costi di mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro sostenuto dal dipendente in smart working.



La smartworker/lo smartworker si impegna, senza oneri per l'ASST, a tenere aggiornati i sistemi di protezione del dispositivo informatico utilizzato per prevenire possibili danni al patrimonio informatico dell'ente.

Potere di controllo e disciplinare

Per ciascun lavoratore ammesso al lavoro agile, in fase di autorizzazione delle giornate in smart working, saranno definiti, in accordo tra il lavoratore e il Dirigente/Direttore che autorizza, obiettivi puntuali e misurabili al fine di consentire il monitoraggio dei risultati della prestazione lavorativa, sia in termini qualitativi sia in termini quantitativi.

Eventuali ed ulteriori controlli, potranno essere effettuati a campione dalle strutture aziendali che verranno indicate dalla Direzione Strategica, sui risultati conseguiti e sul rispetto dei luoghi di lavoro concordati, nel rispetto delle norme di legge e contrattuale.

Monitoraggio

L'Amministrazione provvede ad effettuare un monitoraggio semestrale circa l'attuazione del lavoro agile.

Il monitoraggio è finalizzato ad individuare eventuali misure correttive.

Invarianza

Dall'attuazione del Regolamento non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Clausola di salvaguardia

Per quanto non definito nel presente Regolamento, si fa riferimento, per quanto applicabile, alle disposizioni di legge e regolamentari e alle norme del contratto collettivo nazionale di lavoro.

ASST si riserva di adeguare il regolamento alle condizioni migliorative derivanti da futuri provvedimenti legislativi in materia.



3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il PTFP è finalizzato ad indicare le linee di azione che la ASST intende adottare in merito al reclutamento di unità personale, nel rispetto dei principi della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione e della efficiente organizzazione dei servizi.

Il PTFP tiene conto del quadro normativo derivante dalle innovazioni introdotte con il Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 e, in particolare, viene adottato in applicazione della disciplina dettata dall'articolo 6 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e delle linee di indirizzo definite, con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, dell'8 maggio 2018.

Il fabbisogno di personale per il quale occorre definire le linee programmatiche di reclutamento per garantire l'assolvimento delle competenze istituzionali della ASST è determinato sia in riferimento alle cessazioni dal servizio registratesi nell'anno precedente sia in riferimento alle cessazioni che si verificheranno nel breve e medio periodo, avendo come finalità anche quella di ricomporre lo squilibrio tra le dotazioni organiche e l'effettivo fabbisogno di personale.

Così come previsto dalle direttive del Dipartimento della Funzione Pubblica, tale processo di indirizzo organizzativo, volto a programmare e definire il proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, è preceduto da un'analisi delle professionalità presenti e di quelle mancanti e contemplando, all'occorrenza, ipotesi di conversione professionale.

Il concetto di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'amministrazione, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Il PTFP si configura quindi come un atto di programmazione capace di pianificare il reclutamento non secondo criteri meramente sostitutivi, di vacanze da coprire, ma in coerenza con le necessità reali, attuali e all'occorrenza future, diventando quindi lo strumento programmatico, modulabile e flessibile, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all'organizzazione.

Resta fermo che le dotazioni organiche indicate nel PTFP sono un indicatore di spesa potenziale massima, come declinato nell'ambito di una eventuale rimodulazione qualitativa e quantitativa della consistenza di organico, mentre le amministrazioni potranno coprire i posti vacanti nei limiti delle facoltà assunzionali.

La presente sottosezione di programmazione è quella più critica del presente PIAO in quanto assorbe i contenuti del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2021 - 2023 dell'ASST G.PINI-CTO, tutt'ora vigente, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 651 del 27.12.2021, approvato giusta DGR di Giunta regionale n. XI/6062 del 07.02.2022, a sua volta recepita con deliberazione del Direttore Generale n. 167 del 07.04.2022.

