



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025



Sommario

PREMESSA	4
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO	6
1.1 L'AZIENDA E IL SUO PATRIMONIO.....	6
1.2 IL POSIZIONAMENTO STRATEGICO	8
1.3 "VISION" AZIENDALE.....	10
1.4 "MISSION" AZIENDALE	12
1.5 IL CONTESTO ESTERNO.....	13
1.6 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	18
1.6.1 La struttura aziendale	18
1.6.2 Gli organi dell'Azienda	19
1.6.3 L'Azienda in numeri.....	20
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	24
2.1. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: VALORE PUBBLICO	24
2.1.1 L'ASST e le sue risorse: il Bilancio di Previsione 2023.....	24
2.1.2 Gli Investimenti	25
2.1.3 La programmazione aziendale nella cornice del PNRR.....	27
2.1.4 Strategie e Obiettivi di Valore Pubblico	28
2.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PERFORMANCE	37
2.2.1 Gli stakeholder	38
2.2.2 La performance.....	38
2.2.3 La Misurazione e la Valutazione della Performance.....	39
2.2.4 La Performance individuale.....	43
2.2.5 Linee di indirizzo	44
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA ...	48
2.3.1 Obiettivi strategici.....	48
2.3.2 Processo di gestione del rischio	49
2.3.2.1 Analisi del contesto esterno	53
2.3.2.2 Analisi del contesto esterno	54
2.3.3 La mappatura dei processi.....	54
2.3.4 Le Aree di rischio	55
2.3.5 Identificazione dei rischi.....	57
2.3.6 Analisi del rischio	59
2.3.7 Individuazione delle aree a rischio corruzione.....	60
2.3.8 Trattamento del rischio (individuazione delle misure)	61
2.3.9 Monitoraggio e riesame	62
2.3.9.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione.	63
2.3.9.2 Monitoraggio sulla Trasparenza	63
2.3.9.3 Riesame.....	64
2.3.10 Misure generali attuative della prevenzione della corruzione	65
2.3.11 Trasparenza	80
2.3.12 Obiettivi di valore pubblico.....	89
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	91
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STUTTURA ORGANIZZATIVA	91



3.1.1 L'Organizzazione dipartimentale	92
3.1.2 Gli Organi dei Dipartimenti dell'ASST Gaetano Pini - CTO.....	93
3.1.3 La Direzione Generale.....	95
3.1.4 La Direzione Amministrativa	96
3.1.5 La Direzione Sanitaria.....	98
3.1.6 Dipartimento di Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie Specialistiche	100
3.1.7 Dipartimento dei Servizi Sanitari	102
3.1.8 Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche	103
3.1.9 Dipartimento di Riabilitazione	104
3.1.10 La Direzione Sociosanitaria	105
3.1.11 Il personale dell'ASST	107
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.	111
3.2.1 Premessa.....	111
3.2.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E MODALITÀ DEL LAVORO AGILE.....	112
3.2.3 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	119
3.2.4 Programma di sviluppo del lavoro agile	121
3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	124
3.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: BENESSERE ORGANIZZATIVO	128
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	134



PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST Gaetano Pini-CTO è adottato ai sensi dell'art. 6 del Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113 e ha durata triennale, con aggiornamento entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO è il documento unico di programmazione e governance che, come disposto dall'art. 1, D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, assorbe e sostituisce:

- il Piano della Performance;
- il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile;
- il Piano di Azioni Positive;
- il Piano dei Fabbisogni del Personale.

Il PIAO costituisce uno strumento di pianificazione integrata delle attività dell'Azienda e di semplificazione dei procedimenti volto ad assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, oltre che la progressiva reingegnerizzazione dei processi aziendali, anche in tema di diritto di accesso.

La programmazione degli obiettivi e delle attività dell'Azienda è realizzata in chiave funzionale al raggiungimento del benessere della collettività e alla creazione e protezione del Valore Pubblico.

Il PIAO assume pertanto un duplice valore per l'Azienda:

- in prospettiva strategica, al fine di pianificare in maniera coordinata i processi decisionali dell'Azienda;
- in ottica comunicativa per consentire alla collettività di conoscere attraverso un documento agile e unitario le attività messe in campo dall'Azienda per perseguire le finalità di interesse pubblico.

Il PIAO è conforme quanto a contenuto, struttura e modalità redazionali alle indicazioni fornite dal Decreto del Ministero del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica 30 giugno 2022, n. 132 e segue lo schema a quest'ultimo allegato. L'Azienda aderisce altresì alle indicazioni operative in materia di PIAO diffuse dal Dipartimento della Funzione Pubblica con nota circolare n. 2/2022, pubblicando il presente documento sul proprio sito internet, sezione "Amministrazione Trasparente", e caricando lo stesso sul "Portale PIAO", raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>.

Il presente PIAO è articolato nelle seguenti sezioni e sottosezioni:

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- Sottosezione 1.1: L'Azienda e il suo patrimonio



- Sottosezione 1.2: Il posizionamento strategico
- Sottosezione 1.3: "Vision" aziendale
- Sottosezione 1.4: "Mission" aziendale
- Sottosezione 1.5: Il contesto esterno
- Sottosezione 1.6: L'assetto organizzativo

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- Sottosezione di programmazione 2.1: Valore pubblico
- Sottosezione di programmazione 2.2: Performance
- Sottosezione di programmazione 2.3: Rischi corruttivi e trasparenza

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura organizzativa
- Sottosezione di programmazione 3.2: Organizzazione del lavoro agile
- Sottosezione di programmazione 3.3: Piano triennale dei fabbisogni di personale
- Sottosezione di programmazione 3.4: Benessere Organizzativo

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il presente PIAO si iscrive nell'ambito del progressivo percorso aziendale di integrazione dei piani assorbiti, che ha avuto esordio con il PIAO 2022-2024. Il presente documento prosegue e non esaurisce le prospettive di coordinamento possibili all'interno dell'Azienda, che riguarderanno negli anni avvenire tutti i processi sensibili rispetto alla creazione di Valore Pubblico e si sviluppa 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 approvato con D.G.R. n. 6795 del 02/08/2022.

Il consolidamento del procedimento integrato di adozione del PIAO ha consentito nel 2023 la definizione degli Obiettivi di Valore Pubblico anche in funzione delle risultanze delle analisi dell'anno precedente oltre che l'ampliamento e la precisazione dei relativi indicatori di impatto.

Il PIAO 2023 è stato redatto nelle more dell'adozione delle Linee Guida della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio, che costituiranno l'esito del monitoraggio realizzato mediante la somministrazione di un questionario a tutte le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO durante l'anno 2022. Tali Linee Guida intendono fornire indicazioni alle amministrazioni coinvolte per una corretta redazione del PIAO e per la prevenzione di eventuali duplicazioni di contenuto.



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 D.G.R. 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 un 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).

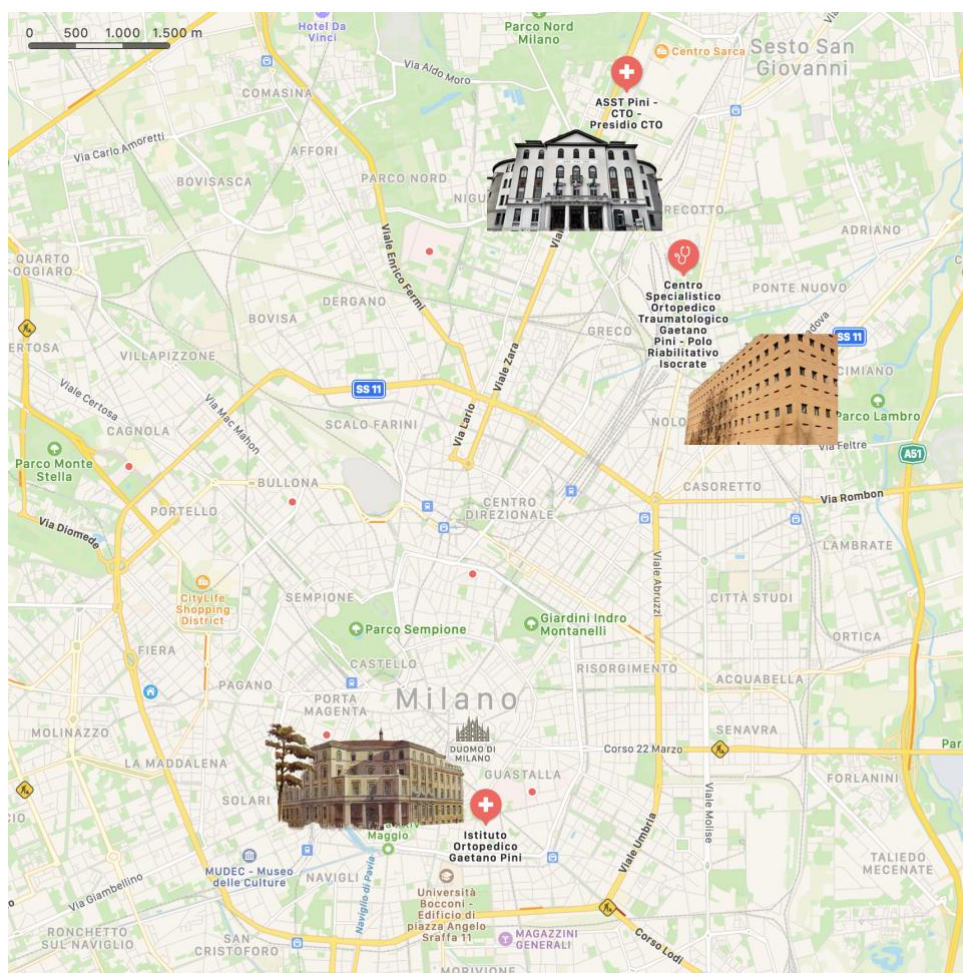
Il logo ufficiale è di seguito riportato:



Il sito web dell'ASST Gaetano Pini-CTO è raggiungibile all'indirizzo <https://www.asst-pini-cto.it/> e 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.

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'Azienda ha intrapreso un 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.

Si rappresentano sinteticamente i valori più significativi che costituiscono la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica risultante nei Bilanci d'esercizio degli anni 2019, 2020 e 2021.



	Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2020	Bilancio d'esercizio 2021
Totale attivo Stato Patrimoniale	€ 139.610.880,00	€ 137.468.353,00	€ 140.279.114,00
Totale attivo Patrimonio Netto	€ 79.066.283,00	€ 76.905.036,00	€ 74.853.507,00
Valore della produzione CE	€ 139.671.488,00	€ 132.581.889,00	€ 142.477.694,00

1.2 IL POSIZIONAMENTO STRATEGICO

L' ASST Gaetano Pini - CTO è il riferimento traumatologico della città di Milano, mira a potenziare il suo ruolo anche alla luce del riposizionamento dell'offerta privata, con particolare riferimento al Presidio CTO, e svolge una funzione essenziale nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari di Milano, specificamente rispetto alla gestione del trauma minore, per il quale soddisfa circa il 40% della domanda.

La strategia dei prossimi anni è 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 hanno guidato la riprogettazione del modello organizzativo aziendale, con particolare enfasi 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 intende definire percorsi clinico-assistenziali sinergici e adeguati ad una presa in carico appropriata e standardizzata, anche attraverso lo sviluppo di linee organizzate secondo il modello "fast-track".

L'Azienda, con la propria struttura organizzativa, 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 con un forte collegamento con il territorio.

In quest'ottica la Direzione Socio-Sanitaria dell'Azienda sviluppa, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione, una molteplicità di relazioni che garantiscono il



coordinamento e il controllo dell'intero processo, in costante rapporto con la Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie e con le articolazioni della Direzione Sanitaria e rappresenta l'interlocutore verso i soggetti pubblici della rete territoriale (ospedali di comunità, case di comunità, etc....) e verso i privati profit e non (terzo settore).

Particolarmente in ambito di iper-specializzazione, è necessario, invero, ricondurre le strutture presenti nell'organizzazione aziendale, in una configurazione organizzativa a matrice, che persegua gli obiettivi specifici per aree di interesse e, allo stesso tempo, mantenga la specificità dei professionisti.

La responsabilità dei processi di integrazione tra le diverse articolazioni organizzative viene assicurata da funzioni specifiche attribuite a *process owner* con il ruolo di pianificare, organizzare e monitorare i percorsi e i processi utilizzando le risorse attribuite con l'obiettivo di garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati incrementando l'efficacia e l'efficienza complessiva dell'Azienda.

In questo ambito è da evidenziare la scelta organizzativa che va nell'ottica di confermare e incrementare il contributo che l'ASST Gaetano Pini-CTO è in grado di apportare alla ricerca scientifica. Le attività specialistiche sono eccellenze aziendali e, al fine di garantire che queste trovino adeguato spazio per la realizzazione di obiettivi di assistenza ma anche di ricerca e formazione, è prevista la mappatura di un processo trasversale di Ricerca, Sviluppo e Alta Formazione il cui *process owner* ha il ruolo di promuovere e sviluppare la ricerca clinica e la formazione specialistica a livello regionale, nazionale e internazionale. La ricerca applicata all'attività clinica ha come elemento distintivo sia il miglioramento delle cure mediante lo sviluppo di protocolli diagnostico-terapeutici sia la diffusione delle conoscenze scientifiche all'interno dell'organizzazione e del percorso formativo universitario.

In un contesto di cambiamento che impone una nuova vision aziendale fortemente orientata al governo dei processi ed alla presa in carico del paziente sia nella fase acuta sia nella fase riabilitativa e di assistenza post-acuta, il perseguimento dei predetti obiettivi passa attraverso la valorizzazione delle competenze professionali del personale e la definizione di un'organizzazione "a rete".

La promozione della salute globalmente intesa, la presa in carico dei pazienti complessi e 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 trovano un opportuno riscontro anche obiettivi di efficienza, tra cui:

- 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.



L'orientamento strategico dell'Azienda mira, inoltre, a valorizzare le attività specialistiche di eccellenza attraverso azioni che ne sostengano lo sviluppo nel campo della ricerca, garantendo una formazione adeguata a raggiungere competenze distintive e rispondere efficacemente alla domanda di prestazioni di particolare complessità.

La strategia di perseguimento dell'eccellenza del livello delle attività di ricovero e cura di alta specialità ha come suo esito naturale la forte integrazione con le attività di ricerca, che prospettano come loro naturale evoluzione il riconoscimento del carattere scientifico, in base a quelle che saranno le indicazioni nazionali. 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, sarà un auspicabile effetto che permetterà di generare ricadute positive in termini di Valore Pubblico su tutto il sistema.

1.3 "VISION" AZIENDALE

L'Azienda intende essere un luogo dove l'attività di cura, realizzata in scienza e coscienza al servizio del paziente, sia attuata in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; L'Azienda intende proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, anche attraverso la capacità di valorizzare e trasferire le conoscenze e competenze, tutelando e rendendo fruibile il proprio patrimonio culturale. L'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche sono concepite in un'ottica di servizio alla tutela della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

Le parole chiave della strategia aziendale 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 di ciascuno 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 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 a 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 in connessione 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 da farla permeare in modo stabile nella cultura organizzativa aziendale, operando in chiave di prevenzione, trasparenza e vigilanza.

- **L'integrazione sociosanitaria e l'attenzione alla persona e ai percorsi ospedale-territorio.**

Costruire un'organizzazione orientata all'approccio "One-Health", assicurando ai cittadini la tutela e la promozione della salute globalmente intesa e l'integrazione della dimensione territoriale con quella ospedaliera, in vista di una presa in carico globale delle persone con patologie croniche o fragili e delle loro famiglie.



LA "VISION" DELL'ASST GAETANO PINI-CTO

Innovazione

Ricerca

Formazione

Cura



La centralità del cittadino e la libera scelta del luogo di cura;



La valorizzazione delle risorse umane e professionali;



La sicurezza;



L'innovazione;



L'efficienza gestionale;



La promozione della legalità;



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

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 IL CONTESTO ESTERNO

Rapporti con gli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale

L'attività dell'Azienda si iscrive nell'ambito dell'ATS della Città Metropolitana di Milano, area territoriale in cui opera l'ASST Gaetano Pini-CTO e all'interno della quale, in ragione della peculiarità territoriale dell'area urbana di Milano, è stato definito il "Progetto Milano", in attuazione dell'art. 7, co. 9, L.R. n. 33/2009 così come modificato dalla L.R. n. 23/2015. Il modello organizzativo, approvato con D.G.R. 5 dicembre 2016, n. X/5954, stabilisce che la direzione e il coordinamento delle linee di attività territoriali vengano affidate ad un'unica ASST per l'intero territorio del Comune di Milano secondo il seguente schema:

	ATTIVITÀ TERRITORIALI						
	VMD per la presa in carico domiciliare	Protesica Integrativa Farmaceutica	Scelta/Revoca Attività Amministrative	Consultori familiari	Vaccinazioni	Dipendenze	Medicina legale
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	✓	✓	✓				
ASST Fatebenefratelli Sacco				✓	✓		
ASST Santi Paolo e Carlo						✓	✓

In questo quadro di sistema la connotazione iper-specialistica che caratterizza le aree di attività dell'ASST Gaetano Pini - CTO (ortopedica, traumatologica, reumatologica, neurologica e riabilitativa) 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 assistenziali 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").



Rapporti con l'utenza

La partecipazione dei cittadini, degli utenti e dei portatori di interessi (cd. stakeholder) 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 dei 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 garantisce l'implementazione dei processi di miglioramento Aziendali.

L'Azienda ha come obiettivo prioritario la valorizzazione della persona, vista non solo come destinataria delle prestazioni, ma anche come interlocutrice privilegiata in chiave di collaborazione attiva alla co-creazione di Valore Pubblico.

In particolare, i rapporti con gli utenti sono regolati dalla **Carta dei Servizi**, che costituisce uno strumento informativo predisposto dall'Azienda per far conoscere le attività offerte ed i livelli di qualità garantiti all'utente, pubblicata in formato digitale e diffusa tramite la pagina internet aziendale. Si tratta di un documento che permette all'Azienda di migliorare, erogando servizi sempre più aderenti alle esigenze degli utenti e offrendo ai cittadini tutte le informazioni necessarie in merito alle attività svolte, sì da renderle pienamente e facilmente conoscibili, oltre che oggetto di controllo e valutazione da parte della collettività.

Solo la corretta informazione consente al cittadino di effettuare una scelta consapevole e, pertanto, la Carta dei servizi rappresenta uno degli strumenti per dare centralità alla persona all'interno Sistema Sanitario.

La gestione dei rapporti con gli utenti sono affidati all'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**. Si tratta di un servizio a disposizione dei cittadini per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari. Considerato il carattere trasversale della funzione rispetto all'organizzazione aziendale, l'Ufficio è collocato in staff al Direttore Generale.

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

- garantisce l'informazione sugli atti, sullo stato dei procedimenti, sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi;
- favorisce la tutela dei diritti del cittadino e della 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", incoraggiando l'inclusione del punto di vista degli utenti come criterio di determinazione delle attività dell'Azienda;
- gestisce la procedura di "reclami ed encomi", attraverso la raccolta di reclami, delle segnalazioni e degli 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.

In raccordo con l'URP, è stato istituito con deliberazione n° 72/1999 **L'Ufficio Pubblica Tutela (UPT)**, come previsto dall'art. 11, co. 3, L.R. 31/1997 e disciplinato con D.G.R. n. 10884 del 23/12/2009 recante le "linee guida relative all'organizzazione e al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) delle aziende sanitarie". L'UPT è retto, a titolo onorario, da persone qualificate non dipendenti, in forma eventualmente consorziata con Uffici similari appartenenti ad 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. Tra i compiti dell'UPT vi è la gestione di tematiche legate sia al mancato rispetto della Carta dei Servizi da parte degli Enti gestori nei confronti dei cittadini e degli utenti, che anche del processo di "presa in carico", dei diritti della persona e della famiglia e dell'accesso alla rete dei servizi.

Rapporti con gli Enti del Terzo Settore

L'ASST Gaetano Pini-CTO riconosce la funzione sociale dell'attività di volontariato come espressione dei principi di partecipazione, solidarietà e pluralismo di cui agli artt. 2 e 18 della Costituzione.

In particolare, l'Azienda valorizza gli Enti del Terzo Settore (ETS) quali soggetti giuridici dotati di caratteristiche specifiche e sottoposti a sistema pubblicistico di registrazione e di controllo di natura pubblicistica, la cui attività è rivolta al bene comune senza finalità soggettive di lucro. L'ASST considera, invero, gli ETS un'espressione qualificata dell'iniziativa autonoma dei cittadini associati che, all'interno delle strutture e dei servizi, è in grado di operare per la realizzazione di attività e iniziative di interesse generale, tramite l'attività prestata in via personale, spontanea e gratuita da volontari.

In coerenza con quanto sopra e in ragione della propria *mission*, l'ASST ammette e promuove forme di collaborazione con gli ETS che qualificano le organizzazioni di volontariato non solo come esecutori di attività di supporto al servizio, ma anche come soggetti attivi e proattivi rispetto alle iniziative a favore dei soggetti in cura. Le attività



degli ETS si sviluppano in coordinamento con quelle delle altre professionalità, che agiscono in campo sociale e istituzionale, per il conseguimento di obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi favorendo la partecipazione della società civile e dei cittadini.

In chiave di sussidiarietà orizzontale, è riconosciuto il ruolo del volontariato nella sua funzione complementare e ausiliaria, finalizzata al raggiungimento e consolidamento della qualità e dell'efficienza delle attività sociosanitarie, nonché della maggiore appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Le attività degli ETS sono pertanto regolate da uno specifico regolamento di natura non meramente ordinatorio, ma orientato alla promozione e allo sviluppo di forme nuove di collaborazione e accoglienza degli enti di volontariato.

L'ASST accredita gli ETS in un proprio Registro Aziendale dedicato e successivamente sottoscrive con le stesse convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi di interesse generale al fine di garantire che le attività siano:

- rispettose delle funzioni, delle finalità, delle attività e dell'organizzazione dell'ASST e coerenti con gli statuti dei singoli ETS;
- complementari e non sostitutive delle attività di competenza dell'Azienda 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.

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. L'Azienda 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.

L'ASST, inoltre, promuove e sviluppa la partecipazione degli ETS alla programmazione aziendale attraverso un tavolo in capo alla Direzione Socio Sanitaria.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-2024, adottato con deliberazione n. 298 del 09.06.2022, contribuisce a riconoscere che le attività di interesse generale, tra le quali i servizi sociali, non sono oggetto di 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.

Rapporti con l'Università

L'ASST Gaetano Pini-CTO è parte della rete formativa del polo universitario dell'Università degli Studi di Milano – 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 specifiche convenzioni, stipulate 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.

Rapporti con Regione Lombardia

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

Regione Lombardia individua e promuove le azioni utili per il conseguimento dei principi su cui si fonda la legislazione regionale, con particolare riferimento a:

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



L'Azienda recepisce ed attua gli indirizzi di programmazione strategica regionale e partecipa attivamente alla realizzazione e alla 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 e garantisce eventuali livelli assistenziali aggiuntivi come definiti dal Regione Lombardia.

Rapporti con le Parti Sociali

Le relazioni sindacali dell'Azienda, nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità, sono finalizzate ad incrementare l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati mediante il miglioramento delle condizioni di lavoro la crescita professionale dei lavoratori.

Le relazioni sindacali sono rette dai principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza, in funzione di prevenzione dei conflitti in sede negoziale, scongiurando il ricorso a procedure di contenzioso.

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.

1.6 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

1.6.1 La struttura aziendale

La struttura aziendale è progettata in modo funzionale al raggiungimento degli Obiettivi di Valore Pubblico non solo attraverso l'attribuzione di responsabilità in base a linee gerarchiche, ma anche mediante l'assunzione di responsabilità da parte di gruppi di professionisti, che, nel perseguimento dei fini istituzionali, interagiscono e collaborano tra di loro anche in modo informale, per la realizzazione di progetti e obiettivi condivisi.

Tale modello organizzativo risulta funzionale anche nella dimensione socio-territoriale dell'Azienda, in relazione al quale occorre tenere conto dell'esigenza di condivisione delle risorse produttive e del necessario superamento della frammentazione e della distinzione tra ospedale e territorio e tra aspetti sanitari e sociosanitari, al fine di addivenire ad un perimetro organizzativo unitario di erogazione dei servizi, che sia attento ai bisogni del paziente attraverso l'uso di processi orizzontali di raccordo tra tutti i servizi aziendali.