E' la sottosezione del PIAO che, sin dall'emanazione del D. L. n. 80/2021, convertito con modificazioni in Legge n. 113/2021, ha sollevato perplessità in merito alla stessa fattibilità di adozione del PIAO, apparso, sin da subito, carente per l'arco temporale 2022 - 2024, delle strategie aziendali di copertura del personale.



A rimarcare tale criticità, ad oggi persistente, si citano i passaggi di cui ai seguenti provvedimenti:

- verbale della seduta 02.12.2021 della Conferenza Unificata Stato-Regioni che recita: "...omissis.....*Si raccomanda, pertanto che l'applicazione del Piano integrato di attività e organizzazione, in ambito sanitario, preveda un coinvolgimento diretto delle singole Regioni nella sua traduzione operativa, sia per quanto riguarda l'integrazione con altri Piani (piano triennale dei fabbisogni del personale, POLA, piano prevenzione e corruzione), sia per la tempistica (il piano dei fabbisogni del personale ed i documenti di budget non possono logicamente essere predisposti prima della definizione delle disponibilità finanziarie a livello nazionale in sede di riparto, che tendenzialmente è successiva al 31 gennaio.....omissis.....*";

- art. 1, comma 2, D.L. 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di *ripresa e resilienza (PNRR)*", modificativo dell'art. 6-ter del D.Lg. n.165/2001 "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale" che prevede, in fase di prima applicazione, l'emanazione, entro il 30 giugno 2022, delle linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti.

Fermo restando il suindicato scenario normativo nazionale, tutt'ora in evoluzione, ad oggi non sono pervenute indicazioni regionali né sulla redazione del PIAO né tantomeno sulla definizione del Piano dei fabbisogni di personale (PTFP), triennio 2022-2024, su cui Regione incide in termini di assegnazione delle risorse.

Con riferimento al Piano dei fabbisogni di personale (PTFP) triennio 2022-2024, con DGR di Giunta regionale n. XI/6062 del 07.02.2022, Regione Lombardia ha precisato quanto segue:

- ✓ che il PTFP, quale strumento programmatico, flessibile e rimodulabile annualmente, potrà essere oggetto di adeguamento per il triennio 2022-2024 a seguito di:
 - adozione da parte del Ministero della Salute-Agenas, nell'anno 2022, della metodologia per la determinazione del fabbisogno standard di personale a cui le Regioni dovranno attenersi per la predisposizione dei PTFP, come previsto dalla Legge di Bilancio 2022, n. 234 del 30/12/2021, all'art. 1, c. 269 di modifica del comma 1 dell'articolo 11 del D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019;
 - applicazione della Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 ad oggetto "Modifiche al titolo I e al Titolo VII della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", con la quale è stata rivista l'organizzazione di ASST e ATS con particolare riferimento alla parte territoriale;
 - approvazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle ATS, ASST e Fondazioni IRCCS in attuazione della Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021, art. 22 ad oggetto "Modifiche all'art. 17 della L.R. 33/2009".

Per quanto sopra esposto, nell'impossibilità di adottare il Piano dei fabbisogni di personale 2022-2024, si fa rinvio ai dati contenuti nel Piano dei fabbisogni di personale 2021-2023, di seguito riportati.



Criteria di redazione del PTFP relativi all'anno 2021.

Nella compilazione della Tabella "DB FTE e TESTE" si è tenuto conto delle indicazioni di compilazione riportate dagli uffici regionali nella nota del 3 dicembre 2021, rappresentando la consuntivazione del fabbisogno di personale 2021 e dei relativi costi proiettati al 31 dicembre 2021.