Per attribuire effettiva "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita attraverso un approccio globale di protezione e promozione della salute, l'Azienda garantisce l'integrazione tra differenti professionisti e differenti unità organizzative,



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, curando l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi.

Tali obiettivi, funzionali all'accrescimento del Valore Pubblico, sono perseguiti attraverso la reingegnerizzazione dei processi aziendali secondo un approccio centrato sul paziente nel percorso di presa in carico, in cui le interconnessioni tra le attività, al pari di nodi di una 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 Azienda è costruita in modo da garantire flessibilità e per rispondere in modo rapido e appropriato alle variazioni 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.

1.6.2 Gli organi dell'Azienda

Organi dell'Azienda sono:

- il Direttore Generale, di nomina regionale, ai sensi dell'art. 3, comma 1-*quater*, Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i e dell'art. 12, L.R. n. 33/2009 e s.m.i, che unitamente al Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale;
- il Collegio di Direzione, con funzioni consultive e propositive indicate dall'art. 17, Decreto Legislativo n. 502/1992 e dall'art. 12, comma 13, L.R. n. 33/2009.
- il Collegio Sindacale, organo di controllo nominato ai sensi dell'art. 13, comma 14, L.R. n. 33/2009 e s.m.i..



1.6.3 L'Azienda in numeri

Posti letto

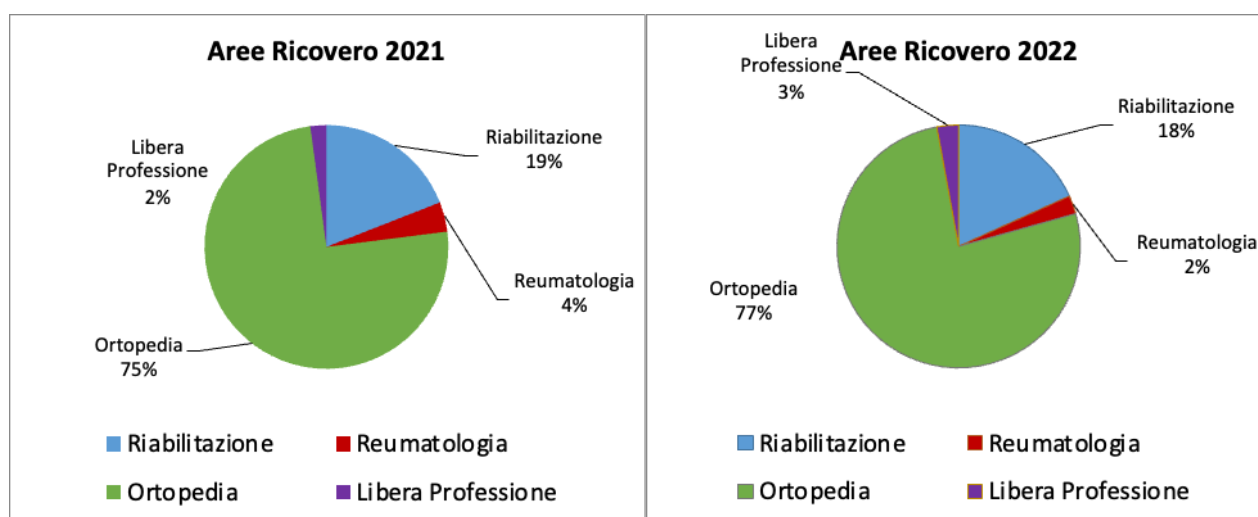
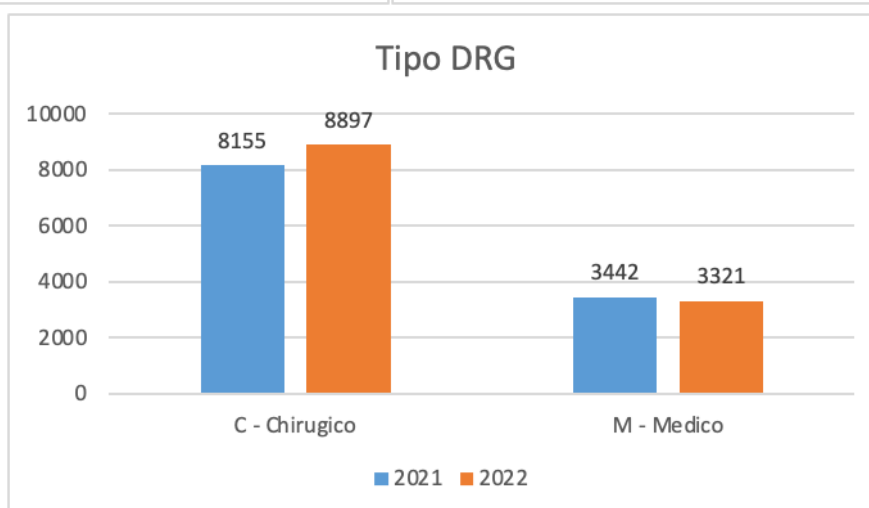
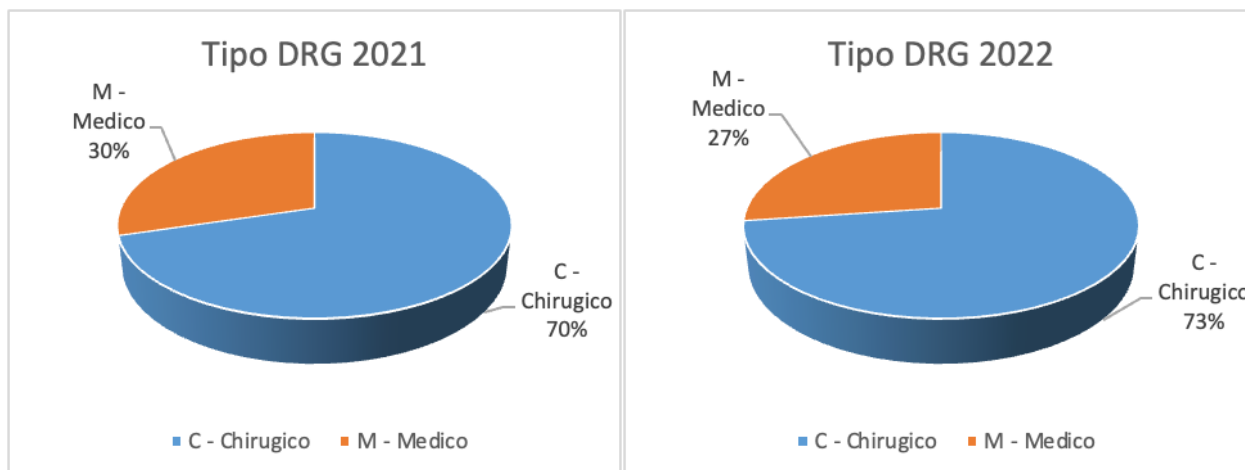
	Posti letto ACCREDITATI			Posti letto EFFETTIVI (media)		
	Acuti/RIAB	DH/DS	Totali	Acuti/RIAB	DH/DS	Totali
Anno 2021	505	30	535	399	25	424
Anno 2022	505	30	535	363	17	380

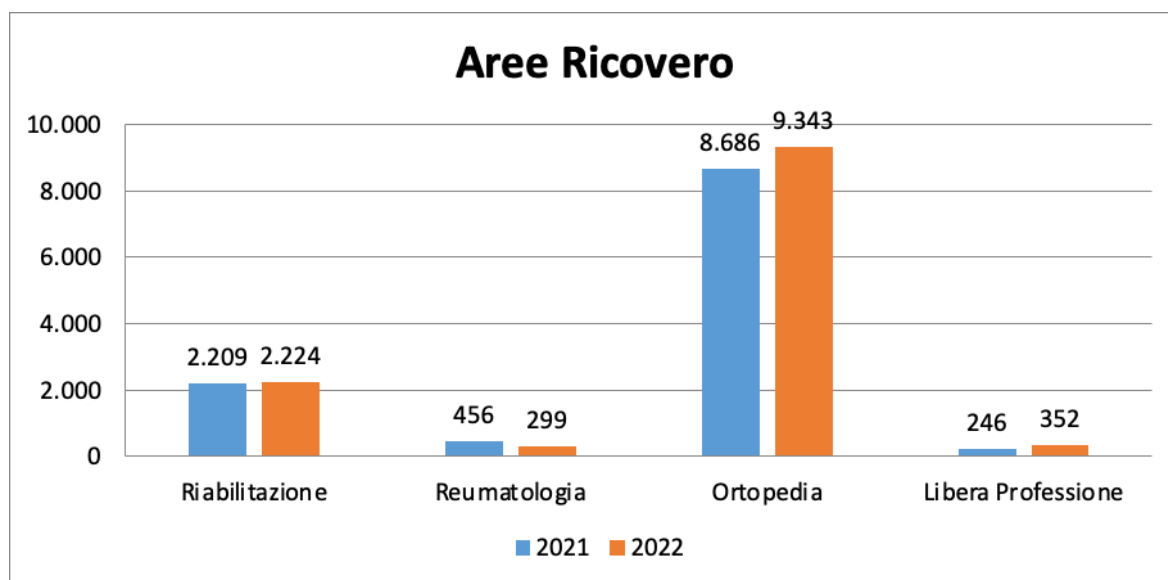
Volumi di Attività

RICOVERI

Produzione Lorda

	Tariffa	Q.tà casi
Anno 2021	50.025.507	11.597
Anno 2022	52.897.302	12.218

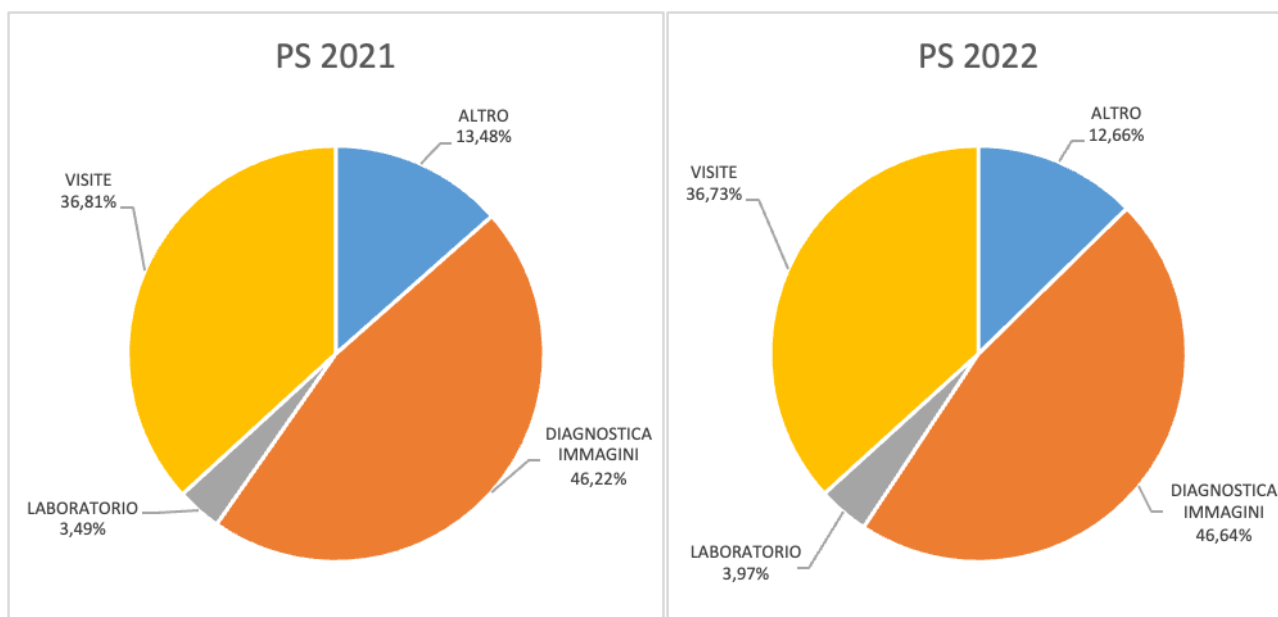
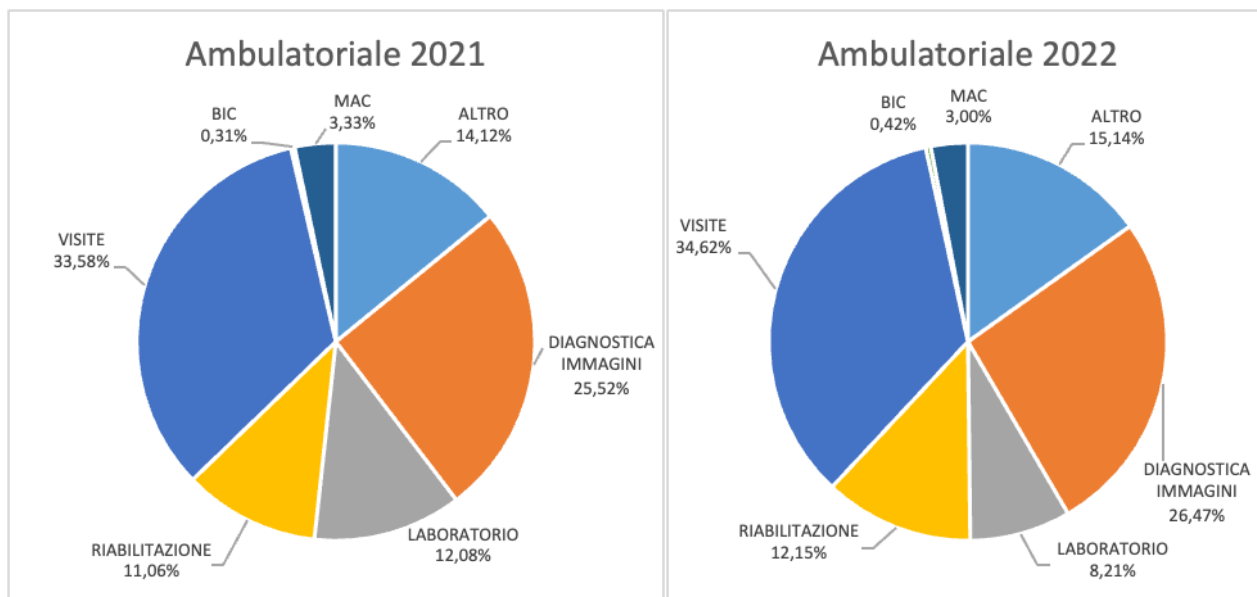




AMBULATORIALI

Produzione Lorda

	Tariffa	Nr. prestazioni
Anno 2021	12.971.254	419.065
Anno 2022	14.963.944	453.639





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 2023

La DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023 (di concerto con l'assessore Caparini)" ha stabilito che l'assegnazione per l'aggregato dei beni e servizi dell'esercizio 2023 venga definita in funzione del pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema.

Per definire l'assegnazione dell'anno 2023, Regione Lombardia ha tenuto conto del livello delle risorse disponibili a legislazione vigente, entro il quadro economico programmatico approvato con DGR XI/7758 del 28/12/2022, ed ha utilizzato, come base di riferimento per quantificare le risorse da assegnare, i flussi informativi di attività ed i dati contabili aziendali riferiti ai Bilanci degli esercizi 2019 e 2021 nonché all'Assestamento 2022 ed alle risultanze del 4 CET 2022.

Con Decreto regionale n. 1780 del 10/02/2022 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. 101 del 13.02.2023, l'Azienda ha approvato il Bilancio Economico di Previsione 2023 che presenta le seguenti risultanze complessive:

DESCRIZIONE	IV CET 2022	BPE 2023	DELTA
RICAVI			
DRG	54.817.450	53.548.010	-1.269.440
Funzioni non tariffate	4.793.717	4.793.717	0
Ambulatoriale	11.549.376	12.926.752	1.377.376
Entrate proprie	4.354.208	4.354.208	0
File F	14.570.891	15.835.458	1.264.567
Utilizzi contribuiti esercizi precedenti	1.270.443	127.984	-1.142.459
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	9.620.396	9.630.683	10.287
Altri contributi (al netto rettifiche)	121.432	60.000	-61.432
Prestazioni sanitarie	1.036.582	977.015	-59.567
Proventi finanziari e straordinari	5.719.434	0	-5.719.434
Libera professione (art. 55 CCNL)	11.888.181	11.888.181	0
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	119.742.110	114.142.008	-5.600.102
COSTI			
Personale	61.169.319	61.980.183	810.864
IRAP personale dipendente	4.054.928	4.098.946	44.018
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	9.091.233	9.091.233	0



Beni e Servizi (netti)	59.811.704	55.164.476	-4.647.228
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	736.069	736.069	0
Altri costi	3.031.261	2.529.689	-501.572
Accantonamenti dell'esercizio	3.791.122	2.304.298	-1.486.824
Oneri finanziari e straordinari	106.121	0	-106.121
Totale Costi (al netto capitalizzati)	141.791.757	135.904.894	-5.886.863
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR	22.049.647	21.762.886	- 286.761
RISULTATO DELL'ESERCIZIO	0	0	0

2.1.2 Gli Investimenti

Per l'anno 2023, 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

Gli interventi di ammodernamento strutturale, finalizzati anche al miglioramento delle condizioni di accessibilità fisica e digitale degli utenti alle strutture dei presidi ospedalieri aziendali, riguardano prevalentemente:

- la riqualificazione di importanti aree, quali il PS del P.O. Gaetano Pini;
- il completamento dell'area sub-intensiva con 8 posti a ciò dedicati al secondo piano del "monoblocco B";
- interventi di adeguamento normativo nei vari Presidi, come specificato al punto "Piano Investimenti" della relazione illustrativa al Bilancio di Previsione Economico 2023.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

L'ASST, destinataria nell'anno 2022 di importanti fondi per investimenti, sia nell'ambito del PNRR per ammodernamento tecnologico (€ 3.041.100) che nell'ambito di finanziamenti straordinari riconosciuti da Regione Lombardia per l'acquisto di alte tecnologie (€ 5.000.000), effettuerà nel corso dell'anno 2023 investimenti volti:

- al potenziamento tecnologico del blocco operatorio, con la TC intraoperatoria e altre apparecchiature fondamentali per incrementare la complessità delle prestazioni erogate;
- al potenziamento delle attività di ricerca e cura, con l'installazione di una nuova RMN 3T,



come di seguito meglio specificato:

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"		
DESTINAZIONE	APPARECCHIATURE	TOTALE
RADIOLOGIA CTO	RMN 1,5	1.314.000
RADIOLOGIA PINI	SISTEMI RADIOLOGICO POLIFUNZIONALE	335.600
RADIOLOGIA PINI	SISTEMI RADIOLOGICO POLIFUNZIONALE	335.600
RADIOLOGIA PINI	SISTEMI RADIOLOGICO TELECOMANDATO	302.700
RADIOLOGIA CTO	SISTEMI RADIOLOGICO POLIFUNZIONALE	335.600
RADIOLOGIA FFO	SISTEMI RADIOLOGICO POLIFUNZIONALE	335.600
RADIOLOGIA PINI	ECOTOMOGRFO	82.000
		3.041.100
Fondi straordinari:		
DESTINAZIONE	APPARECCHIATURE	TOTALE
RADIOLOGIA CTO	RMN 3T	1.600.000
BLOCCO OPERATORIO	TAC INTRAOPERATORIA	1.185.000
BLOCCO OPERATORIO	ARCO A C MOBILE 3D	350.000
RADIOLOGIA CTO	DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	250.000
RADIOLOGIA FFO	DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	250.000
BLOCCO OPERATORIO	TAVOLI OPERATORI N. 6	700.000
ANATOMIA PATOLOGICA	SISTEMA DI TRACCIABILITÀ E DIGITALIZZAZIONE	345.000
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	N. 2 RESPIRATORI	80.000
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ECOGRAFO	40.000
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	CONSOLLE E SISTEMA DI RICEZIONE DEI DATI DA REMOTO	100.000
PRESIDI VARI	SISTEMA INTEGRATO DI CONTROLLO DEL PAZIENTE E COLLEGAMENTO CON CARTELLA CLINICA	100.000
		5.000.000

A seguito della conclusione degli interventi sopra descritti questa ASST avrà:

- completato la propria offerta di esami RMN, garantendo in ogni Presidio una tipologia differenziata di esami, RMN 3T al G. Pini, RMN 1,5T al CTO e RMN a basso campo al FFO, ed assicurando la massima appropriatezza;
- incrementato la potenzialità delle TC presenti in Azienda, riportando in sala operatoria tutte le procedure interventistiche TC guidate, grazie alla nuova TC intraoperatoria;
- incrementato la capacità produttiva delle sale operatorie grazie ad una dotazione più razionale di archi a C per scopia (che rappresentano uno strumento essenziale per



l'attività operatoria in ortopedia) introducendo anche un arco a C 3D di ultima generazione;

- potenziato la propria offerta di esami MOC con l'installazione di apparecchiature di ultima tecnologia in ogni presidio, installando al P.O. Gaetano Pini una MOC ad altissime prestazioni in grado di supportare l'attività di ricerca clinica sulle malattie metaboliche dell'osso.

Dal punto di vista infrastrutturale, sarà anche totalmente sostituita **tutta la rete dati aziendale** per consentire una più rapida e razionale distribuzione dei dati e delle immagini all'interno dell'ASST, nei Presidi e tra i Presidi. In particolare si prevede il rinnovo tecnologico della rete attraverso l'espletamento di una gara finalizzata ad un completo rinnovo tecnologico della rete dati LAN aziendale, che consisterà nella sostituzione di tutti gli apparati di rete *core* e di accesso, l'estensione della rete wi-fi alle aree prive di copertura, la posa di nuovi tratti in fibra ottica e l'erogazione dei servizi di progettazione, installazione configurazione al fine di traguardare la transizione alla nuova LAN garantendo continuità di servizio. Il rinnovo della rete dati è peraltro propedeutico alla introduzione della CCE e fondamentale per garantire una adeguata scalabilità in termini di espansione di punti rete e fonia VoIP, acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche digitali ed attivazione di nuovi servizi.

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 del 15/12/2021 "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 riportato da ultimo dalla Deliberazione di Giunta regionale n. XI/6278/2022, "nella ASST Gaetano Pini non è prevista l'istituzione dei Distretti".

Relativamente alle risorse di cui alla D.G.R. N. XI/6426 del 23/05/2022 "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

Si intende per Valore Pubblico il miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale e sanitario delle comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder dell'Azienda. Il concetto di Valore Pubblico non si limita agli obiettivi finanziari o monetizzabili, ma comprende anche quelli socio-economici.

La misurazione del Valore Pubblico deve essere realizzata valutando quindi l'impatto esterno, rispetto a cittadini, utenti e stakeholder in genere delle attività strategiche aziendali, tenendo in considerazione altresì le condizioni interne alla stessa amministrazione.

La creazione di Valore Pubblico rappresenta una declinazione del principio costituzionale di "*buon andamento*", inteso come rispetto dei canoni di efficacia, efficienza ed economicità. Tali canoni non vengono misurati in astratto, ma sono, ai fini della creazione del Valore Pubblico, concretamente declinati rispetto alle esigenze degli stakeholder di riferimento per l'Azienda, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

Gli stakeholder sono stati individuati in:

- cittadini fruitori dei servizi sanitari;
- familiari e caregiver;
- associazioni di rappresentanza dei cittadini;
- Regione, in quanto capogruppo del SSR e gli altri enti che compongono il SSL;
- enti locali e altre amministrazioni che concorrono all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- enti del terzo settore;
- ordini e categorie professionali;
- personale e collaboratori dell'ASST;
- sindacati;
- fornitori dell'ASST;
- media.

L'individuazione è avvenuta attraverso la valutazione del contesto esterno di riferimento dell'Azienda, in modo tale da verificare chi fossero i soggetti il cui benessere è interessato dalle scelte strategiche aziendali. Gli stakeholder coinvolti dalle scelte strategiche dell'Azienda sono stati individuati sia come singoli, che in forma associata o in veste istituzionale.

La limitazione della sfera soggettiva di azione degli Obiettivi di Valore Pubblico costituisce un passaggio indispensabile di contestualizzazione e concretizzazione delle iniziative programmate.

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 e 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).