E' stata quindi quantificata la dotazione organica calcolata per teste sulla base del conteggio del personale determinato in FTE, come da tabella di seguito riportata:

PTFP 2021	nucleo	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
		1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE															
DIRIGENZA MEDICA	S	225,0	8,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA	T	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	9,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		241,3	8,8												
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	337,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	58,9	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE VIGIL. SPEZIONE	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	66,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	105,6	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	108,2	-	-	-	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUSILIARI	T	22,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	136,5	-	-	-	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		898,8	-	-	-	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO		1.140,1	8,8			9,1									
COSTI															
1 DIRIGENZA AREA SANITA'		24.354.992	546.322	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 DIRIGENZA PTA		1.216.554	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		25.571.546	546.322												
3 COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		38.460.562	-	-	-	309.751	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		38.460.562	-	-	-	309.751	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO		64.032.108	546.322			309.751									

DOTAZIONE ORGANICA 2021	nucleo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI			
		TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)
TESTE					
DIRIGENZA MEDICA	S	222	-	-	-
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	3	-	-	-
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	1	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		240			
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	406	7	-	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	59	-	-	-
PERSONALE VIGIL. SPEZIONE	S	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	70	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	101	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	110	-	-	-
AUSILIARI	T	24	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	139	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		912	7		
TOTALE COMPLESSIVO		1.160	7		

Criteria di redazione del PFTP relativi all'anno 2022.

Come già evidenziato in premessa, rispetto ai fini che deve perseguire un PFTP, il fabbisogno è stato stimato avendo a riferimento i fini istituzionali della ASST ed i programmi di attività, anche con riferimento alla situazione pandemica in corso.

In particolare si sottolinea, quale ulteriore elemento determinante, il fatto che negli esercizi 2022 e 2023 si assisterà ad un rilevante turn over con conseguente necessità di sostituzione di personale, giunto al collocamento a riposo. Una delle necessità maggiori, già segnalata agli uffici regionali in fase di discussione dei dati di "assestamento 2021", è rappresentata dal potenziamento della dotazione organica del "personale infermieristico", del "personale tecnico sanitario OTA/OSS" e del "personale amministrativo" in



considerazione di alcune operazioni di re-internalizzazione. Nel 2021 sono già state effettuate operazioni di re-internalizzazione a valere sui contingenti di personale autorizzati da Regione Lombardia sul PTFP 2020-2022, come di seguito rappresentato:

GIA' INTERNALIZZATI		
PERSONALE ESTERNALIZZATO	UOC/SERVIZIO	QUANDO
8 INFERMIERI	ORTO TRAUMA 3 + ORTO TRAUMA SPORTIVA	Lug.-21
4 OSS	ORTO TRAUMA 3 + ORTO TRAUMA SPORTIVA	Lug.-21

Tale rilevante attività di re-internalizzazione ha di fatto impedito di procedere alla copertura del turn over ordinario per raggiungimento del tetto del personale assumibile autorizzato dal PTFP 2020-2022 (anno 2021).

Relativamente all'annualità 2022, si ribadisce, ad oggi, l'esigenza di procedere con le ulteriori attività di re-internalizzazione relative alle figure professionali presenti nell'organizzazione con contratti di servizio, così riassumibili:

DA REINTERNALLIZARE	UOC/SERVIZIO
4 INFERMIERI	DH REUMATOLOGICA
5 OSS	ANATOMIA + RADIODIAGNOSTICA
2 AMM.VI	PS
5 AMM.VI	CARTELLE CLINICHE

Preme sottolineare che i limiti numerici riportati nel PTFP 2021-2023 sono da considerarsi limite invalicabile, vincolando le capacità assunzionali e la stessa autonomia gestionale riconosciuta all'Azienda. In tale ottica, il numero massimo di dipendenti assumibili, per i vari profili, nel PTFP 2022 (teste) è stato incrementato in un quantitativo pari a sostenere le due operazioni di re-internalizzazione evidenziate nelle due tabelle sopra riportate. Resta tuttavia fermo, come già precisato sopra, l'impegno ad attivare le nuove assunzioni di personale per l'anno 2022 nel rigido rispetto del budget economico riconosciuto dai decreti di Regione Lombardia.