Per l’anno 2023, nel perseguire gli Obiettivi di incremento del Valore Pubblico, l’ASST orienta le proprie azioni al raggiungimento delle regole di sistema definite da Regione Lombardia, attraverso la D.G.R. n. XI/7758 del 28/12/2022 “*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023*” (cd. “*Regole di Sistema 2023*”).

Gli obiettivi di Valore Pubblico, in ossequio a quanto disposto dal D.M. n. 132/2022 sono da intendere come i traguardi strategicamente individuati al fine di garantire:

- la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- l’individuazione dell’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall’Agenda Semplificazione;
- l’incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.

La realizzazione delle finalità individuate dal legislatore viene declinata all’interno dell’Azienda tramite la fissazione di macro-Obiettivi integrati (i Pilastri di Valore Pubblico) nella forma di:

- **Accessibilità alle cure;**
- **Digitalizzazione;**
- **Semplificazione e Reingegnerizzazione delle procedure** secondo le misure previste dall’Agenzia Semplificazione e secondo gli Obiettivi di digitalizzazione;
- garanzia di **Pari Opportunità**.

L’**Accessibilità alle Cure** costituisce il primo Pilastro del Valore Pubblico Aziendale e raccoglie gli obiettivi che in vario modo contribuiscono a una maggiore capacità del cittadino di realizzare il proprio interesse ad essere curato.



Gli Obiettivi di riferimento per questo Pilastro sono orientati a garantire all'utenza un più veloce, più efficace e più trasparente accesso al servizio, coinvolgendo sia l'area di attività sanitaria che amministrativa dell'Azienda.

Gli stakeholder interessati dalla realizzazione degli Obiettivi di Valore Pubblico del Pilastro dell'Accessibilità alle cure sono, da un lato, i dipendenti, i collaboratori dell'Azienda e i volontari e, dall'altro, i cittadini stessi o i loro *caregiver*, le istituzioni pubbliche e gli altri enti pubblici che si relazionano con l'Azienda al fine di garantire servizi alla cittadinanza.

Il Pilastro di Valore Pubblico della **Digitalizzazione** rappresenta un "macro-Obiettivo" trasversale a tutti gli stakeholder aziendali ed è funzionale a massimizzare i livelli di benessere organizzativo interno (consentendo ai dipendenti di svolgere le proprie mansioni in maniera più efficiente e coordinata), nonché di salute relazionale dell'Azienda (in quanto strumento di semplificazione e di trasparenza nei rapporti con la collettività e con in Media).

Il Pilastro di Valore Pubblico di **Semplificazione e Reingegnerizzazione delle procedure** è un Pilastro che raccoglie gli Obiettivi di riprogettazione di alcuni procedimenti aziendali direttamente collegabili alla creazione e alla protezione del Valore Pubblico.

Gli Obiettivi inerenti a questo Pilastro coinvolgono i dipendenti dell'Azienda e hanno un impatto diretto sugli utenti, sui fornitori e sull'Ambiente.

In particolare, appartiene all'ambito del Pilastro della Semplificazione e Reingegnerizzazione delle procedure l'Obiettivo di efficientamento energetico, per la cui realizzazione, già nel 2022, l'ASST ha intrapreso iniziative di contenimento dei consumi e nominato il Responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia (cd. *energy manager*).

Il quarto e ultimo Pilastro, che raccoglie gli Obiettivi funzionali a garantire le **Pari Opportunità** attraverso iniziative di contrasto alle diseguaglianze, si rivolge sia al personale impiegato presso l'Azienda, sia a tutti i cittadini. In questa seconda prospettiva si interseca e diventa imprescindibile altresì rispetto agli Obiettivi del primo Pilastro esaminato.

Gli Obiettivi aziendali vengono elaborati e assegnati secondo le tre diverse prospettive di Performance, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e Risorse Umane.

Tutti gli Obiettivi, ciascuno coerente con l'obiettivo di generazione e protezione del Valore Pubblico, sono concentrati attraverso le 4 direttrici segnate dai Pilastri di Valore Pubblico e sono elaborati in maniera integrata, al fine di evitare sovrapposizioni e di assicurare la complementarità dei target selezionati.

Assume rilievo nell'individuazione degli Obiettivi anche l'orizzonte temporale di riferimento fissato per il loro perseguimento (*deadline*) e l'eventuale presenza di passaggi intermedi all'interno di una strategia più ampia e progressiva: alcuni Obiettivi possono essere portati



a termine entro il 2023, mentre altri richiedono di essere riproposti anche negli anni solari successivi, previa valutazione dei risultati *medio tempore* raggiunti.

Ogni Obiettivo deve essere inteso come parte di un progetto di "co-creazione" di Valore Pubblico che coinvolge non soltanto l'Azienda, ma anche tutti gli attori istituzionali interessanti, nonché la collettività di riferimento, che è chiamata a una fattiva collaborazione funzionale all'accrescimento del benessere comune.

Ciascuno degli Obiettivi rappresenta un "outcome" o "impatto" concreto e rilevabile delle scelte strategiche dell'Azienda rispetto al benessere degli stakeholder e può essere ricondotto alle seguenti misure di benessere equo e sostenibile (BES), come elaborate nell'ambito dell'Agenda ONU 2030 e da ISTAT e CNEL:

SDGs (Sustainable Development Goals) coinvolti dagli Obiettivi di Valore Pubblico dell'ASST Gaetano Pini-CTO:



Indicatori di BES (Benessere Equo e Sostenibile) coinvolti dagli Obiettivi di Valore Pubblico dell'ASST Gaetano Pini-CTO:



Gli Stakeholders:





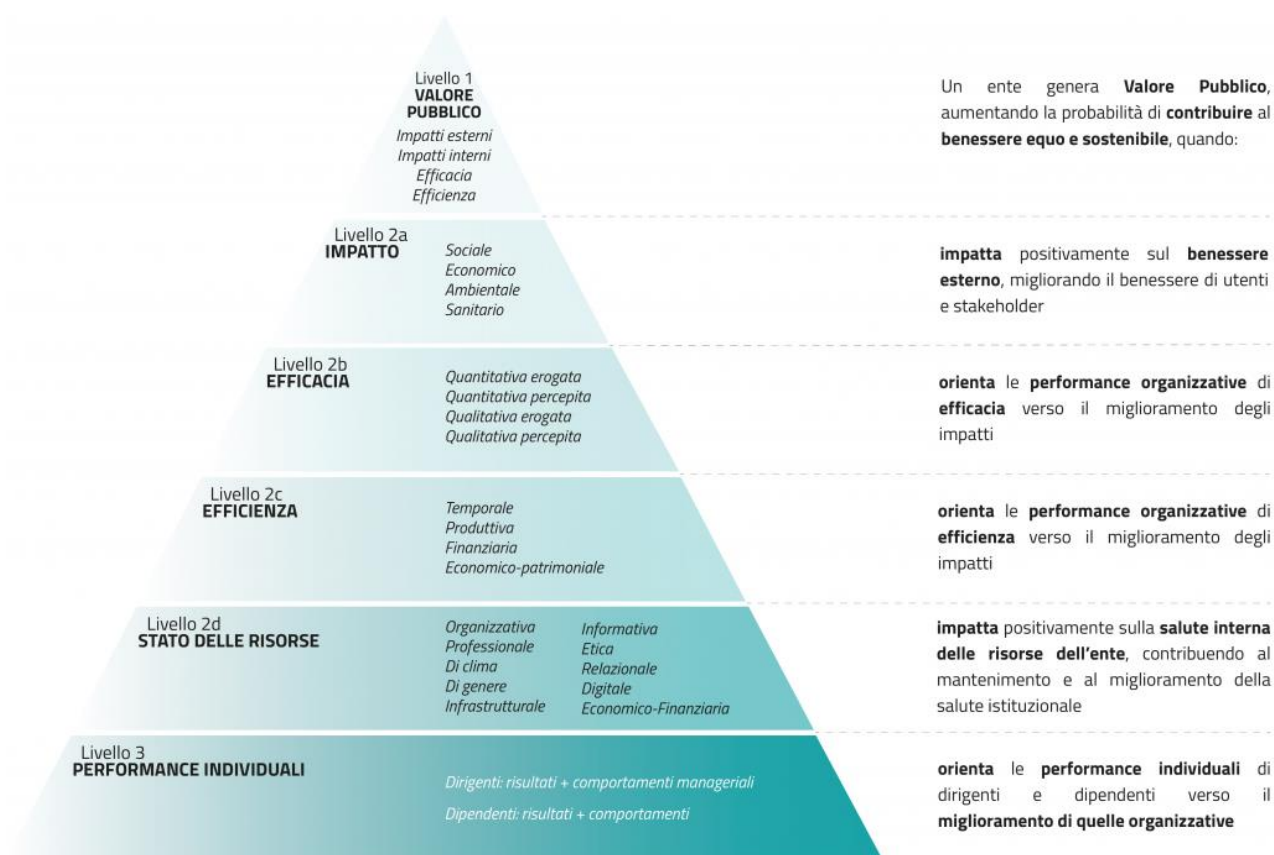
L'individuazione degli Obiettivi di Valore Pubblico è guidata dai principi del framework della "Piramide del Valore Pubblico"¹, articolato in diverse dimensioni della performance misurabili attraverso specifici indicatori.

La logica piramidale di accumulazione progressiva di Valore si fonda sulla combinazione di indicatori contenuti in vari livelli, considerando che il Valore viene accumulato progressivamente di livello in livello.

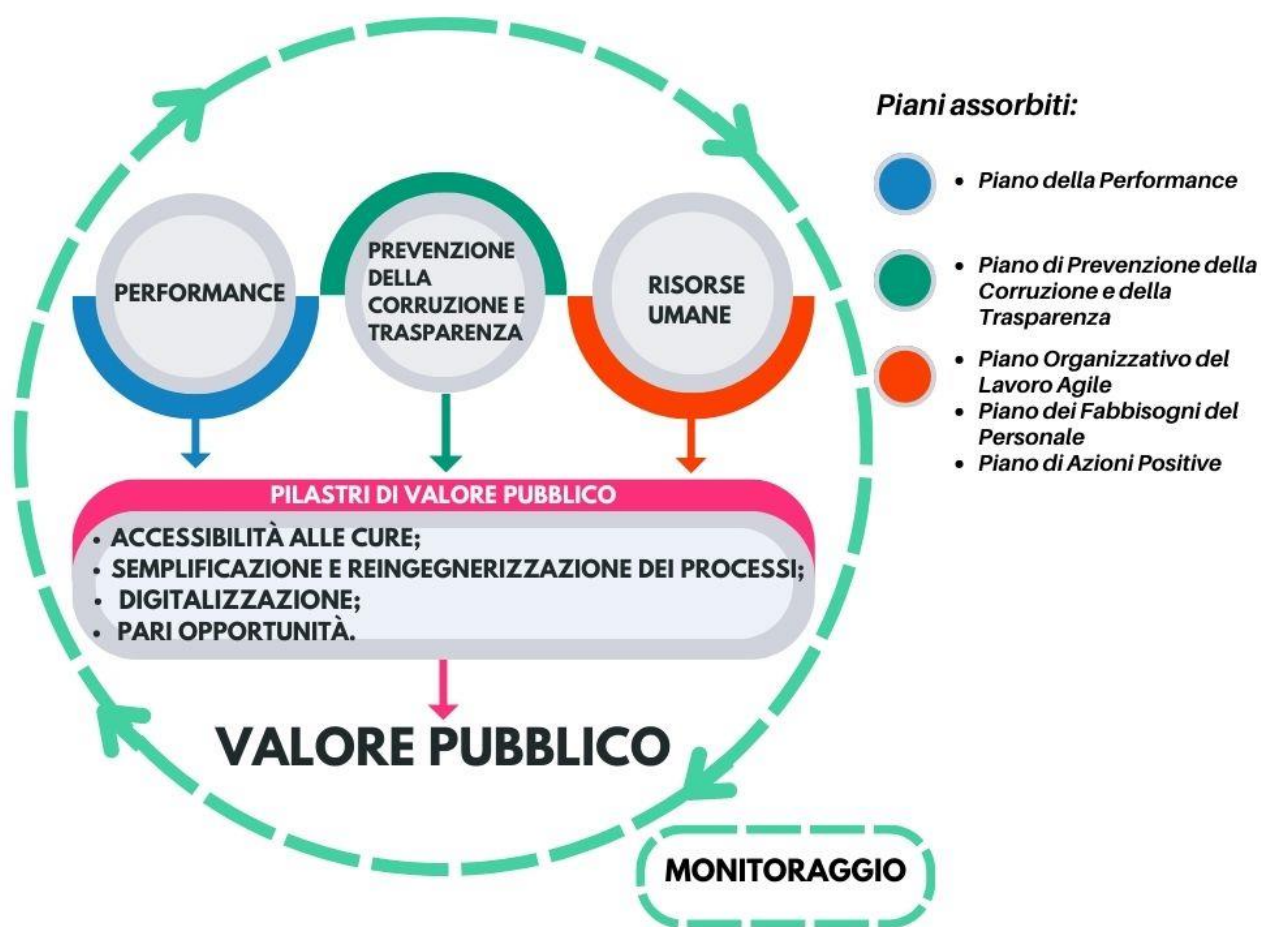
Nella logica piramidale, l'Azienda genera **Valore Pubblico (livello 1)** quando:

- in coerenza con le missioni istituzionali viene incrementato il livello di benessere economico, sociale e ambientale degli utenti e stakeholder, accrescendo altresì il livello di salute dell'amministrazione, e contribuendo allo sviluppo sostenibile (**livello 2a: impatto**);
- si orientano le performance organizzative verso il miglioramento di quelle istituzionali e, in particolare, si crea valore aziendale mediante: performance organizzative adeguate dal punto di vista sociale, erogando servizi adeguati a soddisfare gli utenti (**efficacia, livello 2b**) e performance organizzative adeguate dal punto di vista economico (**efficienza, livello 2c**);
- si orientano le **performance individuali (livello 3)** verso il miglioramento di quelle organizzative tramite performance individuali dei dirigenti adeguate in termini di risultati e performance individuali dei dipendenti adeguate in termini sia di risultati che di comportamenti esecutivi.

¹ Modello elaborato da CERVAP, Centro di Ricerca sul Valore Pubblico, e utilizzato in molteplici pubblicazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale.



La logica della "Piramide" è applicabile trasversalmente a tutti gli Obiettivi di Valore Pubblico individuati nel presente PIAO e consente di combinare e ponderare i parametri di benessere esterno all'Azienda con i livelli di salute interna, in quanto fattori in grado di partecipare alla creazione di Valore Pubblico.



La valutazione e misurazione del Valore Pubblico generato o protetto viene effettuata mediante un algoritmo elaborato su tre livelli di analisi.

Un primo passaggio richiede che ogni Obiettivo strategico di Valore Pubblico venga descritto mediante una scheda standardizzata per ogni prospettiva sorgente di riferimento (Performance, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza o Risorse Umane). All'interno della scheda vengono individuati per ciascun Obiettivo gli indicatori funzionali a rilevare l'incremento di Valore Pubblico, da intendersi in chiave economico-finanziaria, sociale e ambientale, e viene considerata la consistenza e la difficoltà delle azioni concrete necessarie al raggiungimento dell'Obiettivo.

Ogni Obiettivo viene qualificato altresì attraverso l'individuazione delle strutture effettivamente coinvolte per il suo raggiungimento.

Il secondo livello di analisi consiste nella valorizzazione del singolo Obiettivo, declinato nel prisma del o dei Pilastri di Valore Pubblico di riferimento (accessibilità alle cure, digitalizzazione, semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure e pari opportunità)



e della rispettiva prospettiva sorgente (Performance, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza o Risorse Umane), mediante l'attribuzione di un punteggio.

Il punteggio complessivo di Valore Pubblico attribuito al singolo Obiettivo (da 2 a 10) consta dei punteggi attribuiti in base alla priorità strategica (da 1 a 5) e all'effettivo impatto sul Valore Pubblico (da 1 a 5). I punteggi attribuiti corrispondono nella scala da 1 a 5 rispettivamente alle seguenti valutazioni: "*trascurabile*", "*basso*", "*medio*", "*rilevante*" e "*alto*".

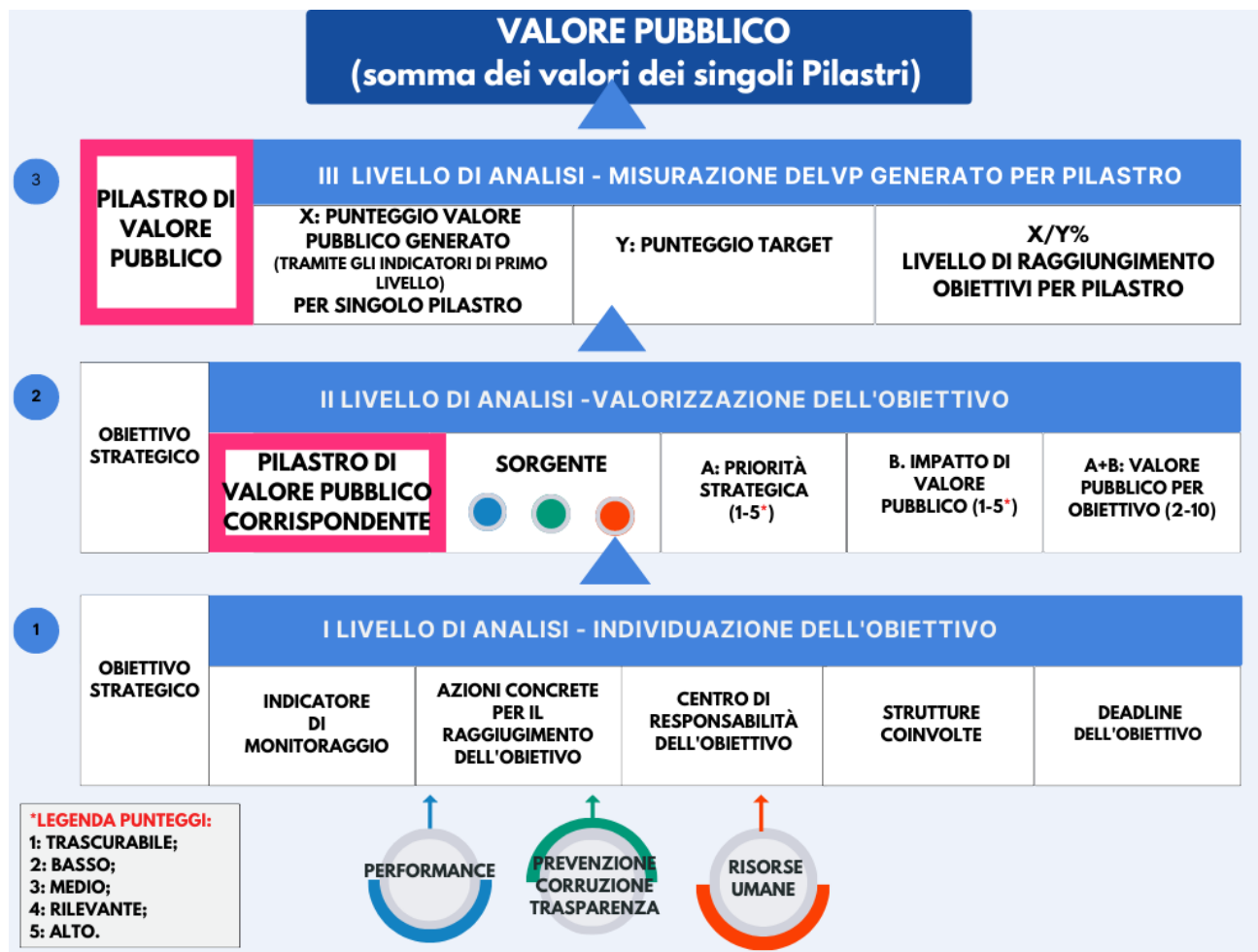
Il metodo di attribuzione dei punteggi è stato perfezionato rispetto a quello elaborato per l'anno precedente sulla scorta delle analisi effettuate in ordine all'applicazione del PIAO 2022 e al fine di massimizzare la misurabilità e attendibilità dei risultati che saranno ottenuti.

Nel terzo livello di analisi viene attribuito al singolo Pilastro di Valore Pubblico unitariamente inteso un punteggio relativo al Valore Pubblico effettivamente generato tramite l'applicazione degli indicatori di secondo livello. Tale risultato viene confrontato con il Valore Pubblico individuato come risultato target, ottenendo un dato percentuale di raggiungimento del Valore Pubblico.

Il Valore Pubblico complessivo viene misurato attraverso la sommatoria dei punteggi di Valore Pubblico dei Pilastri. I criteri applicati per la misurazione degli impatti sono pubblicati dall'Azienda tramite la Relazione annuale, declinata per ciascun Obiettivo.



Approccio Bottom-UP per il calcolo del Valore Pubblico





Per l'elenco degli Obiettivi individuati per il triennio 2023-2025 si fa rimando alla tabella di cui al paragrafo 2.2.5 della sottosezione Performance.

L'elaborazione degli Obiettivi di Valore Pubblico, oltre che dall'osservazione del contesto interno ed esterno finalizzata ad individuare le leve funzionali alla generazione e tutela del benessere degli stakeholder, è orientata dalle attività di monitoraggio.

Il monitoraggio degli Obiettivi è affidato in maniera differenziata, seppur coordinata, a ciascun responsabile rispettivamente delle aree della Performance, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e Risorse Umane ed è organizzato attraverso la fissazione di *deadline* temporali entro le quali verificare il raggiungimento degli Obiettivi, mediante il controllo degli indicatori preposti.

Il monitoraggio coinvolge tutti i livelli della programmazione strategica, dovendo incentrarsi sia sulla misurazione della variazione del Valore Pubblico di riferimento che sulla valutazione dell'Obiettivo in relazione al singolo Pilastro di Valore Pubblico.

Per alcuni Obiettivi, già presenti nel PIAO 2022-2024, che sono stati riproposti nel presente documento in quanto da realizzarsi in un periodo più esteso di un singolo anno solare, il livello di completamento dell'Obiettivo nel 2022 costituisce la nuova *baseline* di misurazione per l'anno successivo.

2.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PERFORMANCE

Premessa

La sottosezione "Performance" del PIAO 2023-2025 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.

All'interno della programmazione pluriennale (2023-2025) è presente un focus principale sulle attività dell'anno corrente (2023) e risulta pertanto modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- Obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e sociosanitaria;
- Modifiche al contesto di riferimento, tanto interno che esterno;
- Modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e di funzionamento della ASST.
- Tale sottosezione si colloca all'interno del ciclo di gestione della performance, che si articola nelle seguenti fasi:



- Definizione e 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.

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, la presente sottosezione, pur necessariamente dovendo rimandare agli specifici documenti e strumenti di lavoro in relazione ai diversi ambiti, rappresenta una sintesi di indirizzo strategico unitario in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria.

2.2.1 Gli stakeholder

Si rimanda sul punto al paragrafo 2.1.3. della Sottosezione Valore Pubblico del presente documento.

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. n. 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 PIAO 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 PIAO, 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



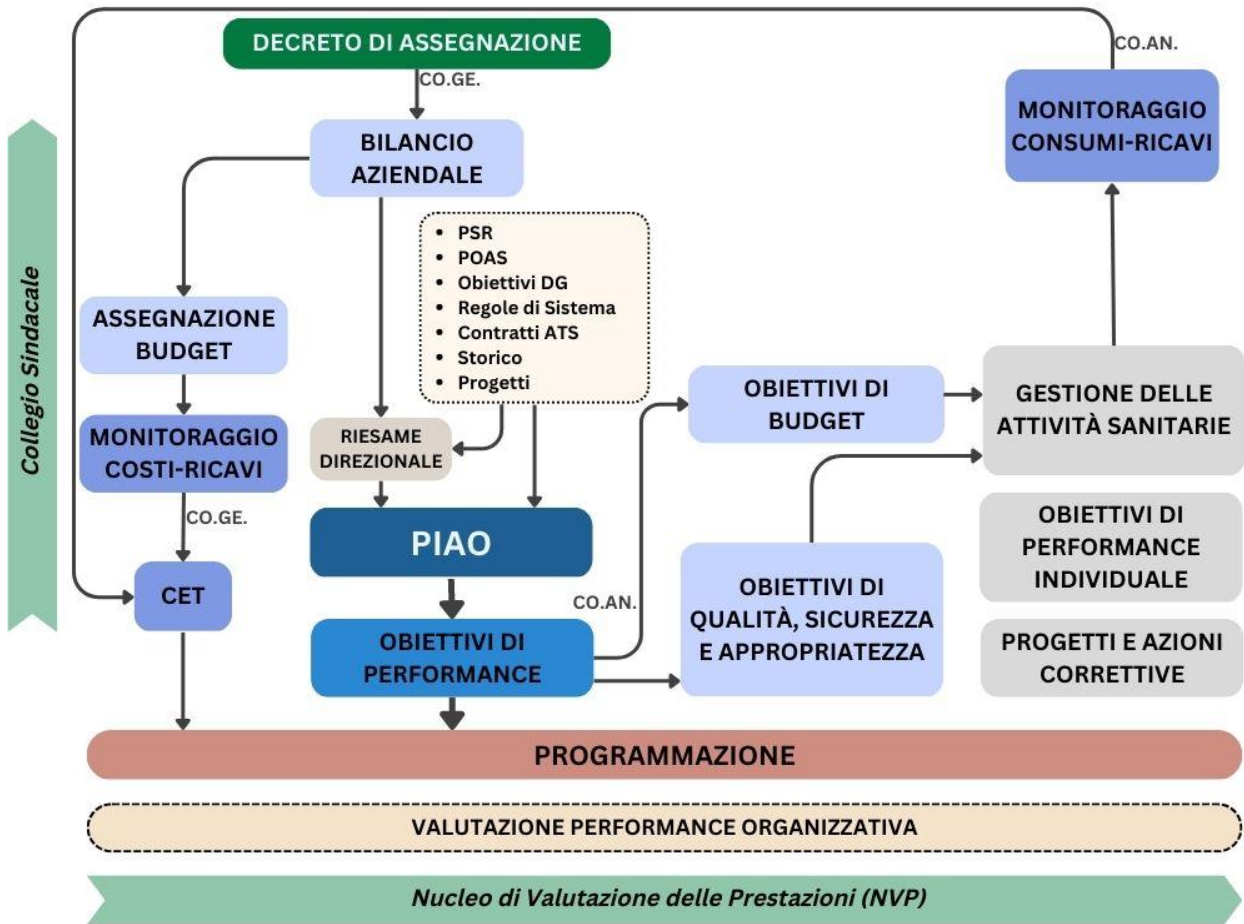
obiettivo annuale, condivisa con il Collegio di Direzione e articolata per Struttura di diagnosi e cura e per Struttura amministrativa e di staff alla Direzione Generale. La scheda contiene gli obiettivi da perseguire con i relativi indicatori di verifica e viene discussa con i Responsabili di Dipartimento 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. n. 150/2009, la definizione degli obiettivi 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. 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 vengono effettuate 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 "**Appropriatelyzza, 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). Verranno quindi definiti dalla Direzione Sanitaria, 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, Nutrizione Clinica, Qualità e Risk Management) che li fornisce al Controllo di Gestione trimestralmente. All'interno di tale macroarea sono compresi gli "**Obiettivi aziendali di interesse regionale e regole di sistema**" che vengono declinati per ogni singola UO in relazione allo specifico coinvolgimento.

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 di staff alla Direzione Strategica e delle Strutture di supporto sanitario si possono distinguere 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 Dirigenti 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 attualmente 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.

L'ASST non è attualmente dotata di un regolamento organico dedicato alla valutazione del personale, ma è in programma per l'anno 2023 l'adozione di un nuovo sistema di valutazione della performance individuale orientato a considerare il processo di valutazione come una leva gestionale per orientare i comportamenti verso i fini aziendali, in una logica di sviluppo delle RR.UU.

In particolare, mediante il nuovo sistema si intende semplificare la valutazione, mediante l'utilizzo di un'unica scheda "madre" per gestire le differenti tipologie di valutazione previste dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Il nuovo sistema sarà, inoltre, interessato dalla completa informatizzazione e dematerializzazione del processo valutativo mediante l'uso di un software dedicato.

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 D.G.R. XI/7758 del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" (cd. "Regole di Sistema 2023");



- della D.G.R. di determinazione degli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute, delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (cd. "Obiettivi D.G.") per l'anno 2023, che non è ancora stata approvata; il al presente piano potrà pertanto seguire 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 2023 e che saranno declinati in Obiettivi operativi annuali alle singole Strutture, con l'indicazione dei coefficienti di Valore Pubblico assegnati a ciascuno.



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Riferimenti	Responsabile	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazione	Pilastro Valore Pubblico	Sezione Sorgente	Priorità strategica (A)	Impatto Valore Pubblico (B)	Valore Pubblico (A+B)
1	Regionale	Contenere i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Incremento di almeno il 10% del numero di prestazioni indicate da Regione Lombardia e da ATS come prioritarie (prima visita ortopedica, prima visita cardiologica, prima visita neurologica, prestazioni strumentali di diagnostica per immagini)	(prest 2023 - prest 2019)/prest 2019	DGR 7475/2022 All. 3 DGR 7758/2022 Collegio di Direzione ATS del 18/1/2023 DGR 7819/2023	Cup e accoglienza - DMP	Tutte le Strutture Sanitarie	31/12/2023	Mensile e trimestrale	Accessibilità alle cure	Performance	5	5	10
2	Aziendale	Incrementare l'attività di ricovero in elezione coerentemente con i maggiori volumi dell'attività ambulatoriale	Incremento di almeno il 10% del valore delle prestazioni di ricovero in elezione	(prest 2023 - prest 2019)/prest 2019	//	Direttori di UOC con il coordinamento di DMP	Strutture di supporto	31/12/2023	Mensile e trimestrale	Accessibilità alle cure	Performance	4	5	9
3	Regionale	Implementare il Progetto Regionale Cartella Clinica Elettronica	Implementazione della CCE secondo la pianificazione regionale delle attività	Rispetto della pianificazione delle attività relative	PNRR Missione 6 - All. 6 DGR 7758/2022	SIA	Gruppo di Lavoro Aziendale	31/12/2024	Trimestrale	Digitalizzazione	Organizzazione e Capitale Umano	4	2	6
4	Regionale	Aggiornare il Piano Pandemico PANFLU	Monitoraggio e verifica della declinazione locale del Piano Pandemico Antinfluenzale	Predisposizione del documento nei tempi previsti (Aggiornamento entro agosto 2023)	All. 12 DGR 7758/2022	DMP	Tutte le Strutture	31/08/2023	Mensile	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	4	3	7
5	Regionale	Implementare il sistema di sorveglianza delle malattie infettive e antimicrobico resistenza nei presidi aziendali	1) Definizione e promozione del piano di azioni volte a promuovere la prevenzione delle infezioni in ambito ospedaliero 2) Implementazione del nuovo sistema informativo nazionale PREMAL DECRETO - malattie infettive.	Assicurare le credenziali di Accesso ai Medici per il nuovo sistema di sorveglianza SMI (100%) Obbligo di superamento del corso FAD regionale "malattie infettive"	All. 12 DGR 7758/2022	DMP e tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie	RSPP, Gestione tecnico-patrimoniale	31/12/2023	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	4	3	7
6	Regionale	Migliorare ed efficientare il processo di ricovero nelle fasi specifiche di accettazione, gestione e dimissione del paziente	Ottimizzazione della risorsa "Posto Letto" attraverso: contenimento dei tempi di boarding in PS, miglioramento dei tempi di degenza media, pianificazione della dimissione all'ingresso	Miglioramento tempi di Boarding rispetto al 2022 Tempi di sbarellamento inferiori ai tempi medi ATS Miglioramento dei tempi di degenza rispetto al 2022	All. 4 DGR 7758/2022	Responsabili PS DAPS Bed Manager Direttori UOC Sanitarie e Sociosanitarie col coordinamento di DMP e Gestione Operativa	//	31/12/2023	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Performance	4	3	7
7	Regionale	Facilitare il processo di dimissione dei pazienti complessi / fragili (potenziali bed blocker)	Adozione dell'indice di rischio di bed blocking volta ad individuare tempestivamente gli ostacoli clinico-sociali che potrebbero ritardare le dimissioni Evidenza nella cartella clinica	Rilevazione indicatore: Numero di pazienti complessi/fragili a cui è stato applicato l'indice di bed blocking / N. totale pazienti ricoverati	All. 4 DGR 7758/2022	Direttori UOC Sanitarie Sociosanitarie DAPS col coordinamento della DSS	Gestione cronicità e percorsi integrati	31/12/2023	Mensile	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Performance	4	4	8
8	Aziendale	Facilitare e semplificare l'accesso alle cure	Identificazione di percorsi dedicati a specifiche categorie di utenza (anziani fragili, pazienti pediatrici)	Indagine di customer interna ed esterna	//	Gestione Operativa	DMP E DAPS	31/12/2023	Trimestrale	Accessibilità alle cure	Organizzazione e Capitale Umano e Performance	3	3	6



Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Risultato	Indicatore	Riferimenti	Responsabile	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazione	Pilastro Valore Pubblico	Sezione Sorgente	Priorità strategica (A)	Impatto Valore Pubblico (B)	Valore Pubblico (A+B)
9	Aziendale	Efficientamento spazi di blocco operatorio	Migliore gestione degli spazi di blocco operatorio mediante la ricollocazione della centrale di sterilizzazione e dei processi correlati	2023 - Approvazione del progetto di fattibilità 2024 - Realizzazione del progetto	//	Gruppo di lavoro	//	2023-2024	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	3	5	8
10	Aziendale	Efficientamento utilizzo blocco operatorio	Contenimento "tempi di cambio"	Incremento degli slot operatori rispetto al 2022	//	Resp. coordinamento blocco operatorio Gestione operativa DMP	Tutte le Strutture chirurgiche	2023-2024	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	5	5	10
11	Regionale	Promuovere corretti stili di vita: promozione attività fisica e motoria/Attività Fisica Adattata (A.F.A.)	Avvio delle progettualità condivise con le comunità locali insistenti sui municipi di competenza dell'Azienda	Numero di partecipanti alle progettualità stratificate per target di riferimento	All. 12 DGR 7758/2022	Promozione della salute e offerta vaccinale	DMP Strutture Sanitarie	31/12/23	Trimestrale	Pari opportunità ed equilibrio di genere	Organizzazione e Capitale Umano	4	5	9
12	Regionale	Promuovere corretti stili di vita all'interno dell'ambiente di lavoro (WHP)	Sviluppo di nuove progettualità e consolidamento delle esperienze più significative con promozione della partecipazione dei dipendenti	Relazione sulle attività proposte con rilevazione dei livelli di adesione	All. 12 DGR 7758/2022	RSPP con il coordinamento della DSS	Tutte le Strutture	31/12/23	Trimestrale	Pari opportunità ed equilibrio di genere	Organizzazione e Capitale Umano	4	2	6
13	Regionale	Ammodernare il parco tecnologico e digitale ospedaliero	Realizzazione degli investimenti previsti dal PNRR e da Regione Lombardia	Rispetto dei tempi previsti	PNRR Missione 6 DGR 7593/2022	Next Generation EU Ingegneria clinica Provveditorato	DMP Gestione tecnico-patrimoniale	31/12/23	Mensile	Digitalizzazione/Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Performance	5	4	9
14	Aziendale	Approvare ed implementare il nuovo sistema di valutazione del personale	Introdurre una regolamentazione organica sulla valutazione del personale, informatizzando l'intero processo	Approvazione del regolamento aziendale e applicazione sperimentale già nel 2023	//	Risorse umane	Controllo di gestione	31/12/23	Trimestrale	Digitalizzazione/Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	4	2	6
15	Aziendale	Riclassificazione delle strutture riabilitative secondo i nuovi indirizzi nazionali e regionali	Riaccredimento delle UdO riabilitative e sperimentazione della nuova SDO Integrazione processi di gestione della fase acuta e della fase riabilitativa	Predisposizione/attuazione del piano progettuale	In fase di emissione	Dipartimento di Riabilitazione	Tutte le Strutture Riabilitative, DMP	2023-2024	Trimestrale	Accessibilità alle cure	Performance	5	5	10
16	Regionale	Contenere l'utilizzo dell'energia e, conseguentemente, le emissioni e i relativi costi al fine di perseguire l'efficientamento energetico	Adozione delle misure di efficientamento energetico secondo la pianificazione regionale nell'ambito del progetto "NEW" Nuova Energia per il Welfare	Rispetto della pianificazione delle attività relative	All. 9 DGR 7758/2022	Gestione Tecnico Patrimoniale	//	31/12/23	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Performance	5	5	10



2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Premessa

La presente sottosezione di programmazione del PIAO 2023-2025, dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, è stata elaborata tenuto conto:

- degli esiti dell'attività di monitoraggio sul PTPCT 2022-2024 confluito nel PIAO 2022-2024;
- del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, definitivamente approvato con Delibera n. 7 del 17/01/2023, con cui l'ANAC, nel richiamare il documento "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" – sezione II "Pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione", ha fornito alle pubbliche amministrazioni gli indirizzi per favorire l'integrazione "in modo progressivo e graduale" dei diversi Piani confluiti nel PIAO.

Una prima parte della sottosezione è dedicata alla prevenzione della corruzione attraverso la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, l'adozione ed il monitoraggio delle misure di prevenzione censiti nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive" (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>), la seconda parte è dedicata alla programmazione e al monitoraggio dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 di cui alla "Tabella degli obblighi di pubblicazione" (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>).

2.3.1 Obiettivi strategici

Tra i valori contemplati anche nel vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'ASST Gaetano Pini-CTO, rientra la promozione della cultura della legalità e della trasparenza finalizzata alla gestione del bene pubblico.

Gli obiettivi strategici triennio 2023-2025, sono stati definiti sulla base del patrimonio di esperienze finora maturato e del crescente livello di attenzione posta da tutta l'organizzazione aziendale per lo sviluppo di un contesto sempre più orientato all'adozione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione e strumenti di trasparenza.

In una logica di sinergia e integrazione con le altre sezioni del PIAO 2023-2025 e in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, l'Azienda ha individuato i seguenti obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, a protezione del Valore Pubblico:

- promozione di maggiori livelli di trasparenza;
- monitoraggio degli appalti gestiti con i fondi del PNRR in attuazione delle misure antiriciclaggio e di prevenzione del conflitto di interessi;



- promozione dell'etica pubblica alla luce del nuovo Codice di Comportamento aziendale;
- sensibilizzazione del personale sugli istituti del *whistleblowing* e del pantouflage.

2.3.2 Processo di gestione del rischio

L'intero processo di gestione del rischio corruttivo si compone delle seguenti fasi:

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

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

SOGGETTI	DESCRIZIONE
DIRETTORE GENERALE	<ul style="list-style-type: none">- Individua, di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività (art. 1, comma 7, della L. n. 190/2012);- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (ART. 1, COMMA 8, L. N. 190/2012);- adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti e ne cura la pubblicazione sul sito internet aziendale;- riceve la relazione annuale del RPCT sull'attività svolta;- riceve le segnalazioni del RPCT su eventuali disfunzioni riscontrate sull'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza
DIREZIONE STRATEGICA	<p>Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario nella formulazione degli obiettivi strategici per la realizzazione del sistema di gestione del rischio di corruzione e nella promozione della cultura della legalità.</p> <p>La Direzione strategica in carica è stata designata per il periodo 19/04/2022-18/04/2024</p>
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	<p>Funzione in staff al Direttore Generale:</p> <ul style="list-style-type: none">- elabora la proposta di PTPCT (ART. 1, COMMA 8, L. N. 190/2012) che sottopone all'approvazione della Direzione Generale, entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC);- verifica e vigila sul funzionamento e attuazione del predetto Piano (ART. 1, COMMA 10, LETTERA A), L. N. 190/2012);- individua con i Dirigenti interessati, del personale dipendente da inserire nei programmi di formazione;- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli



	<p>incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (ART. 1, COMMA 10, LETTERA B) L. N. 190/2012);</p> <ul style="list-style-type: none">- vigila sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013;- verifica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs n. 97/2016, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;- cura la gestione dell'istituto dell'accesso civico, per la parte di pertinenza, e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente", in raccordo con le strutture competenti per materia (ART. 5, COMMA 3), LETTERA B), D.lgs. n. 33/2013 e smi);- segnala all'Organo di vertice e all'Organismo Indipendente di Valutazione (ovvero struttura analoga di valutazione) eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza indicando, altresì, agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione (ART. 1, COMMA 7, DELLA L. N. 190/2012); <p>entro il 15 dicembre di ogni anno, trasmette all'Organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012). Ai sensi della L. 179/2017, in tema di <i>whistleblowing</i> è unico destinatario all'interno dell'Azienda, di segnalazioni di illeciti/irregolarità.</p> <p>La Delibera ANAC n. 840/2018 chiarisce il perimetro dei poteri del RPCT tenuto alla "<i>predisposizione di adeguati strumenti interni all'Amministrazione per contrastare l'insorgenza dei fenomeni corruttivi. Tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno, al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni. È escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile</i>".</p> <p>Attualmente la dott.ssa Marilena Moretti riveste la funzione di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.</p>
<p>COLLEGIO SINDACALE</p>	<p>Organo istituzionale dell'Azienda, ai sensi dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.:</p> <ul style="list-style-type: none">- verifica la regolarità amministrativa e contabile;- vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;- esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio. <p>Ai sensi dell'art. 3-ter, commi 1 e 2 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., spetta in particolare al Collegio Sindacale:</p> <ul style="list-style-type: none">- verificare l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;- vigilare sull'osservanza della legge;- accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettuare periodicamente verifiche di cassa;- riferire almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;- trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale,



	<p>una propria relazione sull'andamento dell'attività alla Conferenza dei Sindaci.</p> <p>Con deliberazione del Direttore Generale n. 453 del 15.09.2022 è stato nominato il Collegio Sindacale dell'ASST Gaetano Pini -CTO per il triennio 15.09.2022-14.09.2025.</p>
COLLEGIO DI DIREZIONE	<ul style="list-style-type: none">- Partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;- concorre al governo delle attività cliniche, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. <p>Rinnovato con deliberazione n.119 del 31/03/2016.</p>
DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	<ul style="list-style-type: none">- Svolgono attività informativa nei confronti del R.PCT e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.lgs. n. 165/2001; art. 331 c.p.p.);- partecipano al processo di gestione del rischio (art. 1, comma 9, lettera a, L. 190/2012);- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16 ter D.Lgs. n. 165/2001);- 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 (art. 16 quater D.Lgs. n. 165/2001);- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 54 D.Lgs. 165/2001);- adottano le misure di prevenzione e le opportune misure gestionali (disciplinari, organizzative, etc.) e assicurano l'osservanza del piano (art. 1, comma 9, L. 190/2012).
GRUPPO DI SUPPORTO ANTICORRUZIONE	<ul style="list-style-type: none">- Svolge attività informativa nei confronti del Responsabile anticorruzione, dei referenti e dell'Autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);- propone misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001);- assicura l'osservanza del Codice di comportamento aziendale e verifica le ipotesi di violazione. <p>Costituito con deliberazione n. 132/2014, integrato con successiva deliberazione n.160/2015, il team multidisciplinare di supporto anche alla Funzione Internal Auditing è formato da figure professionali interne di area tecnico-amministrativa e sanitaria, in un'ottica di gestione integrata del rischio.</p>
REFERENTI DEL RPCT	<p>Identificati nei Dirigenti Responsabili di tutte le strutture e/o articolazioni aziendali, per le attività di rispettiva competenza, procedono a:</p> <ul style="list-style-type: none">- segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate in merito all'assolvimento degli obblighi previsti nel PTPCT ed in materia di trasparenza ed accesso civico proponendo le misure correttive;- assicurare piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza del PTPCT;



	<ul style="list-style-type: none">- verificare l'attuazione del Piano, nonché proporre la modifica dello stesso in occasione di ogni aggiornamento annuale e qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;- realizzare misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	<ul style="list-style-type: none">- Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis Decreto Legislativo n. 165/2001);- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 1, comma 3, Legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento (art. 54 D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 44 L. 190/2012);- garantisce la trasmissione delle informazioni necessarie al RPCT per la redazione della relazione annuale. <p>Con deliberazione n. 419 del 02/09/2021 l'UPD è stato ricostituito quale organo collegiale per le violazioni dal personale dell'area del Comparto e della Dirigenza.</p>
GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO	<p>Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo, è tenuto a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) della Banca d'Italia dati ed informazioni concernenti operazioni ritenute sospette di riciclaggio.</p> <p>Con deliberazione n. 601 del 14/12/2022 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo e individuato il nuovo Gestore aziendale per la ASST G. Pini – CTO nella persona del Direttore UOC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.</p>
DIPENDENTI DELL'AZIENDA	<ul style="list-style-type: none">- Partecipano al processo di analisi del rischio;- osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012);- segnalano casi di personale conflitto di interesse (art. 6 bis L. n. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di Comportamento generale e aziendale) e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001).
COLLABORATORI, A QUALSIASI TITOLO, DELL'AZIENDA	<ul style="list-style-type: none">- osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e nel Codice di Comportamento aziendale;- segnalano le situazioni di illecito (art. 8 Codice di Comportamento Generale e Aziendale).
SOGGETTI ESTERNI	<p>Cittadini, Organizzazioni portatrici di interessi collettivi, Organizzazioni non governative, Organizzazioni Sindacali, coinvolti nella strategia anticorruzione, attraverso la partecipazione attiva, anche in via telematica, all'aggiornamento del Piano annuale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.</p>



2.3.2.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno restituisce all'Azienda le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui essa opera.

Come si evince dal rapporto del marzo 2022 "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" biennio 2020-2021, cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano, il Sistema sanitario lombardo, continua ad essere, in forma crescente, oggetto di attenzione da parte degli interessi mafiosi, intensificandosi negli ultimi anni, nelle Province occidentali della Lombardia.

I fattori di rischio che espongono la Sanità lombarda a fenomeni corruttivi possono avere natura:

1. politica: correlati all'esistenza di un rapporto di prossimità tra sanità e politica;
2. legislativa: i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali che regolano il settore e che consentono, tra l'altro, le nomine, da parte dei vertici politici, dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (Legge di riforma n. 229/99), frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni ed esterni al sistema.
3. tecnico-scientifica: condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite da relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono gli interlocutori (medici, case farmaceutiche, società produttrici di dispositivi medici, ecc.) in condizione di conflitto di interessi, anche solo potenziale. 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. ambientale: secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasana, 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. logistico-organizzativa: sono fattori di rischio legati ad 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. 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.

Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio come quello anticorruzione, possono dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi rivenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per



cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

2.3.2.2 Analisi del contesto esterno

Con riferimento all'analisi del contesto interno vale a dire delle informazioni e dei dati rappresentativi delle risorse organizzative e strumentali che possono influenzare il profilo di rischio corruttivo, si rinvia alla Sottosezione 1.6 "Assetto Organizzativo" del presente PIAO.

Al fine di migliorare il processo di misurazione del livello di rischio e la conseguente programmazione di idonee misure di prevenzione, sono stati presi in considerazione la relazione annuale del RPCT, i dati forniti dall'ufficio legale interno e dall'UPD sui procedimenti giudiziari pendenti o conclusi per fatti corruttivi, sugli esiti di procedimenti disciplinari carico dei dipendenti in corso o conclusi nell'anno 2022.

2.3.3 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 i processi ritenuti a rischio.

Secondo le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019 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, la proceduralizzazione dell'attività amministrativa consente, con maggiori probabilità, di "intercettare" comportamenti di *maladministration*.

L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei rischi ad essi connessi è stata censita nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive". Esso contiene la descrizione del macro processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.



2.3.4 Le Aree di rischio

Le aree di rischio si distinguono in generali e specifiche (Legge n.190/2012 e successivi PNA, da ultimo PNA 2019).

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



AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	RIFERIMENTI
ENTI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Affari legali e contenzioso	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Attività libero professionale	Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015 Parte Speciale IV - SANITA' PNA 2016
	Liste di attesa	
	Rapporti con soggetti erogatori	
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	
Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero		



2.3.5 Identificazione dei rischi

Alla fase di 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 sviluppa il fenomeno corruttivo.

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

TIPOLOGIA RISCHIO	DESCRIZIONE
RISCHI STRATEGICI	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: - 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	Rischi connessi alla normale operatività dei processi che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia: - 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	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
RISCHI CORRUTTIVI	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



	<p>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>



2.3.6 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.