Nella determinazione dei contingenti anno 2022 riportati nella successiva Tabella "DB FTE e TESTE", sono stati adottati i seguenti criteri:

- copertura al 100% delle cessazioni di personale dell'anno 2022 e copertura delle cessazioni anno 2021 non sostituite per impossibilità di reclutamento (es.: infermieri) o per saturazione dei posti (es: OSS), nonché a fronte di procedure di reclutamento non ancora ultimate;
- re-internalizzazione di servizi "core" oggetto di precedenti esternalizzazioni, così come riportato al punto precedente;
- ripristino della dotazione organica di "personale infermieristico" e "personale della riabilitazione" a seguito dell'ultimazione dei lavori di adeguamento strutturale del Monoblocco "B" del P.O. Pini, rispettivamente pari ad n. 10 unità (personale infermieristico) e n. 2 unità (personale della riabilitazione);



- inserimento delle figure professionali relative al potenziamento delle terapie intensive, costi che Regione Lombardia ha riconosciuto con relativo Decreto n. 16454 del 23.12.2020;
- consolidamento delle 7 figure "Infermieri di famiglia" con l'indicazione del costo riconosciuto nel BPE 2021 e del fabbisogno del personale sanitario da assegnare alle Terapie intensive costituito da n. 12 infermieri, n. 6 oss e n 2 dirigenti medici di anestesia e rianimazione i cui costi sono stati quantificati in linea con il riconoscimento delle relative risorse da parte di Regione Lombardia con la scheda di budget pubblicata sul portale SCRIBA in data 23 dicembre 2020 e riconfermata con l'assegnazione del Budget BPE 2021;
- nell'ambito del sezionale Covid è stato previsto il prolungamento per tutto il 2022 del personale infermieristico e medico reclutato per la sorveglianza sanitaria ed il contact tracing.

PTFP 2022	ruolo	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
		1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE															
DIRIGENZA MEDICA	S	231,1	9,0	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA	T	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		250,1	9,0					1,0							
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	429,6	-	-	-	-	-	2,0	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	61,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE VIGIL/SPEZIONE	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	66,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	107,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	121,8	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-
AUSILIARI	T	22,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	140,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		952,1						9,3							
TOTALE COMPLESSIVO		1.202,2	9,0					9,3							

COSTI															
DIRIGENZA AREA SANITA'		25.592.149	467.155	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PTA		1.942.235	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		26.434.475	467.155												
COMPARTO SANITA'		39.250.892	-	-	-	452.290	-	50.000	-	-	-	-	-	-	-
COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		39.250.892				452.290		50.000							
TOTALE COMPLESSIVO		65.685.367	467.155			452.290		50.000							

DOTAZIONE ORGANICA 2022	ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
		TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE						
DIRIGENZA MEDICA	S	216	-	-	2	-
DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	4	-	-	-	-
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		237			2	
PERSONALE INFERMIERISTICO	S	418	7	-	12	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	64	-	-	-	-
PERSONALE VIGIL/SPEZIONE	S	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	71	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	120	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	117	-	-	8	-
AUSILIARI	T	24	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	148	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		965	7		18	
TOTALE COMPLESSIVO		1.232	7		20	



Criteri di redazione del PFTP relativi all'anno 2023

La Tabella "DB FTE e TESTE" è stata costruita secondo le indicazioni di compilazione, riportando le figure ed i costi previsti per l'anno 2022.

PTFP 2023	ruolo	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
		1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE															
DIRIGENZA MEDICA	S	237,0	8,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA ANM PROFESSIONI SANITARIE	SS	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 DIRIGENZA TECNICA	T	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		258,0	8,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE INFERMERISTICO	S	437,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	62,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE VIGIL-ISPESIONE	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	73,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	120,0	-	-	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	122,1	-	-	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUSILIARI	T	22,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	147,5	-	-	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		986,0	-	-	5,3	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO		1.244,0	8,5	-	8,3	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
COSTI															
1 DIRIGENZA AREA SANITA'		25.632.149	467.155	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 DIRIGENZA FTA		1.042.326	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		26.674.475	467.155	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 COMPARTO SANITA'		39.260.892	-	-	425.290	-	50.000	-	-	-	-	-	-	-	-
4 COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		39.260.892	-	-	425.290	-	50.000	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPLESSIVO		65.935.367	467.155	-	425.290	-	50.000	-	-	-	-	-	-	-	-