In continuità con il precedente Piano 2022, per la rivalutazione del rischio, il RPCT ha riproposto ai Responsabili dei processi mappati, un set di indicatori (key risk indicators), di seguito riportati, in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio corruttivo di ciascuna attività:

- 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, per ogni processo/attività ed evento rischioso ad esso 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.

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 riportate nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive - All.1 alla sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025.
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.

2.3.7 Individuazione delle aree a rischio corruzione

L'analisi, la valutazione e la ponderazione del rischio è stata condotta sui processi mappati nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive" (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>).

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 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nel documento "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" (02/02/2022), tra "le più permeabili al rischio corruttivo".

Come ribadito anche nel PNA 2022, l'ANAC invita le amministrazioni pubbliche a vigilare, avvalendosi di specifiche check-list dalla stessa predisposte (ALL.8 al PNA 2002) per il successivo controllo degli atti inerenti le seguenti procedure di gara che,



considerati i margini più ampi di discrezionalità concessi dalla normativa, possono comportare maggiori rischi corruttivi o di *maladministration*:

- a) affidamento diretto;
- b) procedura negoziata per i servizi e le forniture;
- c) procedura negoziata per i lavori;
- d) procedure in deroga;
- e) procedure attinenti alla modifica dei contratti e alle varianti in corso d'opera.

La parte speciale del PNA è dedicata ai contratti pubblici, interessati, negli ultimi anni, da specifici interventi legislativi di carattere speciale e derogatorio rispondenti soprattutto alle esigenze di attuazione del PNRR, che hanno reso più articolato l'attuale quadro legislativo di riferimento.

A seguito delle numerose norme derogatorie, la predetta Autorità ha inteso offrire alle stazioni appaltanti un supporto nella individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi e a fenomeni criminali ad essi connessi.

Al riguardo si precisa che per l'ASST Gaetano Pini-CTO, l'accesso al PNRR in tema di acquisti di beni e servizi è stato limitato alla componente 2 missione 6 del PNRR relativo alla sostituzione delle grandi apparecchiature. In tale ambito tutte le procedure di gara sono espletate da Consip su mandato del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'ANAC ha fornito altresì indicazioni sulla trasparenza. L'Allegato 9 del PNA 2022 "Obblighi Trasparenza contratti" elenca, per ogni procedura contrattuale, gli obblighi di trasparenza in materia, cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente".

In considerazione dell'adozione definitiva del PNA 2022 in data 17 gennaio 2023, per quanto precede, nei primi mesi del 2023 si procederà ad integrare la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e a dare attuazione agli obblighi di trasparenza nell'area dei contratti pubblici.

2.3.8 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.

Per il PNA 2022, le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del Valore Pubblico ma esse stesse produttive di Valore Pubblico, pertanto, le nuove misure o quelle già in atto devono sempre più 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	Le misure generali sono quelle previste dalla L.190/2012 quali strumenti di attuazione della prevenzione della corruzione. 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).
MISURE SPECIFICHE	La misura è specifica, in risposta a specifici problemi rilevati tramite l'analisi del rischio. Le misure specifiche per processo e/o singola fase, sono ricondotte alla classificazione implementata dal PNA 2022, e precisamente: - di controllo - di trasparenza - di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; - di regolamentazione - di semplificazione - di formazione - di sensibilizzazione e partecipazione - di rotazione - di segnalazione e protezione (che possono anche essere riferite ai <i>whistleblower</i>) - gestione del conflitto di interessi - regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies) - di gestione del pantouflage

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".

2.3.9 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di prevenzione consente da un lato, di valutare il mantenimento o no di misure programmate in relazione alla loro adeguatezza, effettività e verificabilità; dall'altro di evitare l'introduzione "adempimentale" di nuove misure in luogo di quelle programmate ritenute ancora idonee al loro scopo.



2.3.9.1 Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione.

Il processo di gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione di tutte le fasi di gestione del rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. L'attività di monitoraggio prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. Non è infatti utile soltanto misurare e valutare nuovamente i rischi gestiti, ma soprattutto anche monitorare l'efficacia delle misure.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste nel "*Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive*" avviene mediante precisi indicatori (output di risultato). Esso si svolgerà in due fasi, in stretta correlazione con il sistema dell'internal auditing: a luglio 2023 con riferimento al primo semestre e a novembre 2023 con riferimento all'intero anno.

Ciascun Dirigente Responsabile delle attività a rischio corruzione trasmette al RPCT la rendicontazione e le proposte relative alle attività di gestione del rischio, indicando altresì le concrete misure organizzative adottate e da adottare per l'efficace contrasto del rischio rilevato.

2.3.9.2 Monitoraggio sulla Trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione/ente ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione trasparente*"; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati; se non siano stati disposti filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente; se i dati e le informazioni siano stati pubblicati in formato di tipo aperto e riutilizzabili.

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente al RPCT di formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento.

Tale monitoraggio è altresì volto a verificare la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la capacità delle amministrazioni di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si connota per essere programmabile su più livelli, di cui un primo livello demandato ai Dirigenti Responsabili delle Strutture editor, in autovalutazione e in relazione ai vincoli temporali di legge, un secondo livello, di competenza del RPCT, che ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione e di supporto al Nucleo di Valutazione aziendale ai fini della



predisposizione da parte del predetto Nucleo, dell'attestazione sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione concernente le categorie di dati annualmente selezionate dall'ANAC.

Nel corso del 2023 saranno previsti a cura del RPCT due monitoraggi sulla totalità dei dati pubblicati nella sezione AT.

2.3.9.3 Riesame

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

È prevista la frequenza almeno annuale del riesame per supportare la redazione della presente sezione ai fini del miglioramento delle misure di prevenzione, tuttavia, stante il carattere "*dinamico*" del documento di che trattasi, lo stesso è suscettibile di modificazioni e adeguamenti, sia per l'entrata in vigore di nuove norme, sia per mutamenti nell'organizzazione dell'Azienda.



2.3.10 Misure generali attuative della prevenzione della corruzione

ID	TIPOLOGIA	RIFERIMENTO NORMATIVO	TESTO DI NORMA	MODALITÀ ATTUATIVE
A)	TRASPARENZA	D.Lgs. n.33/2013 (Decreto Trasparenza) e n. 97/2016 (FOIA)	La trasparenza è una delle principali misure di prevenzione della corruzione, disciplinata dal D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016. Sul punto si rinvia al paragrafo 2.3.11.	Al paragrafo 2.3.11, dedicato alla trasparenza, sono definite le misure e le modalità per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.
B)	CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE	D.Lgs. n. 165/2001 e smi DPR 62/2013 Disciplina aziendale	<i>D.Lgs. n. 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	Il Codice Etico Comportamentale rappresenta lo strumento di autodisciplina aziendale. Il vigente Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 43/2014 e scaricabile al link https://www.asst-pini-cto.it/codice-di-comportamento . 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 di vertice. 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



			<p>dei dipendenti pubblici. Nel corso del 2022 il predetto DPR è stato riformato dal D.L. n. 36/2022. Le previsioni del Codice sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.</p>	<p>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. Il D.L. n. 36/2022 (PNRR 2) ha prescritto alle Pubbliche Amministrazioni una maggiore attenzione nell'utilizzo degli strumenti informatici e dei social media da parte dei propri dipendenti, al fine di tutelare l'immagine della PA. Nel corso del 2022, il RPCT di concerto con l'UPD, ha elaborato una prima bozza del Codice di comportamento dell'ASST, approvata con deliberazione n. 608 del 22/12/2022, attualmente sottoposta a procedura partecipativa on line per il coinvolgimento degli stakeholder. La stessa è pubblicata sul sito internet istituzionale e verrà adottata, nella versione definitiva, entro i primi mesi del 2023.</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> ...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. Si evidenzia la difficoltà dell'applicazione della misura della rotazione ordinaria all'interno di un'Azienda Sanitaria, per via della alta specializzazione delle attività svolte da ciascuna Unità Operativa.</p>



			<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>Nel biennio 2021-2022, l'ASST è stata interessata da un processo di turn over dei dirigenti amministrativi che ha consentito la rotazione funzionale degli stessi nelle seguenti aree cd. Sensibili e maggiormente esposte a rischio corruttivo: la UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato), Gestione Tecnico Patrimoniale, Accoglienza - CUP - Monitoraggio libera professione, Direzione Medica di Presidio.</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>.</p> <p>Per avvio del procedimento penale si deve intendere il momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del c.p.p. di una condotta "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 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).</p> <p>Nel caso di personale non dirigenziale, la rotazione si traduce in un'assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio.</p>
D)	CONFLITTO DI INTERESSI	Legge 241/1990, nuovo art. 6bis e DPR n. 62/2013	<p>La norma sul conflitto di interessi di cui all'art. l'art. 6 bis delle Legge n. 241 del 1990 va coordinata con la disposizione di cui al DPR n. 62/2013 e s.m.i. del Codice di comportamento aziendale.</p> <p><i>Legge 241/90: Art. 6-bis. - Conflitto di interessi (introdotto dall'art. 1, comma 41, Legge n. 190 del 2012)</i></p> <p>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.</p>	<p>Il PNA 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).</p> <p>Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>Il dipendente si astiene, altresì, in ogni altro caso in cui ricorrano gravi ragioni di opportunità.</p> <p>Il Codice di Comportamento disciplina gli obblighi e le</p>



		<p>Art. 42, comma 2, D.Lgs n.50/2016</p>	<p>Comma 2: si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013,62.</p> <p>Comma 3. Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi</p>	<p>responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interesse e di applicazione delle misure di prevenzione.</p> <p>Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente e 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> <p>L'art. 42 del D.Lgs n.50/2016 dispone che le stazioni appaltanti prevedano misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire, così, la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.</p> <p>Tra le misure di prevenzione in materia è stata prevista nell'area dei contratti l'estensione della compilazione della dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, del personale di supporto, per ogni singola gara, con verifiche successive del RPCT in relazione alla corretta acquisizione da parte dell'Ufficio competente.</p>
--	--	--	--	---



		<p>Regolamento UE n.241/2021 relativo al dispositivo per la ripresa e resilienza</p>	<p>dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico.</p> <p>Comma 4. Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici.</p> <p>Comma 5. La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati.</p> <p>L'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202177 prevede: <i>"Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi"</i>.</p>	<p>Al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici è dedicata un'intera sezione del PNA 2022</p> <p>Le Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 prevedono la necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo con obbligo degli operatori economici partecipanti alle gare di comunicare i dati del t.e. e l'obbligo, in capo alla stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo di assenza di conflitto di interessi.</p> <p>Tra le misure di controllo successivo per i contratti con fondi PNRR, è prevista l'acquisizione da parte del suindicato Ufficio delle comunicazioni rilasciate dagli operatori economici al RUP di gara sui dati del titolare effettivo e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del medesimo.</p> <p>La principale misura per la gestione del conflitto di interessi è costituita dal sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti. In caso di omissione delle dichiarazioni, o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, nonché laddove il dipendente non si astenga dal partecipare ad una procedura di gara, si configurerebbe per i dipendenti pubblici <i>"un comportamento contrario ai doveri d'ufficio"</i>, sanzionabile disciplinarmente.</p>
--	--	--	---	---



<p>E)</p>	<p>INCARICHI PRESTAZIONI NON COMPRESI NEI DOVERI D'UFFICIO, CONFERITI AI DIPENDENTI (INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI)</p> <p>PARTECIPAZIONE AD EVENTI SCIENTIFICI E SPONSORIZZAZIONI</p>	<p>D.Lgs. n. 165/2001 e smi</p>	<p><i>Specificatamente alla fattispecie, il D.Lgs. n. 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><i>f-bis) 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 dall'amministrazione di appartenenza. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.</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 "partecipazione a convegni e seminari", 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>Con deliberazione n. 718 del 21/12/2018 è stato approvato il Regolamento per la partecipazione da parte del personale dipendente della ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini - CTO ad eventi formativi esterni con sponsorizzazione a carico di soggetti terzi.</p> <p>Con deliberazione n. 81 del 02.02.2023 è stato approvato il</p>
-----------	---	---------------------------------	---	--



				regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni passive in favore dell'ASST Gaetano Pini -CTO, ad oggetto la sponsorizzazione di eventi formativi, scientifici o a carattere sanitario, divulgativi o informativi.
F)	INCONFERIBILITÀ	D.Lgs. n. 39/2013 Capi II, III, IV	Il <i>D.Lgs. n. 39/2013</i> disciplina le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. 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: - 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. 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).	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: - 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		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 " <i>Interpretazione e applicazione del Decreto Legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario</i> " disponendo che le ipotesi di inconferibilità o incompatibilità devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo,



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.

Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario, escludendo da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate "dirigenziali".

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"*.

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 efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

Per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D.Lgs. n. 39/2013, la UOC Organizzazione Risorse Umane:

- 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. n.33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del D.Lgs. n. 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 (PANTOUFLAGE)	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. Si tratta di una fattispecie qualificabile in termini di "incompatibilità successiva" alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico, si configura come ipotesi integrativa di casi di inconferibilità e incompatibilità contemplate dal d.lgs. n. 39 del 2013 come si evince dalle disposizioni stesse in materia di pantouflage contenute all'art. 21 del citato decreto. L'applicazione della disciplina sul pantouflage si estende anche al dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" per svolgere attività lavorativa presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.	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. 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). La UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha previsto nei contratti di assunzione del personale specifiche clausole anti-pantouflage. A rafforzamento della misura in argomento, prima dell'assunzione o cessazione del rapporto di lavoro, il dipendente dovrà sottoscrivere la comunicazione obbligatoria dell'Azienda, di presa d'atto della disciplina del pantouflage con impegno a rispettarne il divieto. Infine, 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.
I)	FORMAZIONE COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI,	D.Lgs. 165/2001 e smi Legge	<i>D.Lgs. 165/2001, art. 35-bis</i> ...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:	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.



	CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.	190/2012 e smi.	<ul style="list-style-type: none">- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;- 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;- 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 di qualunque genere.	<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 opportune verifiche.</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> <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 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. <p>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.</p>
L)	TUTELA DEL	D.Lgs.	Art. 54 bis, comma 1, D.Lgs. n. 165/2001 modificato dalla L. n. 179	Con deliberazione n. 157 del 05/05/2016 è stato approvato il



	<p>DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA ILLECITI</p>	<p>165/2001 e smi L. n. 190/2012 e n.179/2017 -</p>	<p>del 30.11.2017 "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 e privato":</p> <p>"Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza".</p>	<p>regolamento aziendale "Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti", comprensivo di allegati:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ sub a 1) modello per la segnalazione di condotte illecite➤ sub a 2) indicazioni operative per la denuncia del danno erariale. <p>Con deliberazione n. 469 del 9 giugno 2021, l'ANAC ha aggiornato le Linee guida in materia che:</p> <ul style="list-style-type: none">- forniscono maggiori garanzie di tutela della privacy del whistleblower e del segnalato;- prevedono l'adozione di misure di mitigazione del rischio di ritorsioni, sanzionando i responsabili di atti discriminatori e/o di misure ritorsive (quali ad esempio il demansionamento e il licenziamento), posti nei confronti del dipendente, a seguito della segnalazione medesima. <p>La nuova disciplina prevede che, nell'ambito dell'amministrazione di appartenenza, il dipendente segnali possibili illeciti non più al "superiore gerarchico", ma al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ovvero alle Istituzioni indicate nella colonna precedente.</p> <p>Le disposizioni di cui all'articolo 54-bis si applicano non solo ai dipendenti dell'Autorità, ma pure "ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica" (art. 54-bis, comma 2).</p> <p>Ad oggi è attivo un canale di segnalazione dedicato e riservato, accessibile unicamente dal RPCT che richiede un'implementazione sotto il profilo della garanzia di riservatezza e sicurezza dei dati del segnalante.</p>
<p>M)</p>	<p>FORMAZIONE SUI TEMI DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</p>	<p>Legge 190/2012 e smi</p>	<p><i>Legge 190/2012, art. 1:</i></p> <p>...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</p>	<p>Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella pubblica amministrazione. "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" è il Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo delle</p>



		<p>corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11;</p> <p>...10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche:</p> <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> <p>Al comma 7 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 è stato aggiunto dal Decreto n. 36/2022, il seguente periodo: "<i>Le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, le cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico</i>".</p>	<p>competenze dei dipendenti della pubblica amministrazione.</p> <p>L'ASST Gaetano Pini-CTO 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:</p> <ul style="list-style-type: none">- iniziative formative di e-learning ovvero iniziative di formazioni in aula inserite nel Piano Formativo Aziendale 2023;- 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. <p>Il Piano annuale della Formazione deve prevedere percorsi formativi differenziati che riguardino rispettivamente concetti generali e contenuti più prettamente specifici in relazione alla tipologia di attività svolta dagli Uffici aziendali.</p> <p>Il Piano di formazione segue un approccio sia normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, riguardare tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica Amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità, anticorruzione, Codici disciplinare e di comportamento dei pubblici dipendenti, normativa e regolamento per la disciplina dell'attività in libera professione), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa.</p> <p>Nel Piano Formativo Aziendale 2023 sarà previsto un corso generale in materia di appalti pubblici e un corso specifico sulle procedure di acquisto e la gestione dei contratti pubblici. La</p>
--	--	--	--



				partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è disciplinarmente sanzionabile.
N)	PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI E/O CLAUSOLE DI LEGALITÀ	Legge 190/2012 e smi D.G.R. n. XI/1751/2019	<i>Legge 190/2012, art. 1</i> ...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.	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. Con D.G.R. 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". Il patto è parte integrante dei contratti; viene sottoscritto per accettazione dai contraenti.
O)	INTERNAL AUDIT		La Funzione di Internal Auditing, funzione indipendente che risponde direttamente al Direttore Generale, si inserisce nell'ambito del sistema dei controlli interni, tenuto a presidiare i rischi aziendali e verificare la congruenza tra gli obiettivi predefiniti ed i risultati conseguiti. Per gli Enti del SSL, la predetta Funzione è stata istituita con L.R. n. 17 del 04.06.2014 ed inserita, in forza di DGR n. X/2989/2014, nella rete regionale di Internal Audit. Con deliberazione aziendale n. 464 del 21.10.2015, è stata istituita la Funzione in parola e recepito il Manuale di Internal Auditing regionale. 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:	Tra gli adempimenti del Responsabile della Funzione Internal Auditing rientra la pianificazione annuale delle attività di audit. Il Piano delle attività di Internal Auditing per l'anno 2023 è stato adottato dall'ASST con deliberazione n. 62 del 31.01.2023



			<ul style="list-style-type: none">• 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.	
--	--	--	---	--



2.3.11 Trasparenza

La trasparenza è una delle principali misure di prevenzione della corruzione ai sensi D.Lgs 33/2013 (Decreto Trasparenza), come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 (FOIA).

Ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.lgs. n. 33/2013 *"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"*.

E ancora, ai sensi del predetto art. 1, comma 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"*.

Nel presente paragrafo della sezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* 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 e di intervento da parte di ANAC con apposite Linee Guida adottate con Delibera n. 1310/2016 e successiva Delibera n.1134/2017, corredati dai rispettivi allegati 1 *"Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente"*.

Da ultimo l'allegato n. 9 al PNA 2022 *"Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" sotto sezione 1° livello - bandi di gara e contratti"* (sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione *"bandi di gara e contratti"* dell'allegato 1) alle suindicate Delibere ANAC) elenca per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti e a cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello *"Bandi di gara e contratti"* della sezione *"Amministrazione trasparente"*.

Secondo l'ANAC (PNA 2022-2024), l'importante ruolo che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento della sua importante funzione diretta a concorrere alla creazione e protezione del Valore Pubblico.



La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce per il PNA 2022, obiettivo strategico di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Per favorire la creazione di Valore pubblico, l'Azienda, coerentemente con le suindicate indicazioni di ANAC, in tema di trasparenza, si prefigge i seguenti obiettivi:

- assicurare maggiori livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni assicurando un flusso informativo costante e completo dei dati e delle informazioni aziendali nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- implementare ed attuare i sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza anche con riguardo alla gestione dei fondi del PNRR.

Inoltre, il tema della trasparenza è stato approfondito dall'ANAC nell'ultimo PNA 2022, con particolare riferimento ai contratti pubblici nell'ambito della disciplina sull'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ritendendo la stessa Autorità, che lo strumento della trasparenza possa soddisfare una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), vale a dire quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

Con D.G.R. n. XI/5408 del 25/10/2021 e successivo aggiornamento di cui alla D.G.R. n. XI/6605 del 30/06/2022, Regione Lombardia ha approvato le Linee guida per la Trasparenza e la Tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, con le quali ha disposto che gli Enti del sistema regionale provvedano a pubblicare su apposita piattaforma telematica i dati relativi ai contratti stipulati in modo che possano essere liberamente consultati dai cittadini.

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, n.1134/2017 e all'allegato 9 del PNA 2022.

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 Responsabili di struttura, secondo competenza.

Nell'allegata "*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.

Al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, avendo come punto di riferimento le Linee Guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale relativamente agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati, i dati pubblicati devono dare evidenza dei seguenti dati di contesto:



- 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. n. 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. n. 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. n. 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 relativi a categorie di dati particolari ex art.9, Regolamento (UE) 2016/679, 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.

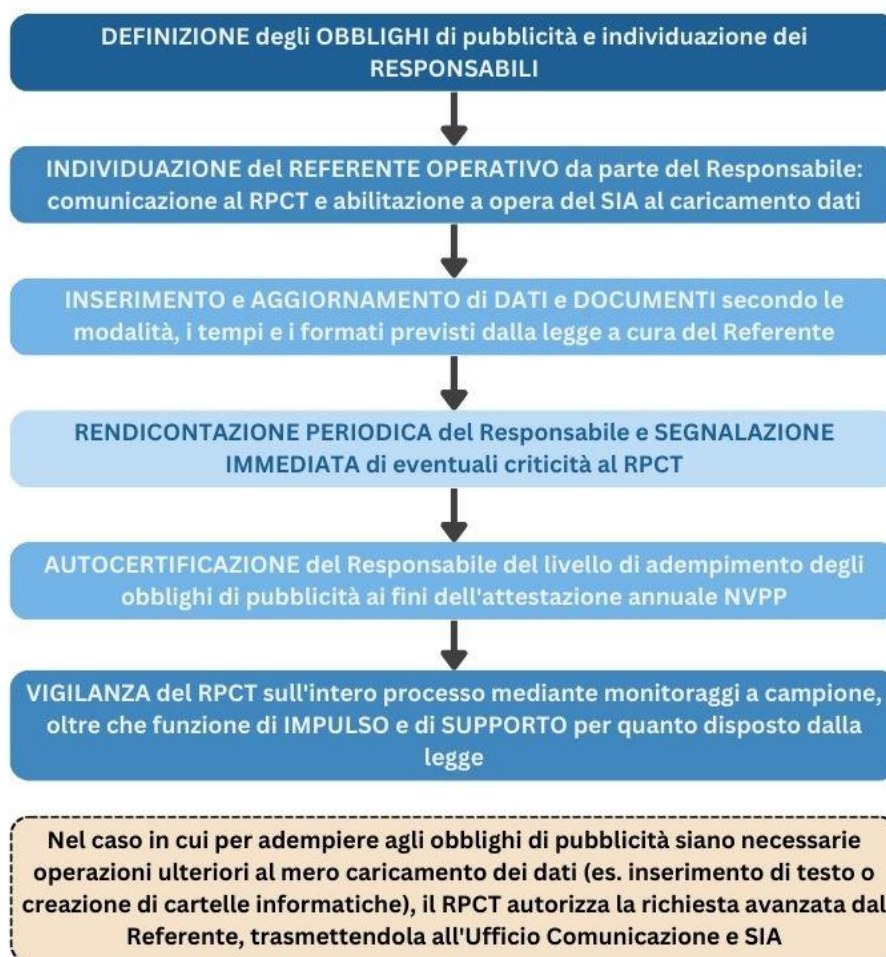
Il RPD costituisce, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento anche per il RPCT che, ad esempio, nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato riguardanti profili attinenti alla protezione dei dati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



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 prima sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/90 e s.m.i.);
2. una seconda 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 n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs n. 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. n. 33/2103) nei casi in cui l'Azienda ne abbia omesso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.



ASST Gaetano Pini

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 Funzione Trasparenza e Anticorruzione:

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. n. 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 pubblichino 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. n. 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-corrruzione>.



Si propone di seguito la scheda tipo di budget 2023, relativamente agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza:

OBIETTIVI ANNO 2023

UOC - Resp.

Tipologia Obiettivo	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Tempistica raggiungimento	Peso dirigenza	Peso comparto	UOC coinvolte
Aziendale	Prevenzione Corruzione/ Trasparenza	Attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza di cui al PIAO 2023-2025 – Sezione rischi corruttivi e trasparenza	n. azioni attuate/ n. azioni previste (>=90%)	31/12/2023			

Il Direttore Generale

Il Direttore

—

Data

—

Il Direttore della UOC

—



2.3.12 Obiettivi di valore pubblico

Per favorire la creazione di Valore Pubblico, l'Azienda prevede i seguenti obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza:

OBIETTIVO DI VALORE PUBBLICO	AZIONI	INDICATORE	2023	2024	2025
Formazione sui temi dell'etica pubblica.	Iniziative formative, anche in modalità e-learning, sul nuovo Codice di Comportamento aziendale	Realizzazione di un corso di formazione rivolto a tutto il personale anche con modalità a distanza	X		
Formazione sui temi dell'antiriciclaggio.	Iniziative formative, anche in modalità e-learning, in materia di antiriciclaggio	Realizzazione di un corso di formazione rivolto a tutto il personale anche con modalità a distanza	X		
Gestione delle misure di prevenzione sugli incarichi extraistituzionali	Applicazione del vigente regolamento aziendale	Risultanze audit sulla procedura autorizzativa degli incarichi extraistituzionali	X		
Implementazione del sistema di gestione del pantouflage	Successiva verifica del rispetto del divieto attraverso richiesta di autocertificazione ai cessati.	N. autocertificazioni rese/ cessati nell'anno.	X		
Rafforzamento misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	Avvio iter autorizzativo di accesso alla piattaforma open source per le segnalazioni di whistleblowing	Attivazione della piattaforma di che trattasi	X		
	Aggiornamento della procedura aziendale in essere	Predisposizione nuova bozza di procedura	X		
Promozione di	Riconfigurazione della	Relazione	X	X	X



maggiori livelli di trasparenza	nuova sottosezione bandi di gara e contratti come previsto dall'all.9 PNA 2022	attestante la riconfigurazione della sottosezione e conseguente graduale alimentazione della stessa.			
---------------------------------	--	--	--	--	--

Referente aziendale degli obiettivi: RPCT



SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STUTTURA ORGANIZZATIVA

Con deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 09 giugno 2022 è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Strategica Aziendale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 6795 del 02.08.2022, di cui si è preso atto con deliberazione del Direttore Generale n. 413 del 05.08.2022

Il POAS rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti del SSL, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento.

Le ASST adottano l'organizzazione più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del bacino d'utenza di riferimento e si articolano in due settori aziendali, rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero:

- Polo Ospedaliero è organizzato in dipartimenti a cui afferiscono le strutture complesse;
- Polo Territoriale è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale.

È quindi fondamentale per le ASST prevedere nella propria configurazione una rete integrata tra la componente sanitaria e la componente sociosanitaria, garantendo continuità e appropriatezza nell'offerta e nell'accesso ai servizi deputati all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'Azienda, con la propria struttura organizzativa è 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), garantiscono la continuità del processo medico-riabilitativo sul territorio.

Un ruolo cruciale in questa attività di coordinamento e integrazione è svolto dalla Direzione Socio Sanitaria che, pur non avendo gerarchicamente assegnate strutture socio-sanitarie territoriali, articola la propria organizzazione in coerenza con le indicazioni cogenti relative allo sviluppo delle funzioni territoriali, in particolare quelle dedicate alla promozione della salute globalmente intesa, alla presa in carico dei pazienti complessi, alla 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.



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 e i rapporti tra strutture e tra 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 (complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale) che svolgono compiti omogenei, affini o complementari. I dipartimenti perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Il Dipartimento è quindi uno strumento di organizzazione funzionale alla programmazione e al coordinamento unitario delle attività, i cui risultati sono 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 consente alla Direzione Strategica Aziendale di valorizzare il personale, favorendo la condivisione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa e di collaborazione reciproca.

Il Dipartimento svolge un ruolo di direzione sulle unità operative di competenza, rispetto alle quali è gerarchicamente sovraordinato, ed assume altresì funzioni di orientamento, indirizzo e coordinamento delle attività cliniche.

Le risorse umane e strumentali sono 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 didattiche deve prevedere, in presenza di strutture complesse



convenzionate con l'Università, il pieno coinvolgimento degli stessi responsabili nelle funzioni assistenziali.

3.1.2 Gli Organi dei Dipartimenti dell'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 corrispondono a 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.

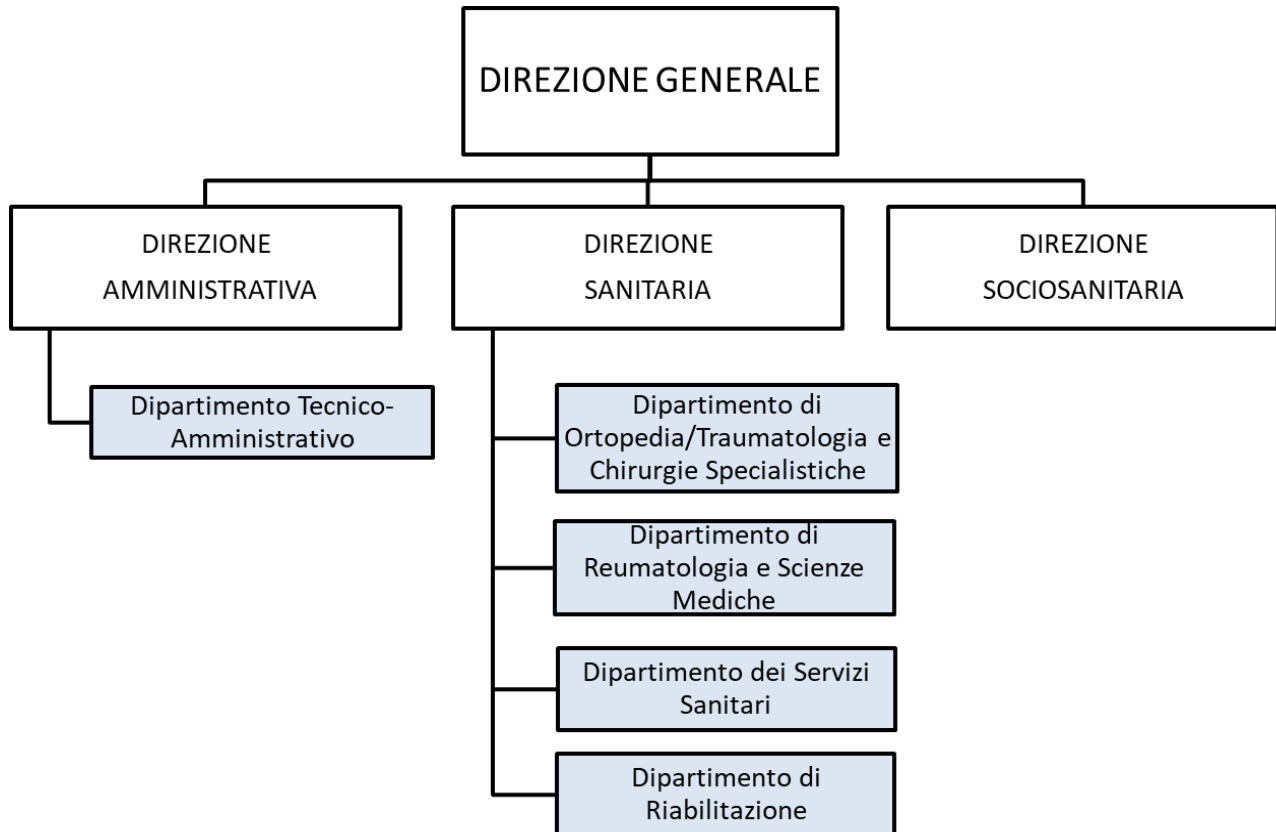
I Dipartimenti Gestionali sono caratterizzati dall'uso integrato delle risorse umane, strutturali e strumentali ed eventuali altre risorse specifiche necessarie per il funzionamento. Il loro compito è di determinare l'uso delle risorse in aree affini e complementari sia in ambito assistenziale che di 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.



La Direzione Strategica Aziendale

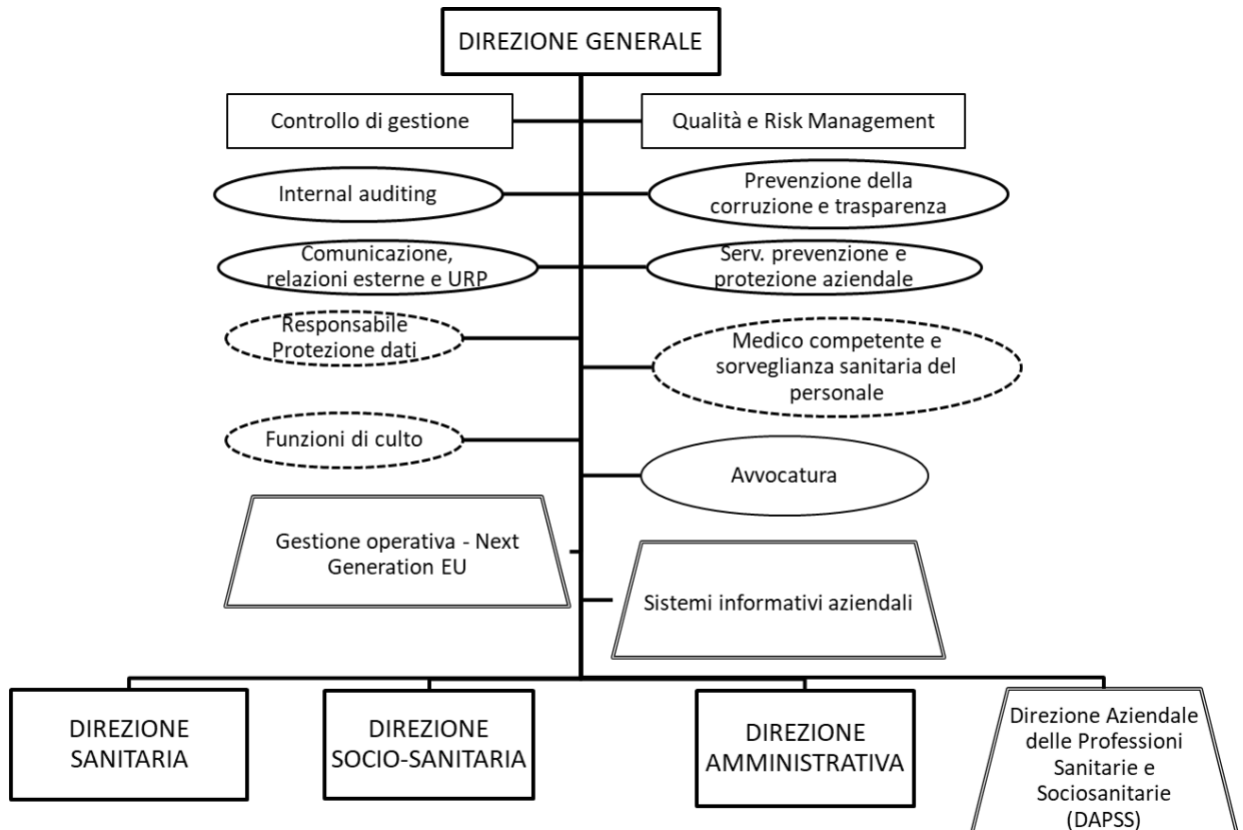
Organigramma della Direzione Strategica Aziendale





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 e applicative e assicurano e promuovono la collaborazione con le altre strutture organizzative e i diversi settori di attività.

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;
- Advocatura;
- 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, appartiene alla Direzione Generale anche la fondamentale competenza in ordine al processo di potenziamento della ricerca, dello sviluppo e dell'alta formazione. La strategicità di questo processo impone di ricondurne la responsabilità proprio alla Direzione Strategica Aziendale in un'ottica di governo integrato e coordinato delle attività di ricerca e di alta formazione specialistica di 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 l'efficienza organizzativa ed economica, l'omogeneizzazione e la semplificazione delle procedure, nonché la trasparenza nell'agire amministrativo.

Dipartimento Tecnico-Amministrativo

L'organizzazione delle attività amministrative dell'Azienda tiene conto della complessità amministrativa e del carico gestionale che connota l'attuale contesto socioassistenziale ed economico.

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo, trasversale all'interno dell'organizzazione aziendale, svolge funzioni propositive, programmatiche e gestionali per tutta l'area amministrativa e a supporto delle diverse articolazioni organizzative, coordinando ed integrando i processi funzionali alla realizzazione degli obiettivi aziendali. Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo si pone quale obiettivo principale l'erogazione dell'attività di supporto, in qualità 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 sempre 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:

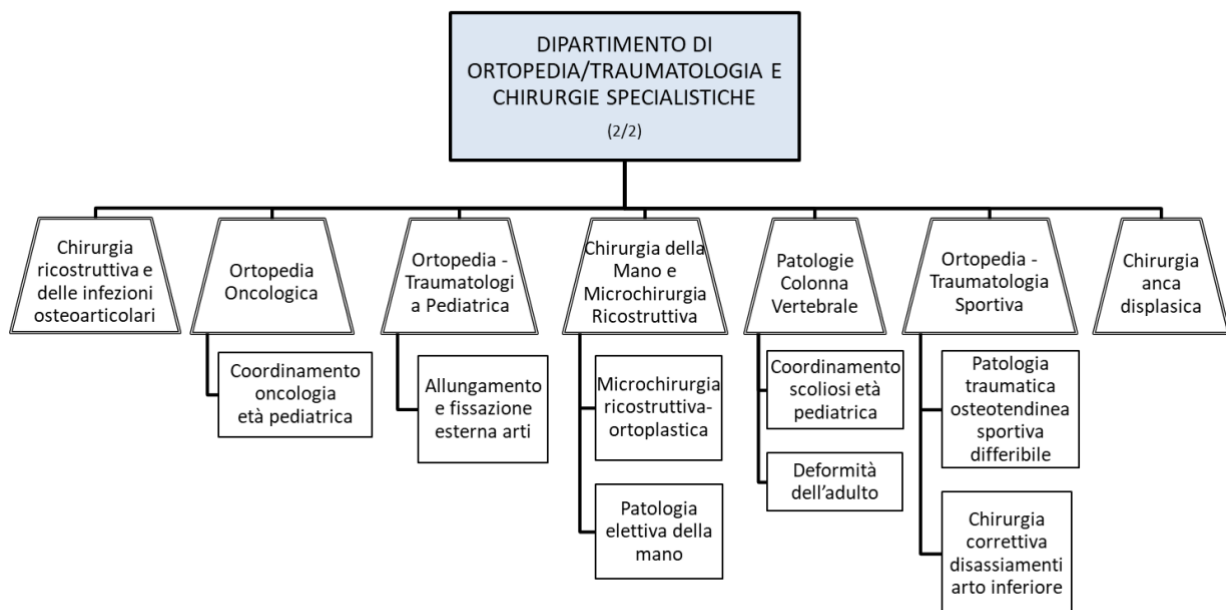
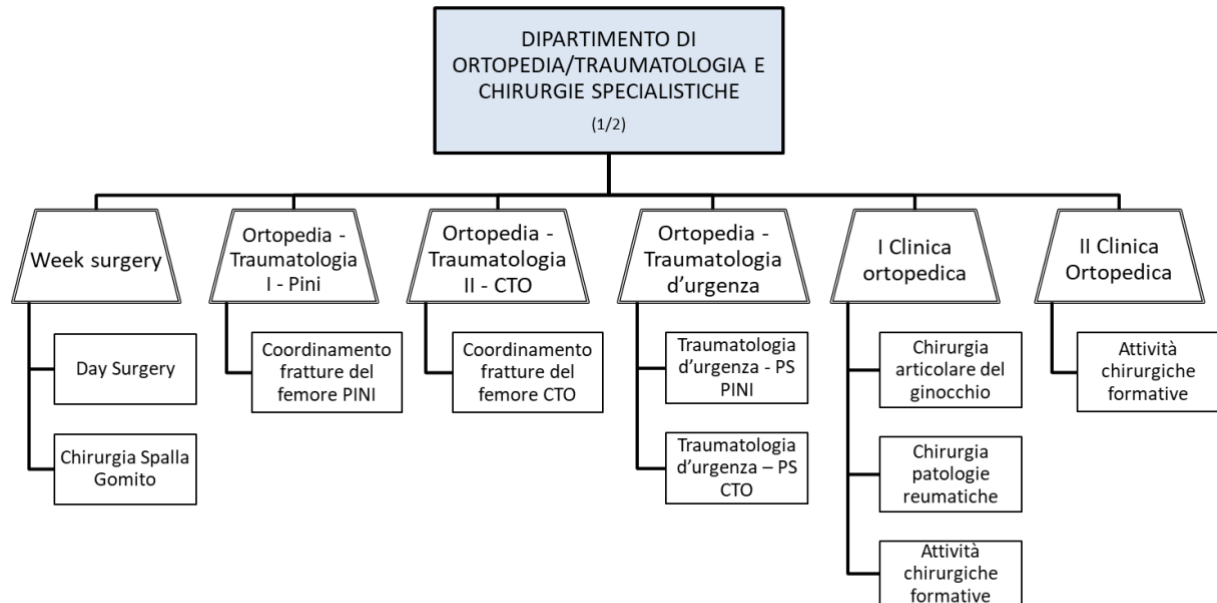
Fisica Sanitaria.

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 Pini e CTO 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 e ad essa fanno capo al Dipartimento tutte le Strutture Complesse di Ortopedia e Traumatologia.

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;
- raccordarsi 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 Semplici ad alta specializzazione nella medesima disciplina, Ortopedia e Traumatologia.

Nella definizione della nuova configurazione organizzativa, nell'ottica di una possibile implementazione del Valore Pubblico, 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 e urgenza;
- focalizzazione sul controllo delle infezioni nosocomiali;
- valorizzazione delle 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 costituita 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 dell'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.

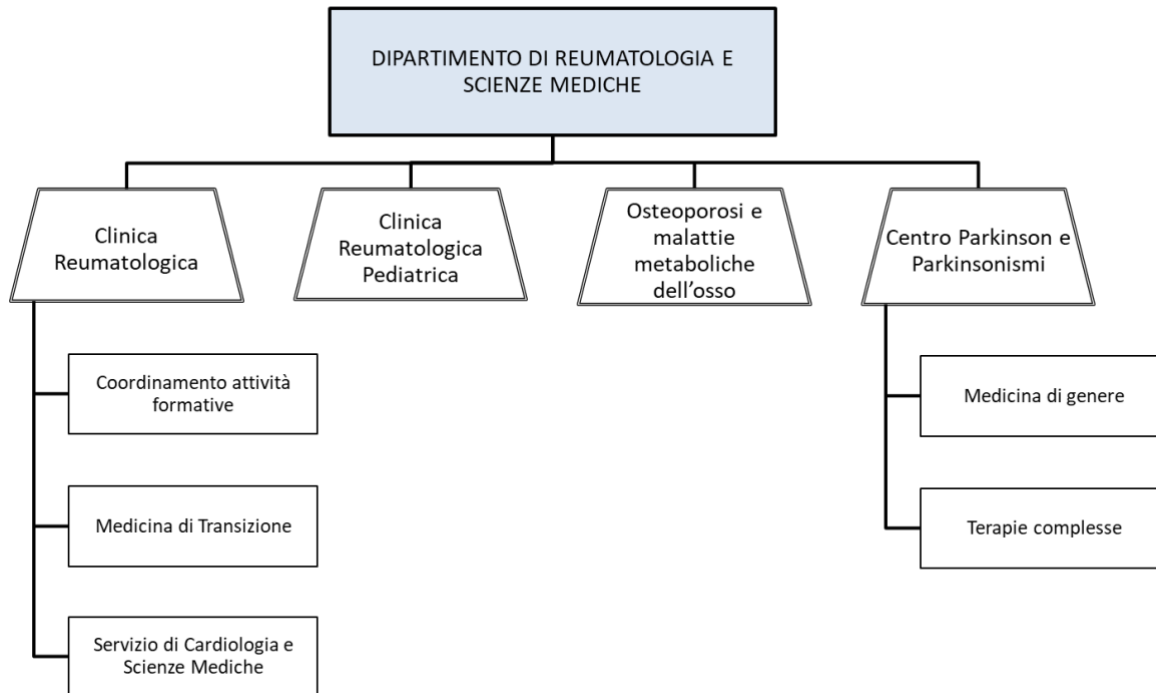
La continua ricerca di un assetto organizzativo in grado di rispondere alle criticità operative, ha spinto il Management Aziendale a ridefinire gli assetti delle responsabilità in modo da ottenere una struttura adatta al perseguimento dei fini istituzionali e generare Valore Pubblico.

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



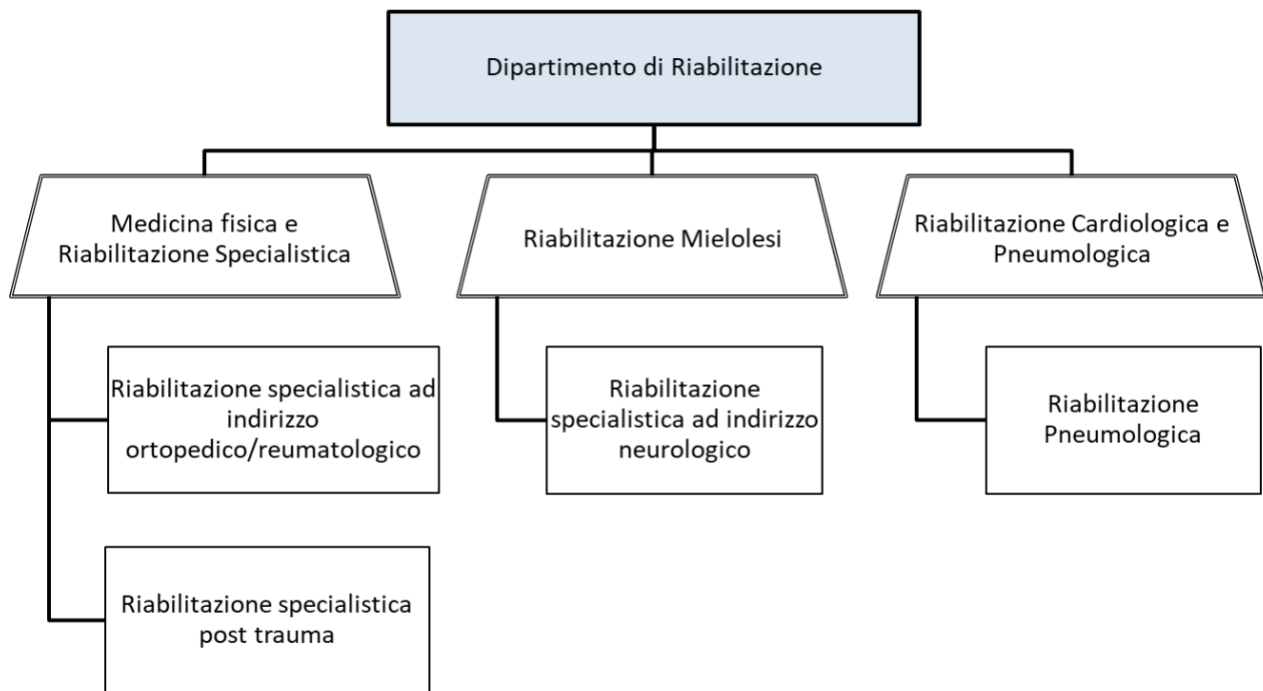
Il Dipartimento di Reumatologia e Scienze Mediche ricomprende, oltre alla Reumatologia, tutte le discipline dell'area medica che operano a diverso titolo all'interno dell'azienda, a supporto delle attività chirurgiche e riabilitative. All'interno del dipartimento la UOC Clinica Reumatologica e la UOC 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



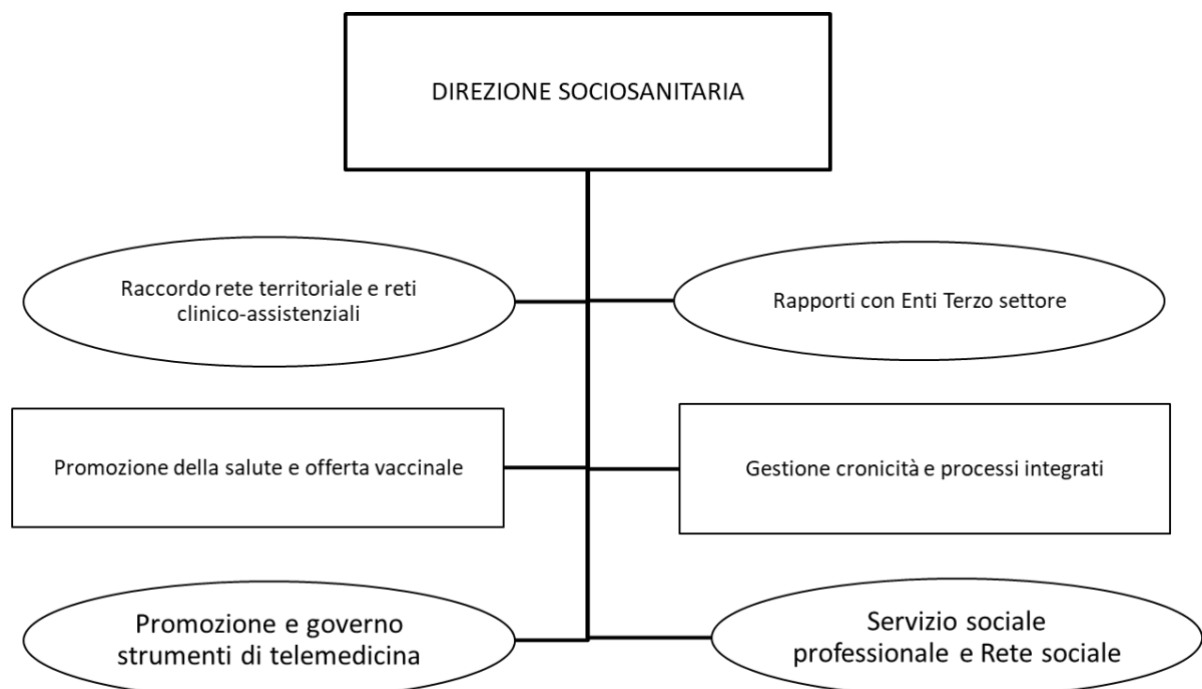
una presa in carico riabilitativa precoce in raccordo con l'attività dell'immediato post-operatorio (governato dal chirurgo) ma anche la continuità assistenziale mediante l'affidamento alla rete dei servizi territoriali, assicurando le attività di riabilitazione a medio e lungo termine (governate dal fisiatra e dal riabilitatore).

Nella prospettiva di creazione del Valore Pubblico, la struttura organizzativa del Dipartimento si sviluppa in funzione dell'implementazione dell'accesso alle cure, attraverso il miglioramento dell'efficacia e dell'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 Sociosanitaria

Organigramma della Direzione Sociosanitaria





Staff del Direttore Sociosanitario

La Legge Regionale n. 22/2021 costituisce un passaggio evolutivo del Servizio Sociosanitario lombardo e sancisce principi e finalità che riconducono l'attività di cura 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 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, in maniera funzionale al miglioramento del benessere di tutti gli stakeholder coinvolti.

La Direzione Sociosanitaria presiede 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 Il personale dell'ASST

Al 31 dicembre 2022, l'ASST impiega n. 1.135 dipendenti (numero complessivo di tempi indeterminati, determinati e universitari) così suddivisi:

PERSONALE AL 31 dicembre 2022	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	384	7	391
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	2	60
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	69	1	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	132	13	145
OTA/OSS	108	/	108
PERSONALE RUOLO TECNICO (compresi ausiliari)	103	3	106
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	857	26	883
DIRIGENZA MEDICA (compresi Universitari)	213	18	231
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIG. DELLE PROF.SANITARIE	5	/	5
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	218	18	236
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	4	2	6
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10	/	10
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	14	2	16
TOTALE COMPLESSIVO	1089	46	1135





Rapporto dati riferiti alla situazione del personale dipendente dell'ASST Gaetano Pini/CTO

Delle 1135 unità, 681 sono di genere femminile (60%) e 454 di genere maschile (40%).

Il dato è da intendersi riferito al personale in servizio a tempo indeterminato, a tempo determinato ed include gli universitari, e può essere schematicamente così riassunto:

	Maschi	M %	Femmine	F %	Totale
Dirigenza	147	58,3%	105	41,7%	252
Comparto	307	34,8%	576	65,2%	883
Totale	454	40%	681	60%	1135

TABELLA 1.1. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO (dettagliare il tipo di contratto e il livello o l'accorpamento)

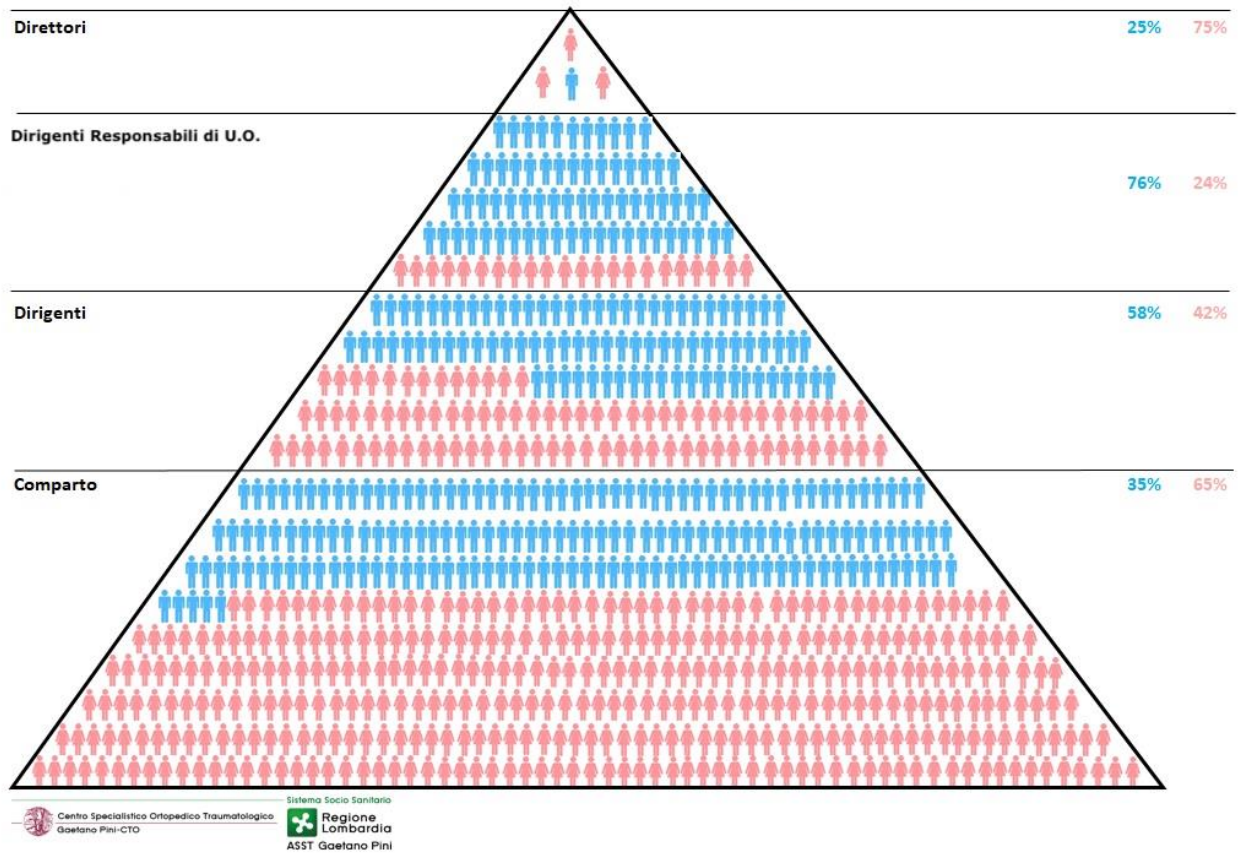
Livello	UOMINI					DONNE				
	< 30	da 31 a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 60	<30	da 31a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 60
Infermieri	17	29	29	52	6	44	41	51	105	17
Tecnici sanitari	3	5	10	8	2	9	5	6	11	1
Amministrativi	8	19	10	6	1	16	19	21	41	4
Ausiliari	0	0	0	4	2	0	0	1	13	2
Dirigenza sanitaria	1	32	38	27	33	1	21	35	31	7
Dirigenza Amm./Tecnica/Prof	0	1	2	5	0	0	1	4	3	0
Tecnici non sanitari	2	2	5	22	13	2	2	3	23	13
Universitari	0	0	3	2	2	0	0	2	1	0
OTA/OSS	3	11	7	12	1	4	13	19	30	8
Totale personale	34	99	104	138	60	76	102	142	258	52
% sul totale personale	3,00%	8,72%	9,16%	12,16%	5,29%	6,70%	8,99%	12,51%	22,73%	4,58%

Il 41,7% del personale dirigenziale della ASST è di genere femminile, ma, analizzando le posizioni apicali, si rileva che tali percentuali diminuiscono drasticamente avanzando verso l'apice della piramide gerarchica, diventando il 23,9% tra i Dirigenti Responsabili di UU.OO.

Nel comparto la percentuale di genere femminile raggiunge il 65,2%.



Presenza Femminile per Qualifica e segregazione verticale - ASST PINI-CTO Dicembre 2022



A seguire, si dà evidenza dell'ampiezza media, in termini di personale dipendente, delle Unità Organizzative, distinte tra le UOC in Staff e del Dipartimento Amministrativo e le UOC Sanitarie.

TIPOLOGIA UOC	FTE MEDIE
Staff + Dip. Amministrativo	23,75
Sanitaria	33,8



3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 Premessa

In conformità agli indirizzi al riguardo forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il lavoro agile risponde al generale obiettivo di promuovere l'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro basate sull'utilizzo della flessibilità lavorativa, sulla valutazione per obiettivi e sulla rilevazione dei bisogni del personale dipendente, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Assumono in quest'ottica particolare rilievo:

- le politiche volte alla valorizzazione delle risorse umane e alla razionalizzazione delle risorse strumentali disponibili nell'ottica di una maggiore produttività ed efficienza;
- la responsabilizzazione del personale dirigente e non;
- la riprogettazione dello spazio di lavoro;
- la promozione e la più ampia diffusione dell'utilizzo delle tecnologie digitali;
- il rafforzamento dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance;
- l'agevolazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile promuove in particolare i seguenti obiettivi:

- incrementare e migliorare la conciliazione vita-lavoro;
- ridurre il tasso di assenteismo;
- aumentare il livello di motivazione;
- aumentare il benessere organizzativo del personale;
- migliorare la performance organizzativa;
- fornire il proprio contributo alla tutela ambientale in termini di riduzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto collettivi e individuali contribuendo alla diminuzione del traffico veicolare e dell'inquinamento ambientale.

Gli obiettivi sopra richiamati hanno un diretto riflesso in chiave di accrescimento del Valore Pubblico prodotto dall'Azienda sia in ordine al benessere dei dipendenti, che all'eliminazione delle diseguaglianze, alla tutela ambientale e all'efficienza dell'attività aziendale.



3.2.2 Livello di attuazione e modalità del lavoro agile

Con deliberazione del Direttore Generale n. 566 del 01 dicembre 2022 è stato approvato il nuovo regolamento aziendale in materia di lavoro agile, i cui contenuti si riportano di seguito.

Ambito di applicazione

Il lavoro agile può applicarsi a tutto il personale dipendente sia a tempo indeterminato che determinato, a tempo pieno o a tempo parziale, purché risulti compatibile con il profilo professionale rivestito e le mansioni svolte.

Sono esclusi dall'applicazione del lavoro agile i lavoratori con contratti flessibili (co.co.co., P. Iva, interinali, borse di studio, etc.).

La percentuale massima del personale collocabile in «lavoro agile» è fissata entro il limite massimo del 50%. Detto limite è:

- tendenziale a livello di singola U.O.;
- rigido a livello di Dipartimento/Direzione.

Modalità di accesso al lavoro agile

Il lavoro agile viene concesso annualmente a seguito dell'emanazione di avviso interno, pubblicato sulla intranet aziendale, entro il mese di novembre. Possono partecipare all'avviso in argomento tutti i lavoratori dipendenti, a tempo determinato o indeterminato. Nel caso non si raggiunga la percentuale massima di personale collocabile in «lavoro agile» potrà essere bandito entro il mese di giugno un nuovo bando per soddisfare eventuali altre richieste.

La domanda passa al vaglio:

- del Dirigente responsabile della U.O. o del servizio, nonché del Direttore di Dipartimento, per verificare la compatibilità tra il profilo professionale e le mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, anche con riferimento ai livelli minimi di accreditamento. Contestualmente alla verifica della compatibilità della domanda, il Dirigente della U.O. ed il Direttore di Dipartimento determinano:
 - le attività effettuabili in modalità agile e le modalità del loro monitoraggio;
 - il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite massimo aziendale fissato nel regolamento).
- del Servizio Informatico, per la verifica sulla fattibilità tecnica in termini di strumentazione disponibile e di possibilità di realizzare i collegamenti da remoto.

Se il numero delle richieste preventivamente vagliate dovesse essere superiore al limite massimo del 50%, verrà stilata una graduatoria tenendo in considerazione i seguenti parametri:

madri nei tre anni seguenti al congedo di maternità obbligatoria	punti 7
--	---------



genitori di figli disabili o presenza di un familiare convivente affetto da limitazioni dell'autosufficienza o portatore di disturbi della sfera psichica comportamentale	punti 7 per figlio/familiare
esigenze di cura nei confronti di figli minori che frequentino scuole di ogni ordine e grado	punti 5 per figlio
stato di invalidità personale documentato superiore al 33%	punti 5
Donne in stato di gravidanza	punti 5
distanza tra domicilio dichiarato all'Azienda e sede di lavoro superiore ai n.50 km	punti 3
impossibilità di raggiungere in maniera autonoma la sede di lavoro a causa di particolari condizioni di salute, anche transitorie, purché debitamente documentate e non già oggetto di tutela ai sensi della legge n.104/1992	punti 2

La UOC Gestione e Sviluppo delle risorse umane, valutate le domande pervenute sulla base dei parametri sopra elencati, predisporrà la graduatoria finale.

A parità di punteggio sarà data priorità al lavoratore con maggiore anzianità di servizio in Azienda e in caso di ulteriore parità sarà data priorità al lavoratore anagraficamente più anziano.

In data 02 dicembre 2022 è stato inviato a tutti i dipendenti l'avviso "Lavoro agile anno 2023" e la relativa domanda di partecipazione a tutti i dipendenti da presentare entro e non oltre il 19/12/2022.

Per l'anno 2023 tutti i dipendenti che hanno presentato domanda sono stati autorizzati a svolgere attività lavorativa in modalità agile, per un totale pari a 32 (di cui n. 2 infermieri assegnati alla Direzione Strategica e n. 1 dirigente dell'area sanità).

Modalità di svolgimento

Al lavoratore ammesso al lavoro agile è consentito l'espletamento ordinario dell'attività lavorativa al di fuori della sede di lavoro per un massimo di 6 giornate mensili. Il limite massimo di giornate autorizzabili in una stessa settimana è di n. 3 giornate.

Per garantire un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza, il lavoratore deve garantire la contattabilità (sia telefonica che per posta elettronica) per 6 ore giornaliere (nel range orario 8.30-19.30, con diritto alla disconnessione).

L'Amministrazione si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento per motivate esigenze di servizio.

Le giornate in modalità agile devono essere concordate e pianificate preventivamente con il proprio responsabile, secondo una programmazione mensile, e contestualmente registrate nell'applicativo del personale in uso secondo le "causali" indicate dalla UOC Gestione e sviluppo delle risorse umane.



Luogo di svolgimento

Come stabilito dall'art.18 della L. n.81/2017 la prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all' esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Contratto individuale integrativo

Il dipendente ammesso a partecipare sottoscriverà un "*Appendice al Contratto individuale*", nell'ambito del quale saranno in particolare disciplinati:

- le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;
- le attività da svolgere in modalità agile ed i conseguenti obiettivi assegnati, individuati dal dirigente responsabile ed in coerenza con il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- la durata del contratto, le modalità di recesso d'iniziativa del dipendente, ovvero da parte dell'Azienda;
- gli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile;
- l'individuazione delle giornate;
- la fascia di contattabilità individuata nel range orario 8.30-19.30 ed il diritto alla disconnessione;
- le specifiche concernenti la connettività e la manutenzione della dotazione informatica;
- le eventuali deroghe alle previsioni generali previste in ragione della natura dell'attività svolta;
- le tutele e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

Trattamento giuridico ed economico

L'Azienda tutela i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile da ogni eventuale penalizzazione ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il collocamento del lavoratore in lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, né sulle condizioni economiche, che rimangono regolate dalle norme legislative e contrattuali vigenti.

Ai fini dell'applicazione degli istituti di carriera e del computo dell'anzianità di servizio, il periodo in cui la prestazione lavorativa viene resa con la modalità agile è integralmente considerato come servizio allo stesso modo di quello ordinariamente reso presso le sedi di servizio abituali.



Per effetto della distribuzione flessibile del tempo lavoro, per le giornate lavorative di lavoro agile non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, ovvero prolungamenti dell'ordinario orario di lavoro né permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario.

Il lavoratore agile può continuare ad essere inserito nei turni di reperibilità, al termine della prestazione da remoto, compatibilmente con le esigenze di servizio.

Nelle giornate dedicate al lavoro in modalità agile non è prevista l'accesso alla mensa o l'erogazione del buono pasto sostitutivo.

In caso di malattia la prestazione da remoto è sospesa, analogamente alla prestazione in ufficio. La malattia sopravvenuta interrompe il lavoro agile, nel rispetto delle norme in materia di assenze dal lavoro e di certificazione dell'assenza.

Obblighi di riservatezza, protezione dati, custodia e sicurezza delle dotazioni informatiche

Il lavoratore agile è tenuto alla massima riservatezza sulle informazioni che gestisce nello svolgimento della sua attività, all'adozione delle misure necessarie per la protezione dei dati e delle informazioni, nonché per il trattamento e la conservazione di eventuale documentazione, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento (UE) n. 2016/679 e successivi provvedimenti attuativi.

Il dipendente è personalmente responsabile della sicurezza, della custodia e della conservazione in buono stato delle dotazioni informatiche di proprietà dell'Azienda, salvo l'ordinaria usura derivante dall'utilizzo. È tenuto a ricorrere all'assistenza dell'Azienda qualora se ne ravvisi la necessità in conformità alle disposizioni vigenti. Le dotazioni informatiche dell'Azienda non devono subire alterazioni della configurazione di sistema, ivi inclusa la parte relativa alla sicurezza. È in particolare vietata l'installazione di software non preventivamente autorizzati.

Il dipendente deve custodire e controllare i dati personali trattati, in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta, nonché evitare la diffusione dei dati personali a soggetti terzi.

Il dipendente deve evitare di lasciare incustoditi documenti contenenti dati personali, evitare la stampa di documenti e custodire eventuali documenti in un luogo sicuro dotato di serratura, sino alla loro restituzione alla U.O. di riferimento, qualora non ne sia più necessaria la consultazione in modalità cartacea, sino alla relativa distruzione. I documenti cestinati devono essere preventivamente resi leggibili.

Evitare telefonate o colloqui ad alta voce aventi ad oggetto dati o informazioni inerenti all'attività lavorativa ovvero informazioni confidenziali ovvero dati personali in presenza di terzi o in luoghi accessibili a terzi.



Procedere a bloccare il PC in uso in caso di allontanamento dalla postazione di lavoro, anche per un intervallo molto limitato di tempo.

In caso di furto o smarrimento della strumentazione in utilizzo, darne tempestiva comunicazione al proprio Dirigente/responsabile.

Non è consentito al dipendente prelevare dalla sede di lavoro documenti che contengano dati personali o comunque riservati.

In ogni caso tutti i dati acquisiti direttamente o indirettamente attraverso gli strumenti/dispositivi utilizzati nel lavoro agile verranno, altresì, trattati per finalità di sicurezza informatica, al fine di preservare il patrimonio informativo della ASST e tutelare i diritti degli interessati cui tali dati si riferiscono, ciò anche per rispondere agli obblighi di legge di prevenzione, rilevazione e gestione delle violazioni di dati personali ai sensi dell'attuazione degli artt. 33 e ss. Del Regolamento UE 679/2016.

La Struttura Organizzativa competente in materia di sicurezza informatica determina le specifiche tecniche minime e di sicurezza dei dispositivi, che saranno contenute in apposito allegato al contratto individuale integrativo, costituendone parte integrante e sostanziale. In caso di utilizzo di apparecchiatura informatica proprietà del lavoratore il SIA provvederà alla verifica tecnica ed alla successiva attivazione dei servizi necessari.

Ove necessario, al lavoratore agile verrà fornita dal Servizio Informatico una VPN (*virtual private network*) per poter accedere da remoto agli applicativi dell'Azienda, alla intranet ed alle cartelle condivise, attraverso delle credenziali di sicurezza. Lo stesso dovrà astenersi dal duplicare "in locale" qualsiasi tipo di file.

L'inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l'applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

Tutte le informazioni relative al trattamento di dati personali dei lavoratori effettuato dall'ASST, in qualità di Titolare del trattamento, sono contenute all'interno dell'apposita informativa, messa a disposizione del personale e che sarà eventualmente aggiornata in base alle evoluzioni normative.

Potere di controllo del datore di lavoro

Il Dirigente responsabile esercita il potere di controllo sulla prestazione concordata con il lavoratore attraverso le fasce di reperibilità di cui al precedente art.5 articolate in relazione all'orario di servizio e con riguardo al risultato della prestazione in termini sia qualitativi che quantitativi.

Eventuali controlli per verificare le modalità di applicazione del lavoro agile potranno essere effettuati a campione dall'Azienda sui risultati conseguiti e sul rispetto dei luoghi di svolgimento del lavoro che devono possedere le caratteristiche dell'informativa annuale, nel rispetto delle norme di legge e contrattuali.



Monitoraggio degli obiettivi

Il dirigente, in coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitora e verifica le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente, in coerenza con i principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'amministrazione.

Ciascun dirigente, anche ai fini del monitoraggio periodico del Dipartimento della Funzione Pubblica, verifica l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese, tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni provenienti dall'utenza interna, dall'utenza esterna, dagli stakeholder.

Le attività da svolgere in modalità agile ed i conseguenti obiettivi, individuati dal dirigente responsabile, secondo quanto indicato nei commi precedenti ed in coerenza con il sistema di misurazione e valutazione della performance, vengono riportati nel contratto individuale.

Formazione e sicurezza sul lavoro

L'Azienda definisce percorsi di formazione rivolti al personale dipendente, con riferimento ai profili della tutela della salute, della sicurezza nei luoghi di lavoro e sulle politiche per la sicurezza dei dati informatici, eventualmente anche in modalità e-learning ove possibile.

Compatibilmente con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro, l'Azienda garantisce la salute e la sicurezza del dipendente che accede al lavoro agile, al quale consegnerà, con cadenza almeno annuale, dandone contestuale comunicazione ai RLS, un'informativa scritta riguardo i rischi generali ed i rischi specifici connessi alla modalità "agile" di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo ogni utile indicazione affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

L'Azienda non risponde degli infortuni e delle malattie professionali verificatisi a causa della scelta non idonea, da parte del dipendente di un luogo non compatibile con quanto indicato nell'informativa o che esponga lo stesso a ulteriori rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività lavorativa svolta presso i locali aziendali.

Il lavoratore ha diritto alla tutela contro le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, anche se occorsi durante il percorso di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro prescelto. È tutelato, quindi, anche l'infortunio in itinere, come per il resto del personale *"quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza"* come stabilito dall'art.23 co.3 L.81/17.



Ogni singolo dipendente collabora proficuamente e diligentemente con l'Azienda al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore che svolge l'attività lavorativa in modalità di "*lavoro agile*" conserva la qualità di persona autorizzata a trattare i dati personali, anche al di fuori della sede abituale di lavoro, pertanto, è tenuto a prestare la sua attività con diligenza e assicurare il rispetto delle istruzioni già ricevute con riferimento all'attività lavorativa in presenza.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di "*lavoro agile*" è comunque tenuto, ai sensi del comma 2 dell'articolo 22 della legge D.Lgs. n. 81/2017, a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Recesso

Il lavoratore e l'Azienda possono risolvere anticipatamente il contratto individuale integrativo, con preavviso di trenta giorni o diverso termine concordato dalle parti.

In presenza di un giustificato motivo ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso. In particolare, il contratto di lavoro agile può essere oggetto di recesso per:

- ✓ ragioni organizzative;
- ✓ assegnazione del lavoratore a diversa area, servizio o U.O.;
- ✓ attribuzione di mansioni diverse da quelle per le quali è stata concordata l'attività da remoto;
- ✓ venir meno delle ragioni personali che hanno motivato il dipendente a richiedere il lavoro agile;
- ✓ mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati in modalità lavoro agile.

La mancata osservanza delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, sicurezza e tutela dei dati, fedeltà e riservatezza costituisce motivo di recesso immediato.

Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art.1 della legge 12 marzo 1999, n.68 il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni.

In caso di trasferimento o assegnazione ad altra area, servizio o U.O. ovvero di attribuzione ad altra mansione o ruolo sarà il nuovo Dirigente di afferenza a verificare la compatibilità delle nuove mansioni e l'attività in lavoro agile ed eventualmente comunicare la revoca alla UOC Gestione e Sviluppo delle risorse umane.

Monitoraggio

Sarà periodicamente effettuato un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dal lavoratore agile e dai Dirigenti responsabili per verificare l'andamento dell'attività in modalità agile e proporre eventuali azioni correttive.



Gli esiti del monitoraggio, condotti in forma anonima ed aggregata, saranno illustrate nelle opportune sedi istituzionali (CUG, Organismo Paritetico, Collegio di Direzione, OO.SS.).

Lavoro agile in deroga

In considerazione di circostanze sopravvenute e documentate di natura personale, familiare, professionale o di salute (inclusa la maternità) rimane possibile, l'applicazione del lavoro agile in deroga ai contenuti del regolamento aziendale, previa valutazione e relativa autorizzazione a cura della direzione Generale.

In tali casi è possibile estendere l'utilizzo dell'istituto contrattuale prescindendo dai limiti quantitativi e dai passaggi procedurali e formali fissati in questo regolamento. A tal riguardo il lavoratore deve presentare apposita istanza corredata dei documenti di supporto alla richiesta all'UOC Gestione e sviluppo delle risorse umane che predispone l'istruttoria da sottoporre al vaglio della Direzione Generale.

3.2.3 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Direzione Strategica

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

Dirigenti responsabili di UO

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

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

- in coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitorano e verificano le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente, in coerenza con i principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'amministrazione.

- verificano la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;

- determinano:

- le attività effettuabili in modalità agile e le modalità del loro monitoraggio;



- il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite massimo aziendale fissato nel regolamento);

Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, l'ASST G. Pini-CTO ha valorizzato il ruolo del CUG nella "realizzazione" dell'istituto del lavoro agile: il documento programmatico in materia di "lavoro agile", predisposto dalla Direzione (realizzato nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo), è stato materia di confronto in data 21/10/2022.

Nucleo di Valutazione

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

Organizzazioni Sindacali

Il documento programmatico in materia di "lavoro agile" dell'ASST è stato oggetto di confronto sindacale:

- in data 09/11/2022 con le organizzazioni sindacali della Dirigenza area Sanità;
- in data 25/10/2022 con le organizzazioni sindacali dell'area Funzioni Locali;
- in data 20/09/2022 e in data 22/11/2022 con le organizzazioni sindacali e la RSU del comparto;

Responsabile per la transizione al digitale (RTD)

La centralità del RTD è evidenziata anche nell'aggiornamento del Piano triennale per l'informatica per la PA 2022-2024 che affida alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari correlati all'evoluzione dei sistemi informativi aziendali.

Salute Digitale

Il "lavoratore agile" espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti Informatici forniti dall'ASST o in alternativa degli strumenti di proprietà personale dopo la verifica di compatibilità tecnica da parte del Servizio Informatico per quanto riguarda sistema operativo patching e antivirus. Ove necessario, al lavoratore agile viene fornita



dall'UOC Servizio Informatico una VPN (virtual private network) per poter accedere da remoto agli applicativi dell'ASST, alla intranet ed alle cartelle condivise, nonché alla postazione di lavoro presente presso l'ASST, attraverso delle credenziali di sicurezza. Durante il percorso di realizzazione del lavoro agile l'ASST provvederà, tra l'altro, a valutare il possesso (o sviluppare) dei seguenti elementi:

- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati e VPN;
- funzioni applicative di "conservazione" dei dati/prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorino dall'esterno anche attraverso il consolidamento delle soluzioni di collaboration integrate con la posta elettronica
- disponibilità di applicativi software che permettano alla lavoratrice o al lavoratore nell'ottica del lavoro per flussi, di lavorare su una fase del processo lasciando all'applicativo l'onere della gestione dell'avanzamento del lavoro, nonché dell'eventuale sequenza di approvazione di sottoprodotti da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali complessi con più attori.

3.2.4 Programma di sviluppo del lavoro agile

Al fine di rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata per l'amministrazione e per i lavoratori, la sua introduzione all'interno dell'ASST avverrà, in linea con le "linee guida ministeriali", in modo progressivo e graduale.

Viene fotografata la "baseline" (stato al 2022) e definiti gli obiettivi con i relativi indicatori da programmare e realizzare nel corso del triennio definendo tre step: fase di avvio, fase di sviluppo intermedio e fase di sviluppo avanzato.

A consuntivo, dopo ogni fase, l'ASST verificherà il livello raggiunto rispetto al livello da essa programmato nel programma di sviluppo del lavoro agile. I risultati verranno rendicontate in apposita sezione della Relazione annuale sulla performance e costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi, a partire dal Piano 2023-2025.

L'ASST periodicamente effettuerà un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dal lavoratore agile e dai Dirigenti responsabili per verificare l'andamento dell'attività in modalità agile e proporre eventuali azioni correttive.

Gli esiti del monitoraggio, condotti in forma anonima ed aggregata, saranno illustrate nelle opportune sedi istituzionali (CUG, Organismo Paritetico, Collegio di Direzione, OO.SS.).



MENSIONI	INDICATORI	Stato 2022 BASELINE	FASE DI AVVIO target 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2025
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA				
	Coordinamento organizzativo del lavoro agile	✓	✓	✓	✓
	Monitoraggio del lavoro agile	✓	✓	✓	✓
	Help desk informatico dedicato al lavoro agile		✓	✓	✓
	Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			✓	✓
	SALUTE PROFESSIONALE				
	Competenze direzionali:				
	% dirigenti/incarichi di funzione che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno			✓	✓
	% dirigenti/incarichi di funzione che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale		✓	✓	✓
	Competenze organizzative:				
	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno			✓	✓
	% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi		✓	✓	✓
	Competenze digitali:				
	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno			✓	✓
	% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	✓	✓	✓	✓
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA				
	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile			✓	✓
	€ Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi			✓	✓
	SALUTE DIGITALE				
	N. PC per lavoro agile			✓	✓
	% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati			✓	✓
	Presenza di un Sistema VPN	✓	✓	✓	✓
	Presenza di una Intranet	✓	✓	✓	✓
	Presenza di Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	✓	✓	✓	✓
	n. Applicativi consultabili in lavoro agile			✓	✓
	n. Banche dati consultabili in lavoro agile			✓	✓



	n. Firma digitale tra i lavoratori agili		✓	✓	✓
	n. Processi digitalizzati			✓	✓
	n. Servizi digitalizzati			✓	✓
IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE	INDICATORI QUANTITATIVI				
	% lavoratori agili effettivi	✓	✓	✓	✓
	% Giornate lavoro agile	✓	✓	✓	✓
	INDICATORI QUALITATIVI				
	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/titolari di incarichi di funzione e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia, ecc..:				
	% dirigenti/incarichi di funzione soddisfatti del lavoro agile dei propri collaboratori			✓	✓
	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti			✓	✓
	soddisfazione per genere: % donne soddisfatte % uomini soddisfatti			✓	✓
	soddisfazione per età: % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.			✓	✓
	soddisfazione per situazione familiare: % dipendenti con genitori anziani, soddisfatti; % dipendenti con figli, soddisfatti; ecc.			✓	✓
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	ECONOMICITÀ				
	Riflesso economico: Riduzione costi:				
	Riduzione costo lavoro straordinario				✓
	Riduzione costo mensa del personale dipendente				✓
	EFFICIENZA				
	Produttiva:				
	Diminuzione assenze			✓	✓
	Aumento produttività es. quantità di pratiche ordinarie lavorate/servizi erogati per ufficio, unità organizzativa, ecc..				✓
EFFICACIA					
Qualitativa: Qualità erogata, Qualità percepita qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di customer satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile				✓	



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 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 cui paragrafo 7 è specificamente dedicato ad *"Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale"*.

La presente sottosezione del PIAO è redatta nel rispetto delle previsioni del Decreto adottato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 22 luglio 2022 recante le *"Linee di indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche"* e della nota del 6 dicembre 2022 della DG Welfare con la quale sono state comunicate *"le modalità, i criteri e le indicazioni operative per la predisposizione del PTFP 2023-2025"*.

Il fabbisogno di personale per il quale occorre definire le linee programmatiche di reclutamento al fine garantire l'assolvimento dei compiti 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 obiettivo anche quello di ricomporre lo squilibrio tra le dotazioni organiche e l'effettivo fabbisogno di personale.

Così come previsto dalle direttive del Dipartimento della Funzione Pubblica, il processo organizzativo di programmazione e definizione del fabbisogno di risorse umane avviene in correlazione con i risultati da raggiungere ed è preceduto da un'analisi delle professionalità presenti e di quelle mancanti, contemplando, all'occorrenza, ipotesi di conversione professionale.

La determinazione del fabbisogno di personale implica un'attività di analisi e una rappresentazione delle esigenze riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere agli Obiettivi di Valore Pubblico, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Il PTFP si configura pertanto come un atto di programmazione redatto secondo criteri coerenti con le necessità reali, attuali e future, e non secondo un mero criterio di sostituzione delle posizioni vacanti. Si tratta di uno strumento programmatico, modulabile e flessibile, funzionale alle esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie alla realizzazione degli indicatori strategici di Valore Pubblico.



La determinazione del fabbisogno di personale è dunque parametrata agli Obiettivi strategici ed è funzionale all'accrescimento e alla protezione del Valore Pubblico aziendale.

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

La presente sottosezione di programmazione è quella di maggior complessità tra quelle che compongono il presente PIAO e, sin dall'emanazione del D. L. n. 80/2021, convertito con modificazioni in Legge n. 113/2021, è stata oggetto di riflessioni in ordine alla fattibilità concreta della programmazione entro le scadenze individuate dal legislatore.

A rimarcare tale criticità si richiama il verbale della seduta 02/12/2021 della Conferenza Unificata Stato-Regioni che recita: “[...] *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 [...]*”;

Con deliberazione n. 82 del 3 febbraio 2023 l'Azienda, al termine di numerose interlocuzioni con la D.G. Welfare di Regione Lombardia, ha approvato la sua proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023-2025, specificando che quest'ultima sarebbe confluita nel PIAO 2023-2025.

Per la determinazione dei contingenti anno 2023 riportati nella Tabella “FTE e COSTI 2023”, sono stati adottati i seguenti criteri:

- copertura al 100% delle cessazioni di personale dell'anno 2023 e copertura delle cessazioni anno 2022 non sostituite per impossibilità di reclutamento (es.: infermieri) o per saturazione della relativa dotazione organica vigente (es.: OSS), nonché a fronte di procedure di reclutamento non ancora ultimate;
- re-internalizzazione di servizi “core” (in parte già realizzata), oggetto di precedenti esternalizzazioni, così come riportato nei punti successivi;
- consolidamento delle 7 figure “Infermieri di famiglia” nell'ambito del totale infermieri e del fabbisogno del personale sanitario da assegnare alla Terapia sub intensiva costituito da n. 12 infermieri, n. 6 oss e n 2 dirigenti medici di anestesia e rianimazione;
- prosecuzione di attività incentivate con le “prestazioni aggiuntive”.

DIRIGENZA:

- n. 1 dirigente sanitario per il servizio di fisica sanitaria;



- n. 2 dirigenti sanitari (o medici) per l'UOC Patologia clinica dell'apparato locomotore;
- n. 1 dirigente delle professioni sanitarie

DOTAZIONE ORGANICA:

DO 2023					
DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE TERRITORIO	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	246	77	36	0	246
DIRIGENZA VETERINARIA	0			0	0
DIRIGENZA SANITARIA	7			0	7
DIRIGENZA dell'e PROFESSIONI SANITARIE	2			0	2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4			0	4
DIRIGENZA TECNICA	2			0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10			0	10
TOTALE DIRIGENZA	271	77	36	0	271

COMPARTO:

- n. 8 infermieri (internalizzazione cooperativa già effettuato);
- n. 2 oss (internalizzazione cooperativa già effettuato);

DOTAZIONE ORGANICA:

DO 2023					
DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE TERRITORIO	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	426	43	91	0	426
OSTETRICA				0	0
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)				0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	68	9	5	0	68
ASSISTENTI SANITARI				0	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2			0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	71			0	71
ASSISTENTI SOCIALI	3			0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	93		3	0	93
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	123	13	25	0	123
AUSILIARI	22	5	1	0	22
ASSISTENTE RELIGIOSO				0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	166		2	0	166
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1			0	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				0	0
TOTALE COMPARTO	975	70	127	0	975
TOTALE COMPLESSIVO	1.246	147	163	0	1.246

La redistribuzione di alcuni posti attualmente previsti alla voce "ausiliari" (profilo ad esaurimento) e "personale tecnico non sanitario" in favore di profili che necessitano



di alcune implementazioni per garantire la continuità dei servizi assistenziali e dell'azione amministrativa.

Criteri di redazione del PFTP relativi all'anno 2024 e 2025

Come da indicazioni regionali nell'ambito dei PFTP relativi all'anno 2024 e 2025 sono stati confermati i dati previsti per l'anno 2023.

Per quanto sopra esposto, nelle more dell'approvazione del Piano dei fabbisogni di personale 2023-2025, si fa rinvio ai dati contenuti nel Piano dei fabbisogni di personale 2021-2023, anno 2023, adottato con Deliberazione n. 375/2021.

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
1	DIRIGENZA MEDICA	S	246	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			267	-	-	2	-

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
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	418	7	-	12	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	64	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL-ISPEZIONE	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	-	-	6	-
	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	-

Formazione del personale

Il Piano di Formazione Aziendale per lo sviluppo professionale continuativo del personale dipendente per l'anno 2023 verrà adottato, in ossequio alle disposizioni regionali in materia, entro la data del 15 marzo 2023.



3.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: BENESSERE ORGANIZZATIVO

Piano azioni positive 2023-2025

Presso questa ASST, con deliberazione del Direttore Generale n 66/2011, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), che riunisce le competenze dei precedenti comitati per le Pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing. La legge 4 novembre 2010 n. 183 ha istituito tale organo, titolare di funzioni propositive, consultive e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori. L'art. 48 del D.Lgs. n. 198/2006 ("*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*"), stabilisce che le P.A. predispongano i piani triennali nei quali siano descritte le Azioni Positive con le quali l'Azienda intende assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nell'ambiente di lavoro.

Secondo quanto previsto dal paragrafo 3.2 della Direttiva del 04/03/2011 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità, con la quale vengono fornite le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei CUG, successivamente integrate con Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario Delegato alle Pari Opportunità, il CUG è incaricato di compiti propositivi in ordine alla predisposizione del Piano triennale di Azioni Positive (di seguito PAP) e, in particolare, della presentazione di una relazione annuale sulla situazione del personale.

Con deliberazione del Direttore Generale n.260/2022 è stata definita la composizione del CUG dell'ASST, che, nei tempi previsti dalla normativa vigente, ha predisposto la propria relazione annuale a partire dall'analisi del contesto lavorativo e ha formulato una proposta di Azioni Positive, descritte e contenute nel PAP per il triennio 2023-2025, successivamente sottoposto alla Direzione Aziendale, come di seguito dettagliato.

Il PAP 2023-2025 si articola in aree tematiche ritenute prioritarie nello sviluppo delle condizioni di pari opportunità e sostegno alle lavoratrici e ai lavoratori: all'interno di ciascuna area tematica sono state individuate le specifiche azioni positive, ritenute idonee, percorribili e sostenibili per il raggiungimento di tali obiettivi.

Durante il triennio di vigenza del CUG sarà dato ampio spazio all'ascolto dei lavoratori al fine di raccogliere e recepire, laddove possibile, consigli, osservazioni e suggerimenti espressi dal personale, dalle organizzazioni sindacali e dall'amministrazione in modo da poter rendere il documento dinamico e sempre più centrato sulle reali esigenze espresse sia attuali che future. L'individuazione delle azioni è avvenuta in considerazione dell'attuale distribuzione del personale dell'ASST



per genere, per qualifica e per età, come descritta nel paragrafo 3.1.11 del presente PIAO.

Il PAP 2023-2025 individua due aree tematiche prioritarie all'interno delle quali individuare e sviluppare le azioni positive:

- 1. Area tematica "Benessere organizzativo"** – L'area ricomprende tutte le azioni positive volte a migliorare la qualità e l'organizzazione del lavoro ma soprattutto a sviluppare un clima positivo negli ambienti di lavoro, partendo dall'attenzione alla persona e alle sue necessità di relazioni positive e costruttive nei luoghi dove viene a trovarsi a lavorare;
- 2. Area tematica "Conciliazione dei tempi famiglia-lavoro"** - L'area ricomprende le azioni positive che maggiormente impattano sulla armonizzazione dei tempi dedicati alla famiglia e al lavoro, nell'ottica di sviluppare e sostenere un sistema di welfare aziendale sempre più rispondente ai bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori e contrastare l'abbandono del lavoro e la rinuncia alla carriera, in particolare da parte delle donne lavoratrici.

Tra le azioni positive previste dal PAP, sono inoltre previste azioni finalizzate a promuovere la cultura della diversità come valore, in particolare della differenza di genere: in tale prospettiva si intendono sviluppare e potenziare strumenti di informazione e comunicazione mediante la realizzazione di pagine dedicate all'interno della rete Intranet aziendale e sul sito istituzionale dedicate a:

- L'informazione e la sensibilizzazione del personale dipendente in relazione alla cultura della differenza e, in particolare, della differenza di genere;
- La raccolta e divulgazione di informazioni sull'attività del CUG, diffondendo dati e informazioni utili al personale dipendente.

Le proposte contenute nel PAP 2023-2025, essendo orientate alla valorizzazione del benessere organizzativo sui luoghi di lavoro, che si riflette nella contestuale creazione di Valore Pubblico, rientrano a pieno titolo negli obiettivi SGDs ("*Sustainable Development Goals*", obiettivi di sviluppo sostenibile) di promozione di "*salute e benessere*", "*parità di genere*" e del "*lavoro dignitoso e crescita economica*", di "*riduzione delle diseguaglianze*" e di "*valorizzazione di città e comunità sostenibili*". Allo stesso modo richiamano gli obiettivi BES ("Benessere e Sostenibilità") di "*riduzione dell'indice di diseguaglianza del reddito disponibile*", di aumento della "*speranza di vita in buona salute alla nascita*", di "*contrasto all'eccesso di peso*", di "*miglioramento del tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli*", oltre che di "*limitazione delle emissioni di CO2 e altri gas clima-alteranti*".

Di seguito sono descritti i progetti proposti dal CUG che la Direzione Aziendale intende realizzare.



AZIONE POSITIVA	Attivazione di convenzioni per asili nido e scuole dell'infanzia
TIPOLOGIA PROGETTUALE	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per servizi di asilo nido e scuola dell'infanzia.
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Creare una rete di servizi a supporto dei dipendenti per consentire una miglior conciliazione del tempo famiglia-lavoro, in particolare sostenendo il lavoro di cura nei confronti dei figli nei primi anni di vita.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Proposte di Convenzioni agli enti individuati.
FONTI FINANZIARIE	Nessun onere aggiuntivo a carico della ASST.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive).

AZIONE POSITIVA	Promuovere l'attività fisica e motoria attraverso l'attivazione di convenzioni con enti gestori di palestre
TIPOLOGIA PROGETTUALE	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per l'accesso alle palestre.
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Favorire e sviluppare tra i dipendenti l'adozione di corretti stili di vita e la promozione dell'attività fisica e motoria in coerenza con quanto previsto dal progetto WHP.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Proposte di Convenzioni agli enti individuati.
FONTI FINANZIARIE	Nessun onere aggiuntivo a carico della ASST.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive).



AZIONE POSITIVA	Attivazione di convenzioni di parcheggio
TIPOLOGIA PROGETTUALE	Attivazione di convenzioni di parcheggio a favore dei dipendenti;
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Accrescere l'accessibilità dei luoghi di lavoro;
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Proposte di Convenzioni agli enti individuati.
FONTI FINANZIARIE	Nessun onere aggiuntivo a carico della ASST.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive).

AZIONE POSITIVA	Attivazione di corsi di formazione
TIPOLOGIA PROGETTUALE	Attivazione di: Corso inglese; Corso informatica (uso di Excel); Corso di statistica da applicare a studio scientifico medico.
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Favorire la formazione del personale nell'ambito di competenze correlate, anche in maniera trasversale, alle attività lavorative.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Corsi di formazione che forniscano informazioni e strumenti pratici. I corsi saranno organizzati in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG).
FONTI FINANZIARIE	Interventi formativi inseriti nel Piano di Formazione Aziendale annuale ed eventuali proventi di sponsorizzazioni.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive).



AZIONE POSITIVA	Rilevazione del benessere organizzativo e del livello di stress lavoro-correlato
TIPOLOGIA PROGETTUALE	<p>Proposta di un questionario anonimo finalizzato a rilevare il clima di lavoro e il benessere organizzativo con possibilità di raccogliere proposte per il miglioramento degli stessi.</p> <p>Rilevazione del livello di stress lavoro-correlato dei dipendenti con l'intervento del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione in coerenza con gli strumenti definiti nel DVR.</p>
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Rilevare e promuovere il grado di benessere delle lavoratrici e dei lavoratori, in considerazione della definizione di benessere quale stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di "ben-essere", che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	<ul style="list-style-type: none">- Presentazione a tutti i dipendenti della proposta di questionario;- Promozione della partecipazione e avvio della rilevazione;- Analisi dei dati raccolti;- Socializzazione dei dati e condivisione delle proposte di miglioramento.
FONTI FINANZIARIE	A carico della ASST.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive).



AZIONE POSITIVA	Mail d'ascolto
TIPOLOGIA PROGETTUALE	Attivazione di una mail di ascolto per il personale tramite attivazione della casella di posta CUGASCOLTA
DESTINATARI	Tutti i dipendenti.
FINALITÀ	Favorire equilibrio e benessere del personale tramite il sostegno del CUG sia in caso di situazioni critiche (rapporto con i pazienti e/o con il ruolo istituzionale) che nelle attività del proprio ruolo, intervenendo nelle situazioni di disagio, demotivazione, interferenza di situazioni personali e/o difficili.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Previsione di una casella di posta elettronica a cui i dipendenti possano inoltrare segnalazioni per le quali ritengano di poter ricevere supporto dal CUG.
FONTI FINANZIARIE	Nessun onere a carico dell'ASST.
SCADENZA	31 Dicembre 2025 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive)



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, che 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, di performance individuale del Direttore Generale e di performance organizzativa delle strutture dell'Azienda attraverso la valutazione degli indicatori e dei target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente, ed eventualmente in corso d'opera, eventuali azioni correttive per consentire, al momento della rendicontazione dei risultati, il raggiungimento del target prefissato.

Le eventuali rimodulazioni degli Obiettivi di Valore Pubblico e dei relativi indicatori effettuate 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.



ASST Gaetano Pini

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.