DOTAZIONE ORGANICA 2023	ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
		TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE						
DIRIGENZA MEDICA	S	246	-	-	2	-
1 DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
DIRIGENZA SANITARIA	S	4	-	-	-	-
DIRIGENZA ANM PROFESSIONI SANITARIE	SS	1	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
2 DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA		267	-	-	2	-
PERSONALE INFERMERISTICO	S	418	7	-	12	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	64	-	-	-	-
PERSONALE VIGIL-ISPESIONE	S	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	71	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	T	3	-	-	-	-
3 PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	120	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	117	-	-	8	-
AUSILIARI	T	24	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	148	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4 RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO		965	7	-	18	-
TOTALE COMPLESSIVO		1.232	7	-	20	-



Al 31 dicembre 2021, l'ASST impiega n. 1.160 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati) così suddivisi:

PERSONALE AL 31 dicembre 2021	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	398	5	403
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	1	59
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70	/	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	111	28	139
OTA/OSS	88	23	111
PERSONALE RUOLO TECNICO	111	15	126
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	839	72	911
DIRIGENZA MEDICA (compresi Universitari)	226	7	233
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	4	/	4
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	230	7	237
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2	/	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9	1	10
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	11	1	12
TOTALE COMPLESSIVO	1080	80	1160

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Con deliberazione del Direttore Generale n. 196 del 21.04.2022, è stato approvato il Piano di Formazione Aziendale per lo sviluppo professionale continuativo del personale dipendente per l'anno 2022.

RILEVAZIONE, ANALISI E CRITERI DEI FABBISOGNI 2022

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

Il presente documento si prefigge pertanto la pianificazione della formazione dei professionisti, finalizzata al soddisfacimento dei fabbisogni formativi rilevati ed analizzati alla luce degli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali, incluse le iniziative formative prescritte da disposizioni normative nazionali e regionali.

L'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO, Provider Regionale ID N. 7160 con decreto di accreditamento standard (rif. Decreto 16954 del 03/12/2021), è un Ente autorizzato ad esercitare attività formativa, con il relativo rilascio di crediti ECM, regolamentato da un Piano di Formazione Aziendale (PFA).



Il fabbisogno dei crediti ECM per il personale sanitario è n. 150 crediti per triennio, come stabilito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 02/02/2017 in materia di formazione continua e successivi; ora in vigore il triennio 2020/2022.

Tutta l'attività formativa rivolta al personale sanitario, fatto salvo casi specifici, è oggetto di accreditamento nell'ambito del Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina.

IL SISTEMA LOMBARDO ECM-CPD EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA – CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

La Deliberazione di Giunta Regionale n. VII /13792 del 25/7/2003 definisce l'attivazione del sistema di formazione continua – programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) – in Lombardia.

La Regione Lombardia in forza del suo potere legislativo ha istituito una Commissione regionale per la formazione continua la quale ha predisposto un documento deliberato con seduta della Giunta Regionale del 5/8/2004 N. VII/18576 "ECM – SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO (Continuous Professional Development – CPD).

Le linee programmatiche a cui tale documento si riferisce consentono, per la potestà di regolamentazione della Regione Lombardia nella materia della "tutela della salute", di promuovere la definizione di un effettivo sistema per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Gli indirizzi stabiliti dalla Commissione regionale prevedono, di fatto, un tipo di formazione che, superata la genericità di quella precedente, risulta fortemente legata al contesto operativo del personale sanitario che partecipa agli interventi di formazione tenendo conto dell'ampio spettro dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali delle strutture e della rete dei servizi che costituiscono il sistema sanitario regionale.

Il sistema CPD sottolinea che la qualità professionale deve essere intesa come un diritto-dovere di ogni operatore sanitario che diviene attore partecipe alla diffusione delle conoscenze e delle competenze indispensabili per la realizzazione degli obiettivi del sistema sanitario.

LINEE GUIDA AZIENDALI

La Direzione Aziendale ha individuato, nel rispetto dell'autonomia dei dipartimenti, alcuni indirizzi formativi generali per l'anno 2022:

1. Formazione obbligatoria (Materia di sicurezza dei lavoratori D.Lgs. n. 81/08):
2. Aggiornamenti normativi (es. D. Lgs. N. 101/2020 in materia di radioprotezione, GDPR in materia di privacy, etc.);
3. Documentazione sanitaria e processi amministrativi di supporto (chiusura SDO; cartelle cliniche, etc.);
4. Prevenzione delle infezioni ospedaliere;
4. Procedure di acquisto e la gestione dei contratti;
5. Normativa ed adempimenti di cui alla normativa anticorruzione.



ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI E PROPOSTE

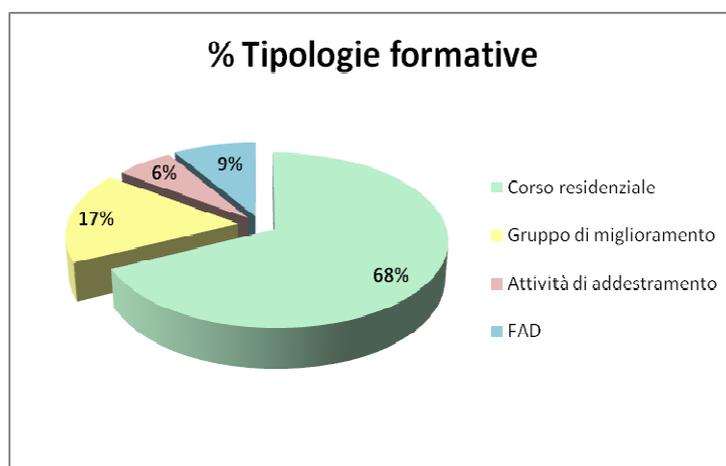
L'Ufficio Formazione ha diffuso gli obiettivi aziendali a tutti i dipartimenti sanitari e a tutte le strutture dell'Azienda e i relativi responsabili hanno individuato, ognuno per il proprio settore, i fabbisogni formativi attraverso l'utilizzo di specifica scheda di rilevazione, coniugando gli obiettivi dei singoli professionisti con quelli d'interesse nazionale, regionale e aziendale.

Dove ritenuto necessario, sono stati programmati incontri per un supporto nella strutturazione di specifici eventi formativi in linea sia con gli interessi indicati dagli operatori sanitari sia con il sistema di accreditamento regionale ECM-CPD.

Conseguentemente all'analisi dei fabbisogni svolta sono stati proposti per l'anno 2022:

n.146 eventi da realizzare in Azienda accreditati al sistema ECM, comprensivi di n.62 edizioni successive, declinati nelle seguenti tipologie:

TIPOLOGIE EVENTI	n°
Corso residenziale	99
Gruppo di miglioramento	25
Attività di addestramento	9
FAD	13
tot	146





I DESTINATARI DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

Il personale della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO a cui è rivolta l'offerta formativa è composto da 1.148 professionisti, distribuiti per profili secondo la seguente tabella:

DIRIGENZA		COMPARTO	
Macroprofili	N. Dipendenti	Macroprofili	N. Dipendenti
Dirigenza medica	222	Totale ruolo sanitario	532
Dirigenza sanitaria	5	Personale tecnico professionale	238
Dirigenza professionale e tecnica	2	Personale ruolo amministrativo	139
Dirigenza amministrativa	10	Totale ruolo ATP	377
Totale dirigenza	239	Totale comparto	909

FORMAZIONE ESTERNA ALL'AZIENDA

Il ricorso ad iniziative formative organizzate da soggetti esterni dell'ASST avviene qualora il numero di professionisti da formare sia molto limitato e riguardi competenze specifiche non presenti internamente, che richiedono il ricorso a professionalità esterne.

In tale contesto, prosegue la collaborazione con Ce.Ri.S.MA.S – Centro di Ricerca e Studi di Management Sanitario – promotore ogni anno di corsi di aggiornamento specifici per personale amministrativo e personale dirigenziale, con possibilità di usufruire di gratuità su corsi a catalogo opportunamente selezionati; per l'anno 2022 la scelta è ricaduta sulle seguenti proposte:

- la logistica del paziente in ospedale: strumenti, soluzioni per ottimizzare i flussi dei pazienti;
- l'HTA per la programmazione delle risorse delle aziende sanitarie;
- competenze di leadership per la medicina di prossimità;
- assessment e sviluppo del personale: strumenti e pratiche di (stra) ordinaria valutazione;
- gli strumenti dell'operations management per il governo delle liste d'attesa;
- lo smart working come opportunità strategica: profili giuridici, culturali e manageriali;
- l'utilizzo dei big data in sanità: potenzialità e sfide per la gestione;
- l'informazione in contesti di complessità;
- la progettazione e l'implementazione dei team multidisciplinari in oncologia;
- il check-up dei sistemi di controllo di gestione: diagnosi ed interventi di miglioramento.



Da segnalare anche l'adesione annuale al Bando INPS Valore P.A., che favorisce la partecipazione a formazione finanziata di alta specializzazione.

Il Piano di Formazione Aziendale, trattandosi di un documento di programmazione è suscettibile a variazioni in relazione al sopravvenire di nuovi fabbisogni formativi o al venire meno di fabbisogni già delineati e per questo ha carattere di flessibilità. Resta inoltre la possibilità di variare, in itinere, i contenuti stessi del PFA in relazione ad eventuali nuove normative nazionali/regionali, alla definizione degli obiettivi regionali dei direttori generali, nonché ai vincoli di bilancio annuali.

Verranno inoltre definite le azioni formative necessarie a supporto del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale e del Piano Pandemico Aziendale.

Al Piano di Formazione Aziendale 2022, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 196 del 21.04.2022, è allegato l'elenco dettagliato degli eventi formativi, approvati anche dal Comitato Tecnico Scientifico per la Formazione.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

L'Azienda effettua un monitoraggio sul grado di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale, individuale del Direttore Generale e organizzativa delle strutture dell'Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate al Nucleo di Valutazione.

Il Direttore Generale, in collaborazione con i Dirigenti, presidia i processi operativi dell'Azienda monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso un cruscotto di indicatori di varia natura, costituito da indicatori regionali ed aziendali in grado di fornire informazioni tempestive e concise sull'andamento dell'attività.

L'Azienda utilizza inoltre lo strumento della customer satisfaction e del rispetto dei parametri individuati nei Service Level Agreement per la rilevazione dell'opinione degli utenti interni ed esterni all'Azienda e per il monitoraggio della performance organizzativa, al fine di individuare altresì fattori di cambiamento in un'ottica di miglioramento continuo.

Come specificato nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", il rispetto delle diverse misure di prevenzione della corruzione e il raggiungimento dei relativi obiettivi è effettuato in primo luogo attraverso l'autovalutazione svolta dai Responsabili dell'attuazione delle misure e in secondo luogo dal RPCT, attraverso almeno una verifica nel corso dell'anno sullo stato di attuazione e sull'idoneità (intesa come effettiva capacità



di prevenzione e riduzione del rischio corruttivo) delle misure stesse, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità.

Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., il Nucleo di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi programmati, segnalando all'organo di indirizzo politico-amministrativo l'esigenza di interventi correttivi. Valida inoltre la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo.

La rappresentazione dei risultati in un unico documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di accountability attraverso il quale rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

In relazione alla sezione "Organizzazione e capitale umano", il Nucleo di Valutazione aziendale, inoltre, monitora, su base triennale, la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale.