



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027



INDICE

Premessa	pag. 3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO	pag. 5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	pag. 13
2.1 Valore Pubblico	pag. 14
2.2 Performance	pag. 19
2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza	pag. 27
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	pag. 55
3.1 Struttura organizzativa	pag. 56
3.2 Lavoro agile	pag. 60
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	pag. 62
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	pag. 76
Allegati	
1. «Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive»	
2. «Tabella degli obblighi di pubblicazione»	

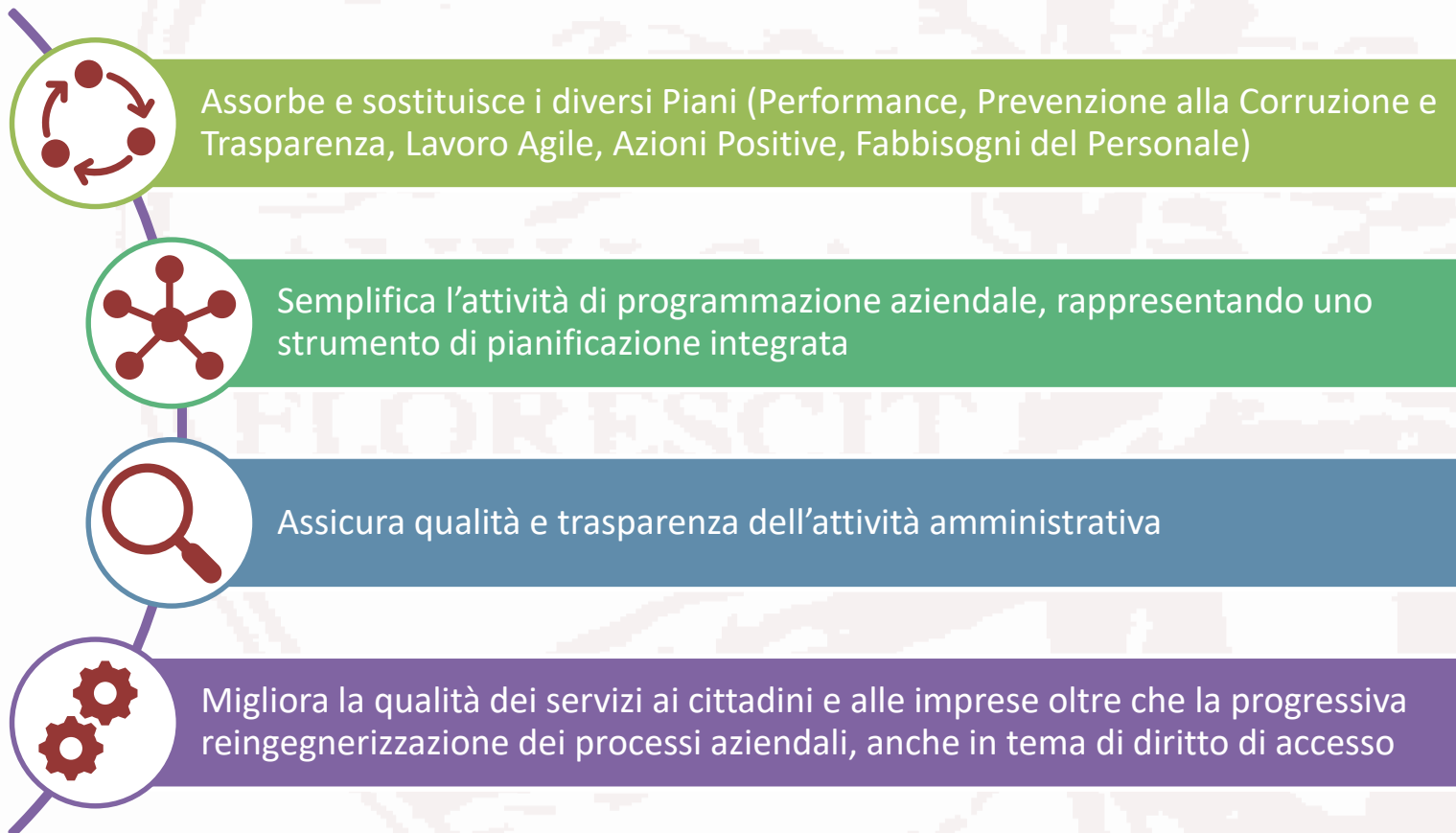


PREMESSA



Finalità del PIAO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), adottato ai sensi dell'art. 6 D.L. 9 giugno 2021 n.80, convertito in Legge 6 agosto 2021 n. 113, ha le seguenti finalità:





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



Dati di sintesi

Denominazione



ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO

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

Codice Fiscale e
Partiva IVA



C.F. e P. IVA 09320530968

Sito Web



<https://www.asst-pini-cto.it/>

Atto costitutivo



L'ASST è stata costituita in data 01/01/2016 con D.G.R. n. X/4475 del 10/12/2015



La Vision





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

La Mission

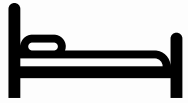


Gli Stakeholders





I numeri dell'ASST



383

Posti letto
medi attivi



58.448

Accessi PS



1.299

Dipendenti



€. 149.076.318

Valore della Produzione
da Bilancio



€. 61.400.459

Produzione Ricoveri



€. 16.610.531

Produzione Ambulatoriali
e PS

dati 2024



Il contesto esterno

Indirizzi strategici definiti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2024-2028 (PSSR)



Evoluzione del tessuto socio-sanitario della popolazione



3 macro-tendenze:



Il contesto interno



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; 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.

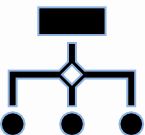
Organi dell'Azienda sono:

- 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..



Il profilo organizzativo dell'Azienda si declina in:

- strutture di staff;
- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici.





SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



Sottosezione di programmazione 2.1: Valore Pubblico



Il **Valore Pubblico** rappresenta 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



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.



I Pilastri di Valore Pubblico



Accessibilità alle cure



Digitalizzazione



Semplificazione e
Reingegnerizzazione
delle procedure



Pari Opportunità



Formazione

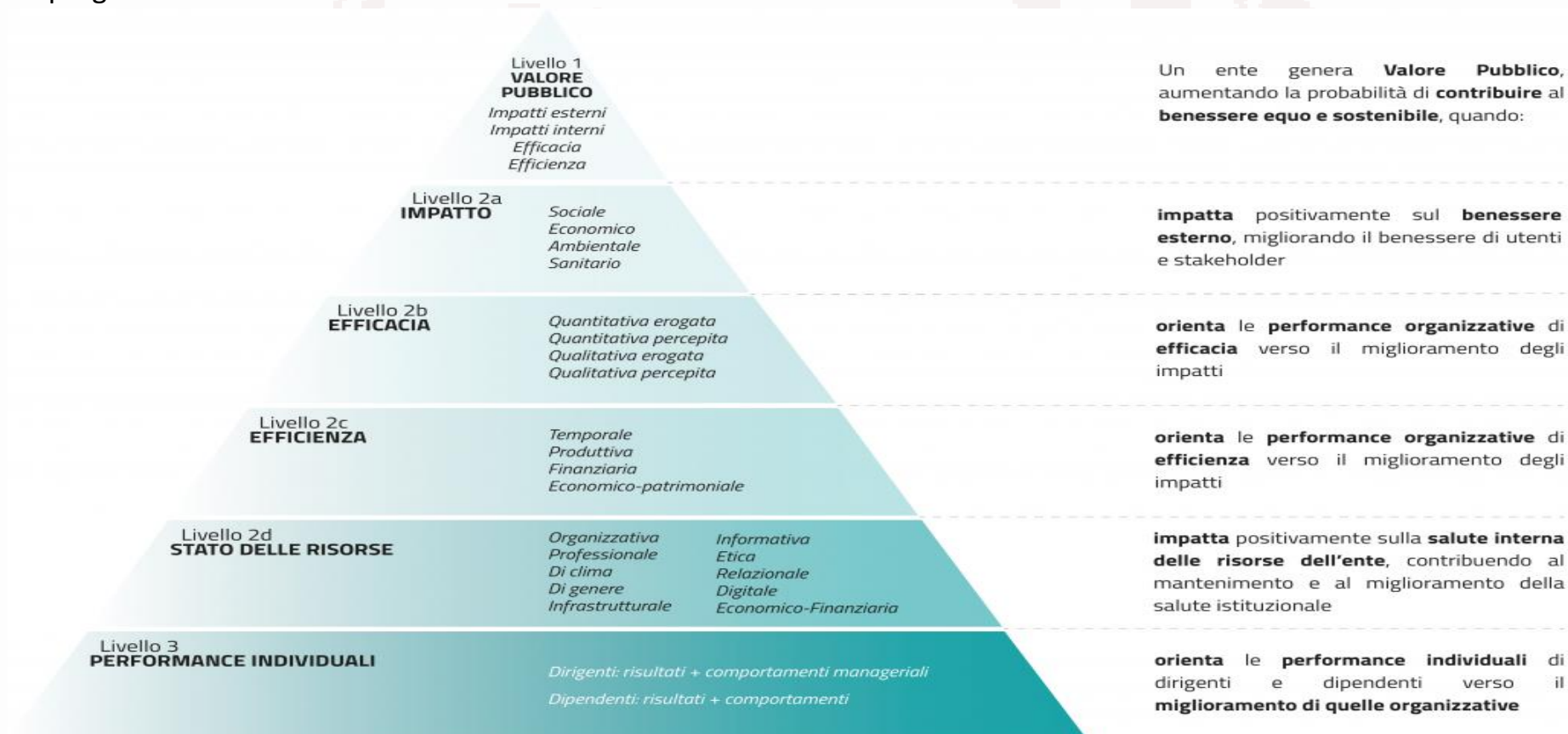




La piramide del Valore Pubblico

L'individuazione degli Obiettivi di Valore Pubblico è guidata dai principi del framework della “*Piramide del Valore Pubblico*”, 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.





Gli obiettivi di Valore Pubblico

L'obiettivo di Valore Pubblico viene elaborato mediante un algoritmo articolato su **tre livelli di analisi**

1

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.

2

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"*.

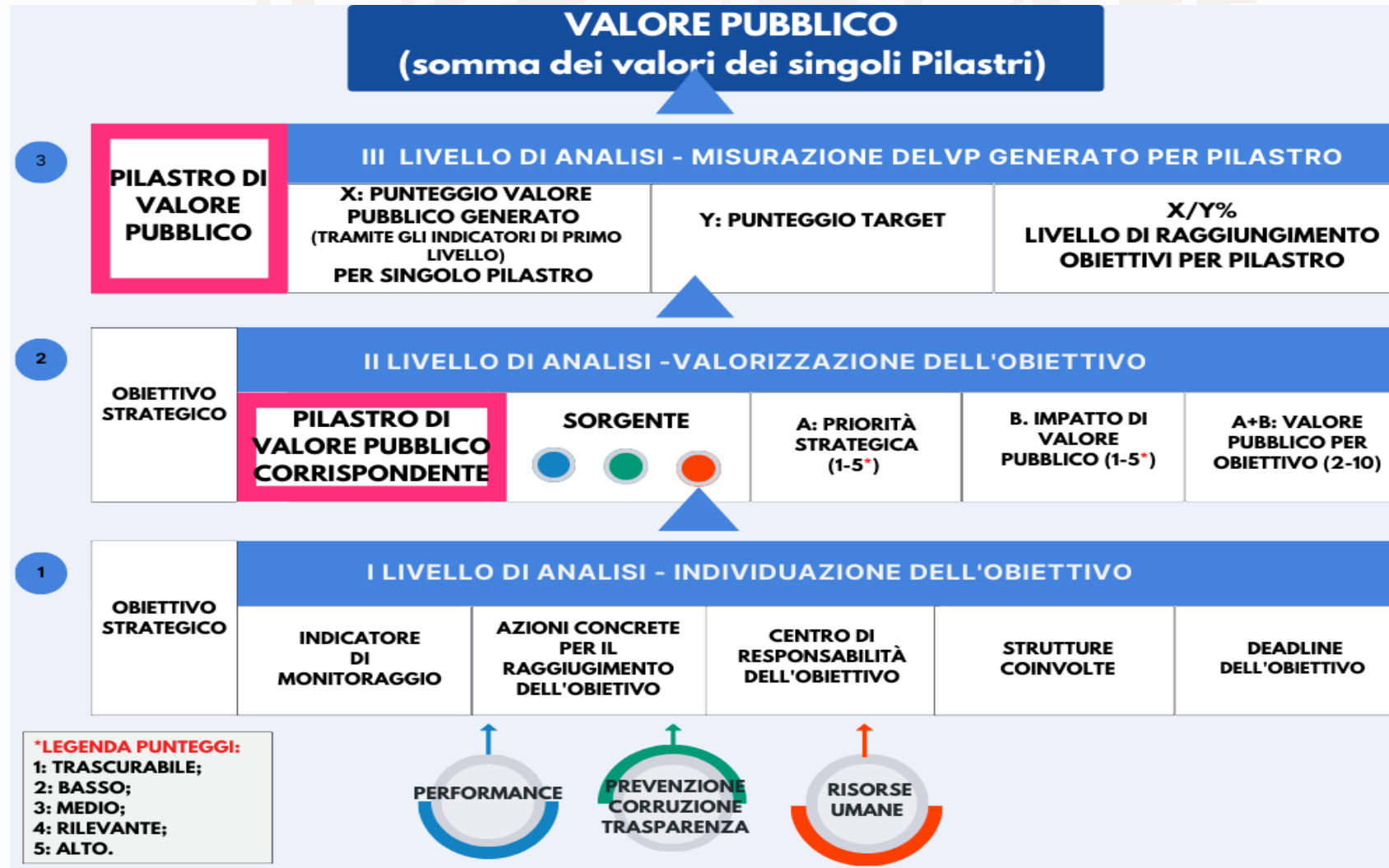
3

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.



L'algoritmo del Valore Pubblico





Sottosezione di programmazione 2.2: Performance



La sottosezione “*Performance*” del PIAO rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati, in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economico-Finanziaria, 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.



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.



Trasversale alla performance è il **benessere organizzativo**, che, attraverso una serie di strumenti (es. CUG, piani di miglioramento, sistemi di comunicazione interna...), ha lo scopo di valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei collaboratori, accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria Amministrazione.



Ciclo della Performance - 1

Programmazione:

la Direzione Strategica definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori

Formulazione del budget:

viene predisposta la scheda di budget, condivisa con il Collegio di Direzione, articolata per ogni struttura sanitaria, amministrativa e di staff, che viene discussa con i Responsabili di Dipartimento ed i Responsabili di Struttura

Svolgimento e monitoraggio dell'attività:

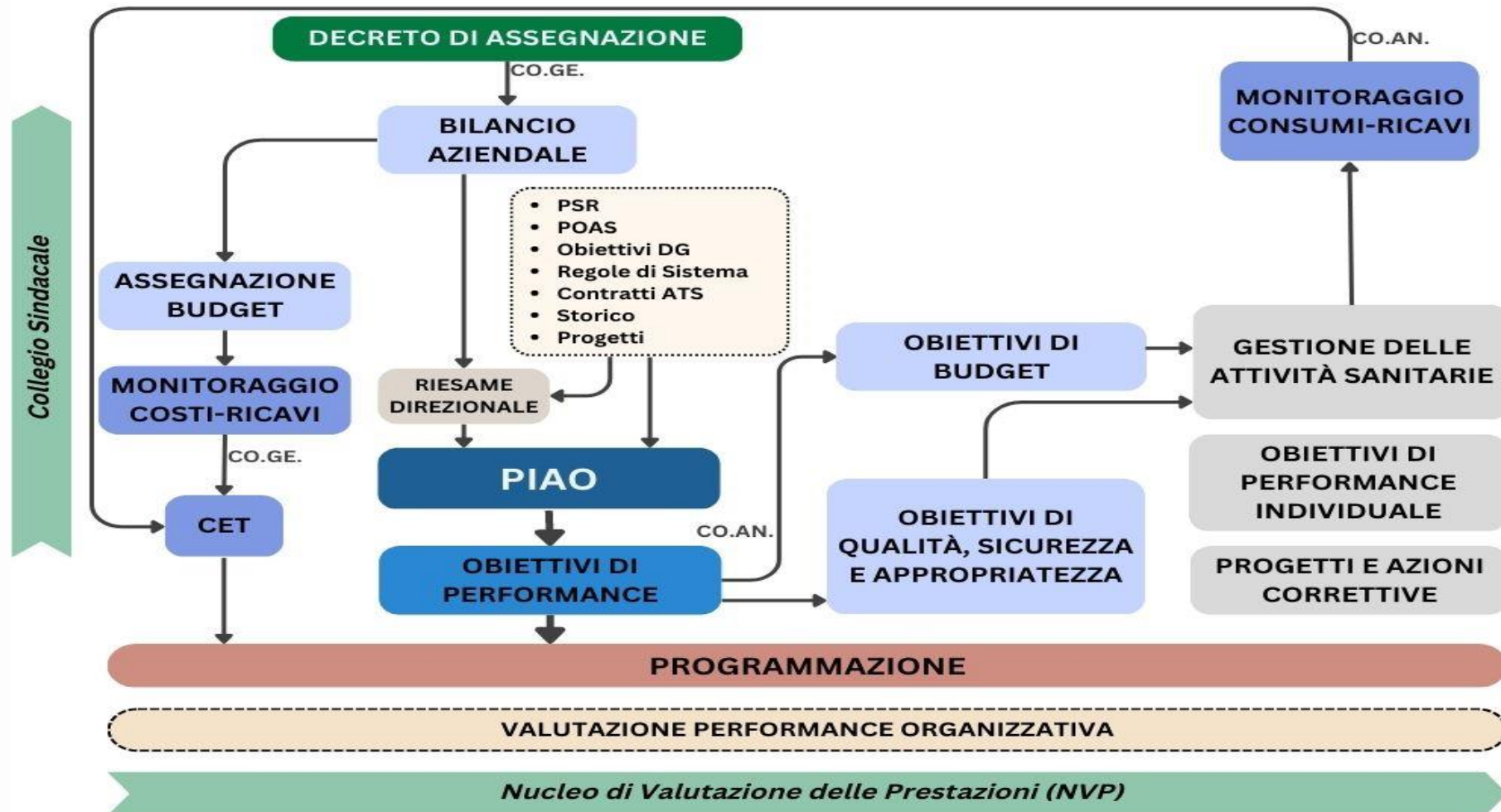
produzione di report periodici

Valutazione:

verifica dei risultati e valutazione di dinamiche che possono aver provocato criticità nei risultati di specifici Centri di Responsabilità

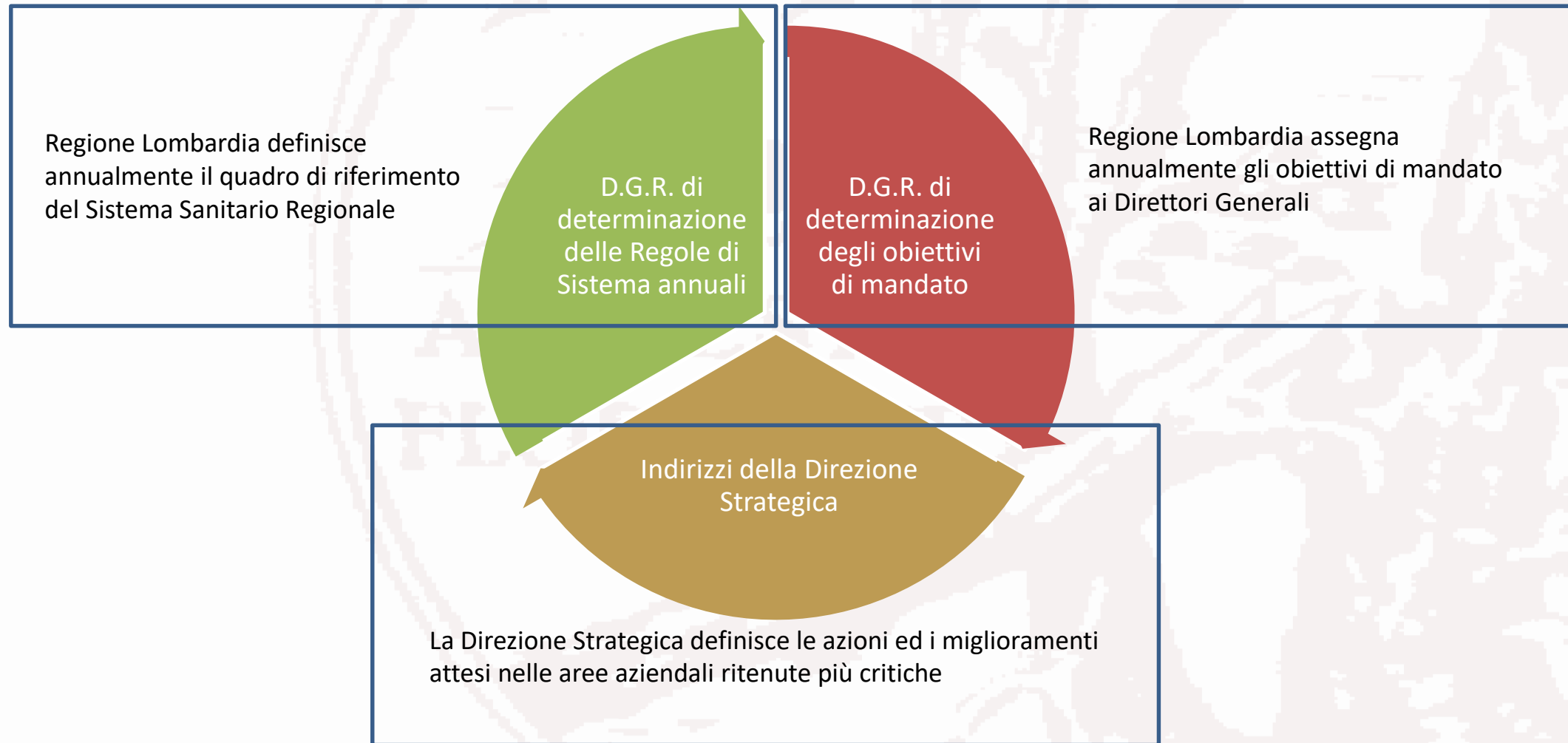
UOS Controllo di Gestione

Ciclo della Performance - 2





Linee di indirizzo - 1





Linee di indirizzo - 2





Regole di Sistema 2025

Con D.G.R. n. XII/3720 del 30/12/2024 Regione Lombardia ha definito le linee programmatiche per l'anno 2025, da cui l'ASST recepisce le aree di competenza.

1	Prevenzione
2	Polo Ospedaliero
3	Assistenza Farmaceutica e Protesica
4	Presa in carico
5	Monitoraggio dei tempi/liste di attesa
6	Attori, Organizzazioni e processi
7	Personale
8	Digitalizzazione
9	Ricerca, Innovazione e sapere scientifico
10	Investimenti e acquisti
11	Sistemi di valutazione e monitoraggio del SSR



Obiettivi generali

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Responsabile	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazione	Pilastro Valore Pubblico	Sezione Sorgente	Priorità strategica (A)	Impatto Valore Pubblico (B)	Valore Pubblico (A+B)
5	Regionale	Digitalizzazione	Cartella Clinica Elettronica	2025: avvio della soluzione CCE in un reparto pilota	DS	SIA - DMP - Tutte le Strutture Sanitarie - Risk Manager - Qualità - Farmacia	2025-2026	Trimestrale	Digitalizzazione	Organizzazione e Capitale Umano	4	4	8
				2026: diffusione della soluzione CCE in tutti i reparti									
			Fascicolo Sanitario Elettronico	Abilitazione degli operatori sanitari alla firma remota = 100%	SIA	Risorse Umane	31/12/2025	Trimestrale					
				Pubblicazione referti 100%	DMP	Tutte le Strutture Sanitarie		Mensile					
			Sicurezza informatica	2025: adesione alla piattaforma ACN	SIA	Affari Generali e Legali	2025-2026-2027	Trimestrale					
				2026-2027: adeguamento alla direttiva europea NIS-2									
Telemedicina	2025: avvio televisita e teleconsulto tra specialisti 2026: avvio telemonitoraggio e teleriabilitazione	DS-DSS	Tutte le Strutture Sanitarie - SIA - CUP	2025-2026	Trimestrale								
6	Regionale	Assistenza Farmaceutica	Distribuzione Diretta di Prossimità dei Farmaci File F per pazienti lombardi non afferenti all'ATS Milano	nr. consegne di prossimità /pazienti lombardi in carico residenti extra ATS Milano = 90%	Farmacia	Reumatologia - Parkinson	31/12/2025	Trimestrale	Accessibilità alle cure	Organizzazione e Capitale Umano	3	4	7
7	Aziendale	Investimenti	Ristrutturazione delle aree dedicate al Pronto Soccorso	Conclusione dei lavori entro il 30/09/2025	Servizio Tecnico		30/09/2025	Trimestrale	Accessibilità alle cure	Organizzazione e Capitale Umano	4	4	8
			Avvio attività presso il nuovo reparto di Terapia sub-intensiva	Attività tecnica: presa in consegna anticipata delle aree entro il 31/05/2025	Servizio Tecnico		30/06/2025	Trimestrale					
				Attività sanitaria: inizio attività di reparto entro il 30/06/2025	DMP	Accreditamento							
8	Aziendale	Gestione delle liste di attesa ricoveri	Reingegnerizzazione delle liste di attesa dei pazienti chirurgici in elezione	Inserimento della fase di "presa in carico" del paziente prima dell'inserimento nelle liste di attesa	RUA	DMP - Tutte le Strutture Sanitarie	31/12/2025	Trimestrale	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	Organizzazione e Capitale Umano	3	4	7

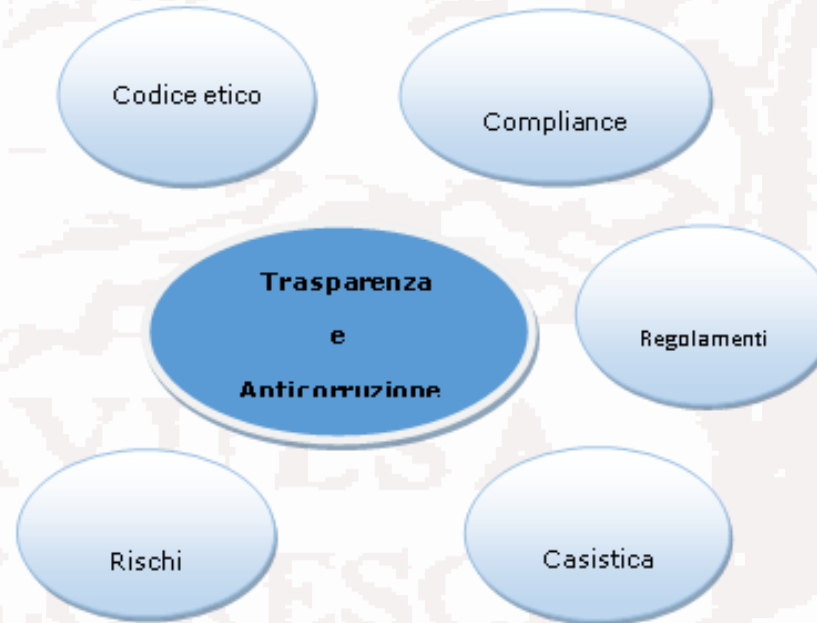


Obiettivi generali

Nr. Obiettivo	Tipologia Obiettivo	Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Responsabil e	Strutture coinvolte	Scadenza	Rilevazi one	Pilastro Valore Pubblico	Sezione Sorgente	Priorit à strateg ica (A)	Impatto Valore Pubblico (B)	Valore Pubbli co (A+B)
1	Regionale	Raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale e degli obiettivi previsti dal contratto ATS	Realizzazione di attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali di interesse regionale e degli obiettivi previsti dal contratto ATS	Indicatori come da provvedimenti regionali e contratto ATS	Tutte le Strutture	Tutte le Strutture	31/12/2025	Mensile e trimestrale	Accessibilità alle cure	Performance	5	5	10
2	Regionale	Monitoraggio dei tempi/liste di attesa	% di rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	88%	DMP	Tutte le Strutture sanitarie	31/12/2025	Mensile	Accessibilità alle cure	Performance	5	5	10
			% di rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	85%									
			% di rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)	>90%	RUA								
3	Regionale	Governo dei LEA	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<=0,15	DMP	Tutte le Strutture sanitarie di ricovero e Servizi sanitari	31/12/2025	Mensile	Accessibilità alle cure	Performance	5	5	10
			Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (età >= 65 anni)	85%									
			Intervento di protesi d'anca: riammissione a 30 giorni (% grezza)	<=3%									
			Intervento di protesi di ginocchio: riammissione a 30 giorni (% grezza)	<=1%									
4	Regionale	Percorsi di cura interni	Garanzia di percorsi di cura per i pazienti cronici e definizione della presa in carico fino al passaggio sul territorio di competenza	Miglioramento % nel 2025 con raggiungimento del 100% entro il 2026	DSS	Tutte le Strutture Sanitarie - CUP	2025-2026	Trimestrale	Accessibilità alle cure	Organizzazione e Capitale Umano	3	4	7

Sottosezione di programmazione 2.3: Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione del PIAO 2025-2027, è un aggiornamento della precedente elaborata sulla base dei risultati dell'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure programmate per l'anno 2024 e per il triennio di riferimento.



La presente sottosezione è redatta in conformità alla normativa vigente in materia ed alle linee di indirizzo dell'ANAC (da ultimo adottate con il PNA 2023) e in coerenza con gli obiettivi strategici definiti dagli organi di indirizzo ed è corredata di n. 2 allegati:

- all.1) il “Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive” (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>) contenente la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, l'adozione delle misure di prevenzione ed il monitoraggio delle stesse;
- all.2) la “Tabella degli obblighi di pubblicazione” (<https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>) contenente l'elenco delle strutture “editor” tenute all'aggiornamento, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, delle macro-famiglie di dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..



Obiettivi strategici

In materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, di seguito si riportano gli obiettivi strategici volti alla creazione di Valore Pubblico triennio 2025-2027:

- ➡ **“Amministrazione Trasparente”**: implementazione dei livelli di trasparenza con particolare riferimento all’adeguamento agli standard previsti per la pubblicazione dei dati contenuti in “bandi di gara e contratti” (Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023) “Controlli e rilievi”, “Organizzazione” e “Dati sui pagamenti” (Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024);
- ➡ **«Interventi PNRR»**: attività di vigilanza sullo stato di avanzamento dei progetti attuativi PNRR in corso di realizzazione;
- ➡ **“Etica pubblica”**: iniziative formative sui contenuti nel Codice di Comportamento aziendale e sulla procedura whistleblowing;
- ➡ **«Sistema di controllo interno»**: mappatura del sistema di controllo interno aziendale da parte del Comitato di Coordinamento dei Controlli;
- ➡ **«Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)»**: attività di consolidamento dell’iter di revisione delle procedure PAC in essere, strumento di controllo della gestione contabile e di riduzione del rischio frodi.



Aggiornamenti anno 2024 - 1

Di seguito, una sintesi delle principali misure di regolamentazione e controllo adottate nel corso 2024, nell'ambito di:

A. Prevenzione della corruzione

INCARICHI E NOMINE:

- monitoraggio degli incarichi extraistituzionali ex art. 53 del D.Lgs 165/2001 nell'ambito della programmazione delle attività di internal auditing;
- adozione del regolamento in materia di orario di lavoro per il personale del Comparto Sanità.

PANTOUFLAGE: monitoraggio delle misure volte a prevenire i casi di pantouflage;

LIBERA PROFESSIONE: aggiornamento del Regolamento aziendale per l'esercizio dell'ALPI;

WHISTLEBLOWING: aggiornamento del regolamento aziendale in materia di Whistleblowing secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.24/2023;

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO: aggiornamento del regolamento aziendale in materia di patrocinio legale del dipendente;

SPESE, ENTRATE, PATRIMONIO: revisione di alcune procedure PAC ai fini del consolidamento del percorso attuativo di certificabilità del bilancio.



Aggiornamenti anno 2024 - 2

B. Progetti PNRR

COMMISSIONE CONTROLLI PNRR: istituzione della predetta Commissione, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 54 dell'08.02.2024, deputata ai controlli successivi di regolarità formale e sostanziale della documentazione amministrativo-contabile attinenti ai progetti PNRR.

Per n. 7 progetti aziendali PNRR Missione 6 Component 2 – 1.1 “Grandi apparecchiature”, quest’ultimi conclusi nel 2024: nessuna criticità emersa.

Proseguiranno nel 2025, i controlli su n. 2 progetti PNRR in corso di realizzazione, rientranti nella Missione 6 Component 2 – I2.1 “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

C. Amministrazione Trasparente

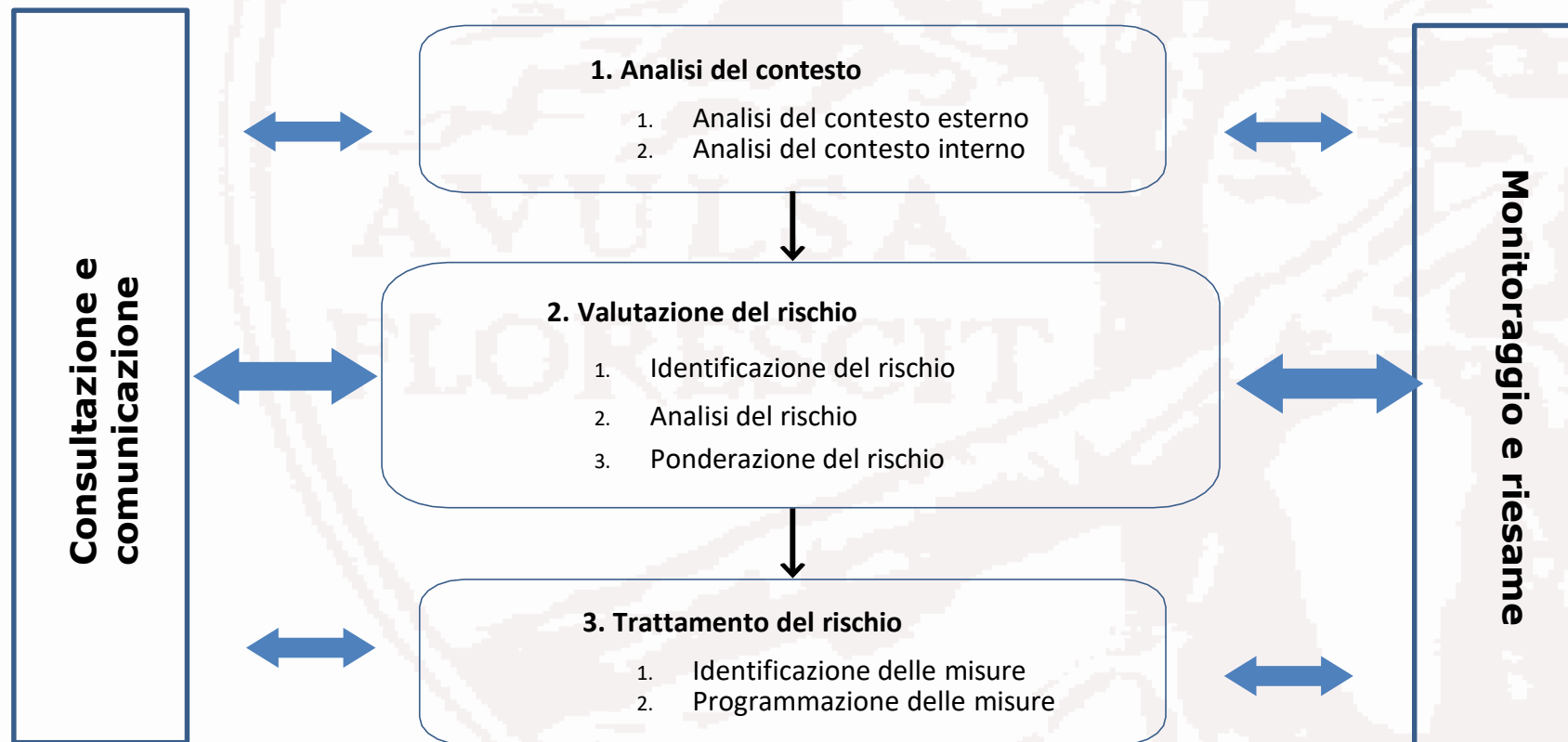
-Aggiornamento e monitoraggio delle pubblicazioni di dati e informazioni nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito internet istituzionale;

- attività di attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione anno 2024: all'esito delle n. 2 verifiche (30.05-30.11.2024), il Nucleo di Valutazione aziendale ha dichiarato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione come da attestazioni pubblicate in <https://www.asst-pini-cto.it/verifica-2024>.



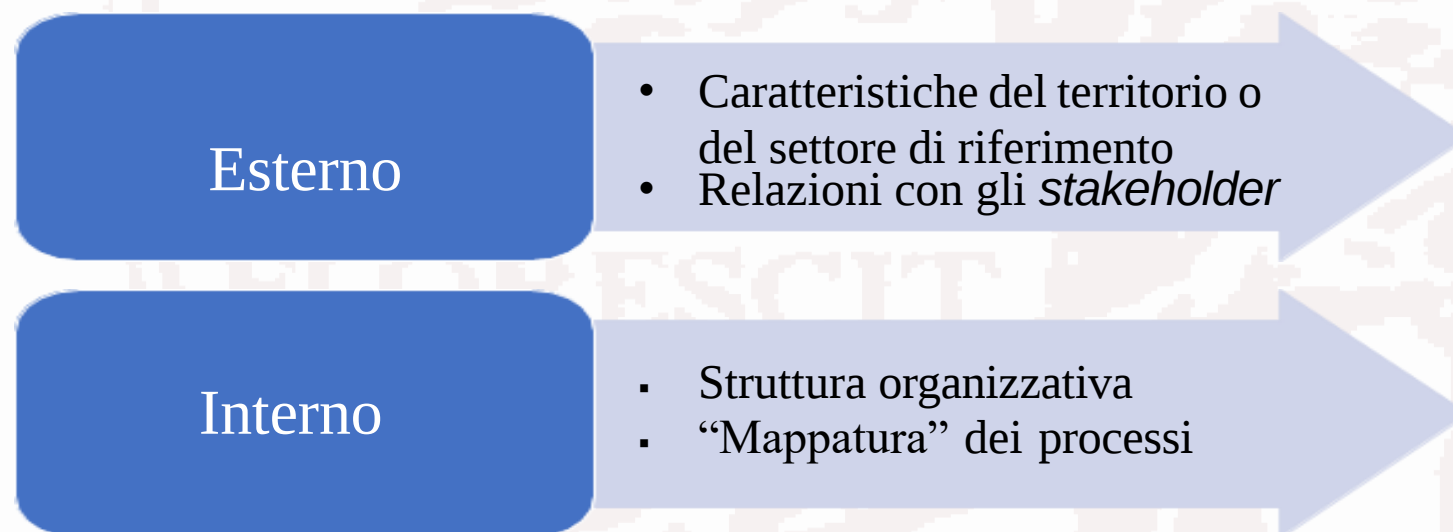
Il processo di gestione del rischio

Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti fasi:



Analisi del contesto esterno ed interno - 1

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase l'Azienda acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).





Analisi del contesto esterno ed interno - 2

Ai fini di un'analisi del **contesto esterno** all'Azienda, tra gli strumenti di misurazione si può ricorrere:

- all'acquisizione di dati per contesto culturale, sociale ed economico forniti da fonti rilevanti ed aggiornate (es: ISTAT, Università e Centri di Ricerca, tra cui il rapporto 2022 "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" biennio 2020-2021, a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano, (<https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/pubblicazioni/studi>);
- all'acquisizione dei dati giudiziari per rilevare il tasso di criminalità generale del territorio di riferimento, la presenza della criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso nelle istituzioni, nonché dei reati contro la P.A. (es. Prefettura, Ministero di Giustizia, Corte dei Conti), rinvenibili ai seguenti link:
 - la relazione della Procura Generale della Corte dei Conti per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=322f5626-f6f9-476c-8e13-3c27fa5e0f0f>;
 - la relazione del Presidente della Sezione giurisdizionale per la Lombardia della Corte dei Conti e del Procuratore Regionale per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=9205fde9-c3e4-47b2-95ba-f3c74d1ca2b0>;
 - le relazioni semestrali – DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (interno.gov.it), che riportano una sezione dedicata alla Regione Lombardia (I e II° semestre 2023): <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>

L'acquisizione di tali dati rende comunque difficilmente misurabile il fenomeno corruttivo, atteso anche che l'attività istituzionale della ASST si sviluppa su presidi ospedalieri estesi su un ampio raggio del territorio della città di Milano che include aree eterogenee sia come densità di popolazione che come concentrazione di servizi pubblici.

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 e dall'UPD interno, rispettivamente sui procedimenti giudiziari pendenti o conclusi per fatti corruttivi, sugli esiti di procedimenti disciplinari carico dei dipendenti in corso o conclusi nell'anno 2024.



I soggetti del processo di gestione del rischio - 1

SOGGETTI	RESPONSABILITA'
DIRETTORE GENERALE	Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, comma 8, L. n. 190/2012), individua il RPCT e adotta annualmente il PIAO ricomprendente la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	Funzione in staff al Direttore Generale, elabora la sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), aggiornato annualmente e approvato dalla Direzione Strategica entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC). Tra i compiti principali: - verifica e vigila sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (art. 1, comma 10, lettera a), L. n. 190/2012); - verifica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs n. 97/2016; - redige entro il 15 dicembre di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC), la relazione recante i risultati dell'attività svolta nell'anno precedente ne cura la pubblicazione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012).
COLLEGIO SINDACALE	Organo istituzionale dell'Azienda con compiti di: - verifica della regolarità amministrativa e contabile; - vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale. Costituito giusta deliberazione DG n. 453 del 15.09.2022, per il triennio 15.09.2022-14.09.2025.
IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) aziendale, con il supporto del RPCT aziendale, annualmente certifica l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, sulla base di apposita griglia predisposta dall'Autorità ANAC. Costituito giusta deliberazione DG n. 388 del 23.07.2024, per il triennio 01.08.2024-31.07.2027.
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	Il DPO della ASST Gaetano Pini-CTO è il dott. Luigi Recupero della LTA s.r.l., in virtù della Determinazione UOC Gestione Acquisti n.15 del 22.07.2022.
COLLEGIO DI DIREZIONE	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 di requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

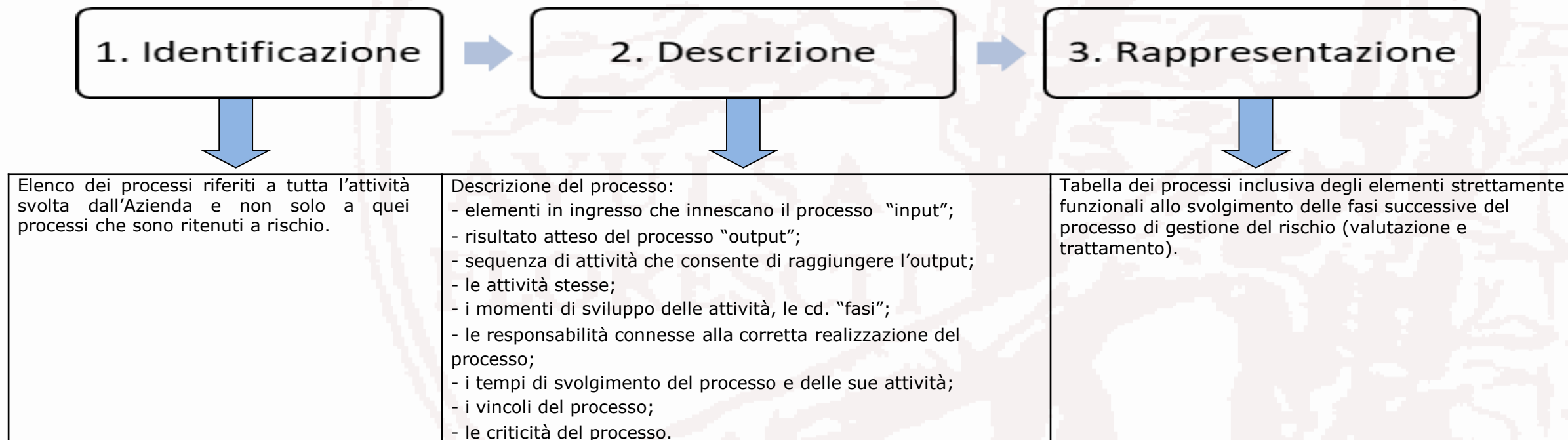


I soggetti del processo di gestione del rischio - 2

DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRIGENTI RESPONSABILI DI STRUTTURA	In qualità di referenti del RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione partecipano al processo di gestione del rischio corruttivo (art. 1, comma 9, lettera a, L. 190/2012).
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	Propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento (art. 54 D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 44 L. 190/2012) e garantisce la trasmissione delle informazioni necessarie al RPCT per la redazione della relazione annuale. Ricostituito con deliberazione DG n. 419 del 02/09/2021.
GESTORE DELLE SEGNALEZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO	Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio, 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. Designato con deliberazione DG n. 601 del 14/12/2022 nella persona del Direttore UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità.
IL SISTEMA DELLA QUALITA', DEL RISK MANAGEMENT E DEL CONTROLLO DI GESTIONE	Nel complesso delle azioni che concorrono alla gestione, anche trasversale, del rischio all'interno della ASST assumono rilievo anche le attività istituzionali, volte a garantire il buon andamento della pubblica amministrazione, poste in essere dalla UOS Qualità e Risk Management e dalla UOS Controllo di Gestione.
DIPENDENTI DELL'ASST	Partecipano al processo di analisi del rischio e osservano le misure contenute nella presente sottosezione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e sono tenuti all'osservanza del Codice di Comportamento aziendale.
COLLABORATORI, A QUALSIASI TITOLO, DELL'AZIENDA	Osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e nel Codice di Comportamento aziendale.
SOGGETTI ESTERNI	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.

Mappatura dei processi aziendali

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi e si articola nelle seguenti fasi



Secondo le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019 l'obiettivo è quello di tendere verso una rilevazione dei processi sempre più dettagliata che, partendo dalla descrizione delle macroaree sia declinata in sub-processi, in modo che la **procedimentalizzazione/segmentazione** dell'attività amministrativa consenta, con maggiori probabilità, di "intercettare" e "presidiare" comportamenti di *maladministration*.

L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei rischi ad essi connessi è censita nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive" (all.1 al presente Piano). Esso contiene la descrizione del macro processo, dei sub-processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse.



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
	Affari legali e contenzioso	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	RIFERIMENTI
ENTI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Attività libero professionale	Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015 - 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	



La valutazione del rischio - 1

La valutazione del rischio si articola nelle seguenti fasi:



- a) Identificazione
- b) Analisi
- c) Ponderazione
- d) Trattamento

- a) Identificazione del rischio: è il processo di individuazione degli illeciti, pregiudizievoli delle finalità pubbliche dell'ente, che potrebbero interessare i processi aziendali delle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo. Gli eventi rischiosi sono ricondotti a profili di rischio classificati secondo le tipologie riportate nella tabella sottostante:



La valutazione del rischio - 2

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 vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico: - 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	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.



La valutazione del rischio - 3

b) Analisi del rischio avente un duplice obiettivo:

- l'approfondimento delle fattispecie a "*rischio*", attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori "*abilitanti*" della corruzione;
- la stima del 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.

c) Ponderazione del rischio: volta a stimare il livello di esposizione al rischio dei processi e delle attività esaminati, con l'attribuzione di un livello di rischio che scaturisce dalla valutazione effettuata congiuntamente dal RPCT e dai dirigenti/referenti degli Uffici interessati, sulla base di indicatori predeterminati. 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.

La rivalutazione del rischio è effettuata attraverso 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:



La valutazione del rischio - 4

Key risk indicators

livello di interesse “*esterno*”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio

grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato

manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività 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

sistema dei controlli in atto: l’attuazione di un maggior numero di controlli e di una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio

dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’amministrazione.

segnalazioni pervenute nel cui ambito rientrano le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*, ma anche quelle pervenute dall’esterno dell’amministrazione o pervenute in altre modalità.

Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l’attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.

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 che tiene conto del set di indicatori di stima sopra richiamati, ai fini della valutazione di probabilità e impatto.



La valutazione del rischio - 5

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 2025-2027.
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.

d) Trattamento del rischio: è la fase volta ad individuare le misure più idonee a mitigare il rischio.

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



La valutazione del rischio - 6

MISURE GENERALI	Le misure generali sono quelle previste dalla L.190/2012 e insistono trasversalmente sull'organizzazione
MISURE SPECIFICHE	Le misure specifiche in risposta a specifici problemi rilevati tramite l'analisi del rischio, sono ricondotte alla classificazione implementata dal PNA 2022, e precisamente di:
	di controllo
	di trasparenza
	definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
	regolamentazione
	semplificazione
	formazione
	sensibilizzazione e partecipazione
	rotazione
	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"
	gestione del pantouflage

2.3.8 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. Il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive" avviene mediante precisi indicatori (output di risultato).

Il livello di attuazione delle misure risulta sostanzialmente in linea con quelle programmate nell'anno 2024. Il monitoraggio ha evidenziato il buon livello di consapevolezza dei processi soprattutto nei settori a rischio corruttivo e il crescente coinvolgimento dei Responsabili delle strutture coinvolte nel monitoraggio.



Misure generali di prevenzione della corruzione - 1

id	tipologia	riferimento normativo	Azione	Misura di prevenzione	Indicatore 2025
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. Sul punto si rinvia al paragrafo 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. Attestazione annuale dei Dirigenti indicati nella Tabella "Trasparenza" al RPCT circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di propria competenza.	Costante aggiornamento e pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente dei dati/informazioni richiesti dalla normativa, secondo le modalità e le tempistiche di legge, da parte delle Strutture editor.	Rispetto degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza specificati nella Tabella "trasparenza" - allegata al Piano con particolare riferimento all'attuazione degli standard di pubblicazione dei dati contenuti nelle sezioni "bandi di gara e contratti" (Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023) "controlli e rilievi", "Organizzazione" e "dati sui pagamenti" (Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024). Attestazione annuale dei Dirigenti indicati nella Tabella "Trasparenza" al RPCT circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di competenza.
b)	Codice di comportamento aziendale	D.Lgs. n. 165/2001 e smi - DPR 62/2013 modificato dal DPR n. 81/2023 - deliberazione ANAC n. 177/2020 - D.L. n. 36/2022 (PNRR 2)	Il Codice Etico Comportamentale rappresenta lo strumento di autodisciplina aziendale. Esprime l'insieme dei principi di condotta che devono ispirare il comportamento di tutti gli operatori (dipendenti e non) sia nelle relazioni interne che nei rapporti con gli interlocutori esterni e rappresenta il principale mezzo di diffusione della cultura etica dell'Azienda. Il vigente Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 102 del 16.02.2023, in ottemperanza agli ultimi interventi legislativi in materia; aggiornato con deliberazione n. 127 del 14.03.2024 per l'introduzione dell'art. 14 BIS - PRESTAZIONI NON A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.	1) Monitoraggio attuazione del Codice di Comportamento -2) Diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento aziendale a tutto il personale	1) Attestazione della UOC Risorse Umane dell'avvenuta consegna rispetto alla totalità dei nuovi contratti di lavoro stipulati e dell'inserimento nelle totalità di contratti di lavoro - 2) N. accessi al corso FAD/n. dipendenti/operatori
c)	rotazione del personale: ordinaria e straordinaria	1) Legge 190/2012, art. 1, co 10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche 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; 2) D.Lgs. 165/2001 - Art. 16. Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali, co 1, lett. l quater prevede l'obbligo da parte del datore di lavoro di rotazione del personale (cd. straordinaria) nel caso avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.	Nell'ambito del PNA la rotazione ordinaria 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. Ai fini dell'applicabilità della rotazione straordinaria , l'Azienda è tenuta a verificare, con riferimento ad ogni singolo caso, la sussistenza: a) 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".	Si evidenzia la difficoltà dell'applicazione della misura della rotazione ordinaria all'interno dell'ASST, di natura prevalentemente monospecialistica, per via dell'alta specializzazione delle attività svolte da ciascuna Unità Operativa. Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, l'ASST è stata interessata da un processo di turn over "fisiologico" 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, Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS).	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. Nr. variazioni dirigenti nel triennio nelle aree a rischio



Misure generali di prevenzione della corruzione - 2

d)	conflitto di interessi	Legge 241/90: Art. 6-bis. - Conflitto di interessi (introdotto dall'art. 1, comma 41, Legge n. 190 del 2012).	Il Codice di Comportamento disciplina gli obblighi e le responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interesse e di applicazione delle misure di prevenzione.	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. Compilazione di apposita modulistica relativa alle dichiarazioni sull'insussistenza del conflitto di interessi, di seguito riportate, che vengono acquisite, da parte delle diverse Strutture aziendali competenti, nell'ambito dei procedimenti aziendali dalle stesse gestiti: - dichiarazione conflitto interessi consulenti/collaboratori - dichiarazione conflitto interessi discenti ad eventi formativi esterni con oneri a carico di terzi - dichiarazione conflitto interessi donazioni/erogazioni/sponsorizzazioni (non per eventi formativi) - dichiarazione conflitto interessi RUP/DEC/DL/altri incarichi inerenti la gestione di rapporti contrattuali - dichiarazione conflitto interessi/incompatibilità presidente/componente di Commissione di gara - dichiarazione conflitto di interessi dipendenti/dirigenti.	Controlli periodici sul rispetto dei presupposti per il rilascio delle dichiarazioni in argomento (cfr colonna E).
		Art. 16 del D.Lgs 31 marzo 2023 n. 36	Il nuovo Codice dei contratti pubblici prevede che il personale in conflitto di interesse ne dà comunicazione alla stazione appaltante e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione. Al contempo, le stazioni appaltanti devono adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano al fine di garantire il rispetto di tali obblighi.	Tra le misure di prevenzione in materia è 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 . In caso di omissione delle dichiarazioni o di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, si configurerebbe per i dipendenti pubblici un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile disciplinarmente.	Attestazione dei Dirigenti area contratti pubblici in merito al n. comunicazioni di astensione/n. dipendenti afferenti la propria area
		Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 che 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. (titolare effettivo) e l'obbligo, in capo alla stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo di assenza di conflitto di interessi.	Tra le misure di controllo successivo per i contratti con fondi PNRR, è prevista l'acquisizione 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.	Tra le misure di prevenzione in materia è prevista nell'area dei contratti PNRR l'acquisizione 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.	Verifica del RPCT del n. dichiarazioni acquisite dal RUP sui dati del titolare effettivo e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del medesimo, nell'ambito delle procedure di gara autonome correlate agli interventi PNRR



Misure generali di prevenzione della corruzione - 3

e)	Incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio, conferiti ai dipendenti (incarichi extraistituzionali)	D.Lgs. n. 165/2001 e smi	Il D.Lgs. n. 165/2001 - Art. 53, comma 6, prevede che 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: 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) dalla partecipazione a convegni e seminari; 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; f-bis) da attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica. Il comma 7 recita: 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.	Rispetto delle disposizioni di cui al vigente Regolamento aziendale adottato con deliberazione n. 611 del 14/12/2017 che: - 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.	Controlli periodici sul rispetto dei presupposti per il rilascio delle autorizzazioni come previsto dal Regolamento specifico vigente in materia.
	Partecipazione ad eventi scientifici e sponsorizzazioni		La fattispecie in esame riguarda la procedura interna che i vari Uffici coinvolti devono seguire ai fini dell'autorizzazione dei dipendenti a partecipare, in qualità di discenti/uditori, ad eventi formativi esterni all'Azienda sponsorizzati da società private al fine di prevenire l'eventuale insorgere di situazioni a rischio. Sono individuati gli strumenti, finalità e condizioni necessarie per la corretta gestione delle sponsorizzazioni individuali, garantendo che le predette attività siano conformi ai principi di correttezza, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa, nonché siano volte a contrastare fenomeni corruttivi e impedire la sussistenza di ipotesi di conflitto di interessi. Partecipazione ad eventi scientifici e sponsorizzazioni	Rispetto delle disposizioni di cui al vigente Regolamento adottato giusta deliberazione n. 718 del 21/12/2018 disciplinante la partecipazione da parte del personale dipendente della ASST ad eventi formativi esterni con sponsorizzazione a carico di soggetti terzi.	Controllo sulle sponsorizzazioni individuali per eventi formativi esterni: attestazione annuale rilasciata al RPCT dall'Ufficio Formazione circa l'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni per tutte le autorizzazioni concesse
f)	inconferibilità	D.Lgs. n. 39/2013- Capi II, III, IV attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012	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). Il Decreto de quo 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 P.A..	1) Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive dei Direttori Apicali e dei Direttori/Responsabili SC/SS ruoli amministrativi/tecnici/ professionali, all'atto di nomina e pubblicazione in Amministrazione Trasparente. 2) verifica della veridicità delle dichiarazioni rese presso le Procure di competenza;	Pubblicazione sul sito web sezione Amministrazione Trasparente
	incompatibilità	D.Lgs. n. 39/2013- Capi II, III, IV attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012. Per l'applicazione degli istituti nel settore Sanità si rinvia alle interpretazioni dell'ANAC sugli incarichi della Direzione Strategica e sugli incarichi apicali dell'area amministrativa/tecnica/professionale.	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.	Acquisizione all'atto di nomina, e annualmente, delle dichiarazioni sostitutive dei Direttori Apicali e dei Direttori/Responsabili SC/SS ruoli amministrativi/tecnici/ professionali e pubblicazione in Amministrazione Trasparente.	Pubblicazione sul sito web sezione Amministrazione Trasparente



Misure generali di prevenzione della corruzione - 4

g)	attività successive alla cessazione dal servizio (Pantouflage)	D.Lgs.165/2001 art. 53, co 16-ter.	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.	A rafforzamento della misura in argomento, prima dell'assunzione o cessazione del rapporto di lavoro, il Direttore/Responsabile SC/SS/SSD sottoscrive la comunicazione obbligatoria di presa d'atto della disciplina del pantouflage con impegno a rispettarne il divieto.	Attestazione annuale dell'Ufficio Risorse Umane al RPCT circa l'avvenuto inserimento nella totalità dei nuovi contratti di incarico
h)	formazione commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.	D.Lgs. 165/2001 e smi - Legge 190/2012 e smi.	Ai sensi del D.Lgs. 165/2001, art. 35-bis: 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: - 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.	1) Controllo sulle assegnazioni agli Uffici, mediante controllo casellario giudiziario dei neoassunti, 2) Acquisizione delle dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle condanne penali in sede di nomina per Commissioni di Concorsi, di Commissioni di gara ed in sede di conferimento di incarichi di Direttori/Responsabili di SC/SS/SSD	Attestazioni al RPCT in ordine all'avvenuta applicazione della misura e Nr. anomalie rilevate/nr di assegnazioni effettuate



Misure generali di prevenzione della corruzione - 5

i)	tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	D.Lgs. 165/2001 e smi - L. n. 190/2012 - D.Lgs n.179/2017 - D. Lgs. n. 24 del 10.03.2023	Art. 54 bis, comma 1, D.Lgs. n. 165/2001 modificato dalla L. n. 179 del 30.11.2017: "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 L. 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". - il D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, ha innovato la materia ampliando sia il novero delle persone fisiche che devono essere protette per le segnalazioni, denunce, divulgazioni pubbliche, sia l'oggetto di segnalazioni/denunce/divulgazioni, nonché le misure di tutela previste per il whistleblower. L'ANAC, con deliberazione n. 311 del 12 luglio 2023 ha approvato le Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne, fornendo indicazioni sulla procedura di whistleblowing.	Messa a disposizione della nuova procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti e tutela del segnalante (whistleblowing) adottata con deliberazione n. 539 del 31.10.2024 che prevede l'attivazione di un nuovo canale digitale per le segnalazioni interne, ulteriore ai canali interni già operativi, mediante l'utilizzo della piattaforma digitale whistleblowingPA.	1) Monitoraggio segnalazioni e predisposizione report da parte del RPCT
l)	formazione	Legge 190/2012 e smi - art. 54, comma 7 del D.Lgs. n. 165/2001 introdotto dal D.Lgs 36/2022	Legge 190/2012, art. 1:....8. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. Le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11;....10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche:....c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11. Al comma 7 dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 è stato aggiunto dal Decreto n. 36/2022, il seguente periodo: "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".	Il Piano annuale della Formazione dell'ASST prevede l'erogazione di eventi sui temi dell'etica pubblica, dell'antiriciclaggio, del conflitto di interessi oltre che in materia di appalti pubblici alla luce del nuovo Codice dei contratti pubblici. La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è disciplinariamente sanzionabile.	1) Diffusione della conoscenza dell'etica e del Codice di Comportamento attraverso l'incremento dell'erogazione annuale di eventi mirati organizzati anche all'esterno dell'Azienda. 2) Report RPCT in ordine a nr. eventi erogati per anno e Nr. dipendenti aderenti agli eventi per Struttura



Misure generali di prevenzione della corruzione - 6

m)	Patti di integrità negli affidamenti e/o Clausole di legalità	Legge 190/2012 e smi - D.G.R. n. XI/1751/2019	Il Patto di integrità è un accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell'art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati. Il Patto di Integrità costituisce parte integrante dei contratti stipulati dalla Regione Lombardia e dai soggetti del Sistema Regionale di cui all'All. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006 n. 30. L'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara, a tutte le procedure negoziate e agli affidamenti anche di importo inferiore a 40.000 euro, nonché per l'iscrizione all'Elenco Fornitori Telematico. Come previsto dall'Allegato della DGR n. XI/1751 del 17.06.2019 - con la quale è stato approvato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali", in sostituzione di quello adottato con la D.G.R. n. 1299 del 30 gennaio 2014 - tale condizione deve essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere d'invito.	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità	Nr. di procedure in cui è inserita la clausola rispettando Nr. di procedure avviate nell'anno
n)	internal audit	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.	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. 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: • rispondere alle aspettative del Management aziendale in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi; • verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento; • accertare attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle raccomandazioni e dei piani d'azione relativi agli audit precedentemente effettuati.	Tra gli adempimenti del Responsabile della Funzione Internal Auditing rientra la pianificazione annuale delle attività di audit. Il Piano delle attività di Internal Auditing anno 2025 dovrà essere adottato entro il 31.01.2025 secondo le tempistiche regionali.	Relazione annuale del RIA sulle attività di internal auditing anno 2025 con particolare riferimento allo stato di avanzamento del processo di riorganizzazione del sistema di controllo interno



Trasparenza

Il principio di trasparenza attribuisce ai cittadini il potere di esercitare un controllo sullo svolgimento dell'attività amministrativa, sulla correttezza, imparzialità e conformità della stessa agli interessi sociali e ai precetti costituzionali.

Tale principio trova attuazione da parte dell'ASST, attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale ed il riscontro alle richieste di "accesso civico" semplice e generalizzato e di "riesame" ai sensi dell'art. 5, co. 7, del D.Lgs. n. 33/2013.

Le categorie di dati, informazioni e documenti nonché l'individuazione dei Responsabili della pubblicazione sono indicati nell'allegato 2 al presente Piano "Tabella degli obblighi di pubblicazione".

Nel 2024 è stata condotta da parte del RPCT l'attività di monitoraggio volta ad accertare l'esatto e puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione con particolare focus alla sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" in ragione delle modifiche introdotte dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici e delle Delibere attuative ANAC nn. 261 del 20.06.2023 e 264 del 20.06.2023.

Nella deliberazione n. 264 del 20.06.2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19.12.2023, l'ANAC ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP di tutti i dati e le informazioni individuati nell'art. 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento nella sez. "Amministrazione trasparente" di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP;
- con la pubblicazione di quei soli dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'all. 1) della delibera n. ANAC 264/2023, modificata e integrata con delibera n. 601 del 19.12.2023.



Programmazione

La programmazione per la Trasparenza nel triennio 2025-2027 prevede:

Programma Triennale per la Trasparenza	Adempimenti 2025	Soggetti responsabili
Implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente"	Promozione del processo di implementazione sottosezione "dati ulteriori" in relazione soprattutto alla trasparenza degli interventi PNRR.	Responsabile Ufficio Comunicazione
	Adeguamento delle sezioni "bandi di gara e contratti" (Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023) "controlli e rilievi" e "dati sui pagamenti" agli standard previsti dalla Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024	Responsabili UOS Controllo di Gestione; UOC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilit�; UOC Affari Generali e Legali – Ufficio Comunicazione
Ottemperanza obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013	Aggiornamento e pubblicazione dei documenti/dati indicati nella tabella – all.2 al presente Piano (n. azioni attuate/n. azioni previste >=90%)	Dirigenti delle singole Strutture responsabili per la trasparenza (come esplicitato nella tabella all. 2 al presente Piano) per elaborazione, trasmissione e pubblicazione di dati/documenti
Monitoraggio dell'attuazione del Programma	Attivit� di monitoraggio periodico sulle pubblicazioni	RPCT
Monitoraggio dell'attuazione del Programma	Attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza in ottemperanza alle indicazioni fornite da ANAC	Nucleo di Valutazione della Prestazioni



I soggetti

Attestazione del Nucleo di Valutazione

Alla verifica sull'assolvimento degli adempimenti in materia di pubblicazione, concorrono sia il RPCT sia il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST ha il compito di verificare lo stato di assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda e di attestarne annualmente la veridicità, secondo le scadenze fissate da ANAC. Per il 2024, con deliberazione n. 213 del 23.04.2024, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha individuato le specifiche tipologie di dati rispetto alle quali il Nucleo di Valutazione (con funzioni analoghe all'OIV) è stato chiamato a verificare, ai sensi dell'art. 14, comma 4 lett. g) del D.lgs. n. 150/2009, lo stato di pubblicazione degli stessi al 31.05.2024 (Comunicato del Presidente ANAC del 01.06.2024).

Il Nucleo di Valutazione, con riferimento alle carenze evidenziate nella griglia di rilevazione dati aggiornati al 31.05.2024, ha provveduto, coadiuvato dal RPCT, al monitoraggio circa l'attuazione delle misure di adeguamento al 30.11.2024, attraverso la compilazione di specifica scheda di monitoraggio, il rilascio dell'attestazione circa il puntuale assolvimento degli obblighi anch'essa convalidata, automaticamente acquisita dall'Autorità e pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente".

I Responsabili della pubblicazione e aggiornamento

Un ruolo fondamentale nel processo di attuazione del Programma della Trasparenza è ricoperto dai Dirigenti Responsabili di Strutture Complesse/Semplici che sono tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nei termini di legge.

Ciascun Responsabile, tenuto all'assolvimento degli obblighi previsti dal D.Lgs n. 33/2013, è responsabile della elaborazione, della veridicità e della completezza di dati/informazioni nonché della pubblicazione sul sito istituzionale, qualora si tratti di aggiornamenti ordinari, altrimenti qualsiasi nuova riconfigurazione delle pagine web dedicate spetta di concerto con l'Ufficio Formazione.

In particolare garantiscono che i documenti e gli atti di competenza siano pubblicati:

- in forma chiara e semplice, tali da essere facilmente comprensibili al soggetto che ne prende visione;
- completi nel loro contenuto;
- in formato di tipo aperto ai sensi dell'art. 68 del D.Lgs.n. 82/2005 del Codice dell'Amministrazione Digitale;
- nel rispetto dei 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.

Su quest'ultimo punto, il medesimo D.Lgs. n.33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone 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"*.



Accesso documentale, accesso civico semplice e 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 omissso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT attraverso un modulo di richiesta pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Altri contenuti - accesso civico" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico>.

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

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

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 pubblicino atti, documenti ed informazioni che le stesse detengono a qualsiasi titolo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito; fatto salvo il rispetto di alcuni limiti inderogabili indicati sempre nell'art.5 bis del riformulato D.Lgs. 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'Azienda nella sez. "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 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 semestralmente e pubblicato sul sito web istituzionale dell'ASST – sez. "Amministrazione Trasparente" al link <https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione>

Monitoraggio ed obiettivi di Valore Pubblico

Monitoraggio sulla Trasparenza

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.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione è programmato su due livelli, 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 2025 saranno previsti a cura del RPCT due monitoraggi sulla totalità dei dati pubblicati nella sezione AT.

Obiettivi di valore pubblico

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

OBIETTIVO DI VALORE PUBBLICO	AZIONI	INDICATORE	2025	2026	2027
Formazione sui temi dell'etica pubblica.	Iniziative formative sul Codice di Comportamento aziendale e sulla procedura aziendale whistleblowing	Erogazione di un corso di formazione rivolto a tutto il personale	X	X	X
Formazione sui temi dell'antiriciclaggio.	Iniziative formative in materia di antiriciclaggio	Erogazione di un corso di formazione rivolto a tutto il personale delle aree a rischio	X	X	X
Amministrazione Trasparente"	Implementazione dei livelli di trasparenza con particolare riferimento all'adeguamento agli standard previsti per la pubblicazione dei dati in "bandi di gara e contratti" (Delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023) "Controlli e rilievi", "Organizzazione" e "Dati sui pagamenti" (Delibera ANAC n. 495 del 25.09.2024).	Attestazione di avvenuta implementazione da parte dei Responsabili delle UOC coinvolte	X	X	X
Interventi PNRR	Attività di vigilanza sullo stato di avanzamento dei progetti attuativi PNRR in corso di realizzazione.	Attestazione di esecuzione dell'attività da parte della Commissione Controlli PNRR	X	X	X
Percorso Attuativo di certificabilità (PAC)	Consolidamento del processo di revisione delle procedure PAC in essere.	Attestazione del RPCT sullo stato di avanzamento	X	X	X



SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

IL PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE STRATEGICO

Con deliberazione del Direttore Generale n. 298 del 09 giugno 2022 è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Strategica Aziendale 2022-2024 (di seguito POAS), 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, aggiornato con D.G.R. n. XII/3555 del 09.12.2024, di cui si è preso atto con deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 13.12.2024. 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, 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. 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.



Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

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 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. 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 e la 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.



Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

I 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.

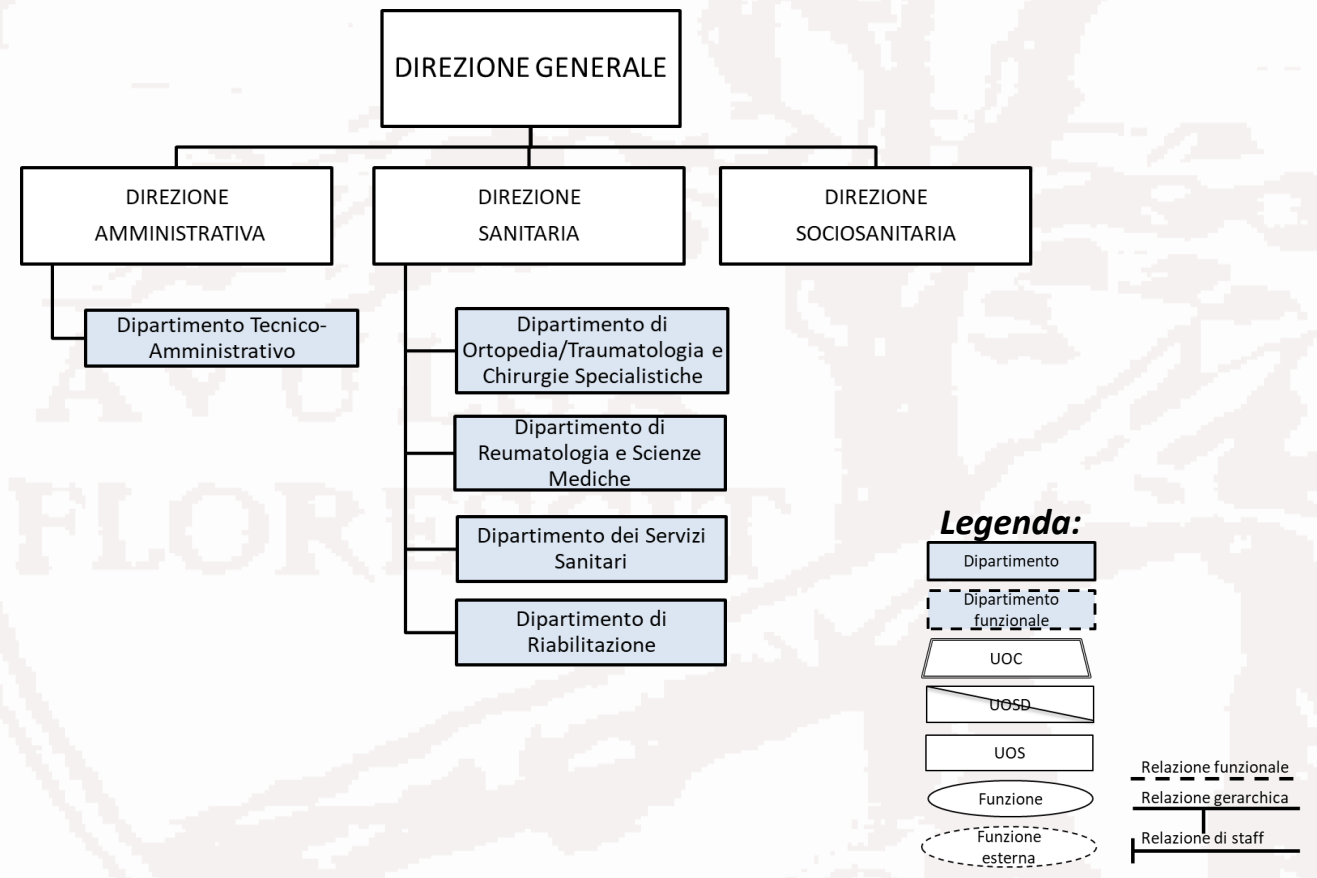
I Dipartimenti sono costituiti, secondo la configurazione adottata, da:

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



Sottosezione di programmazione 3.1: Struttura Organizzativa

ORGANIGRAMMA DELLA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE





Sottosezione di programmazione 3.2: Lavoro Agile

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 individuali del personale dipendente, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi cd. Work/Life balance.

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.

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

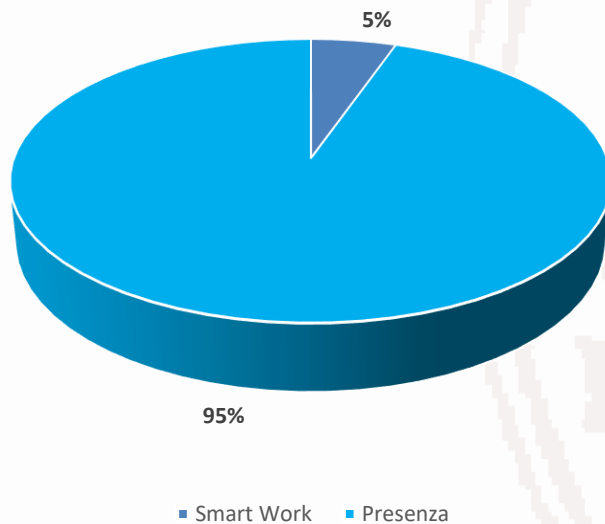
- tendenziale a livello di singola U.O.;
- rigido a livello di Dipartimento/Direzione.

Per l'anno 2025 tutti i dipendenti che hanno presentato domanda sono stati autorizzati a svolgere attività lavorativa in modalità agile, per un totale pari a 69 autorizzati pari al 5,75% del personale dipendente.

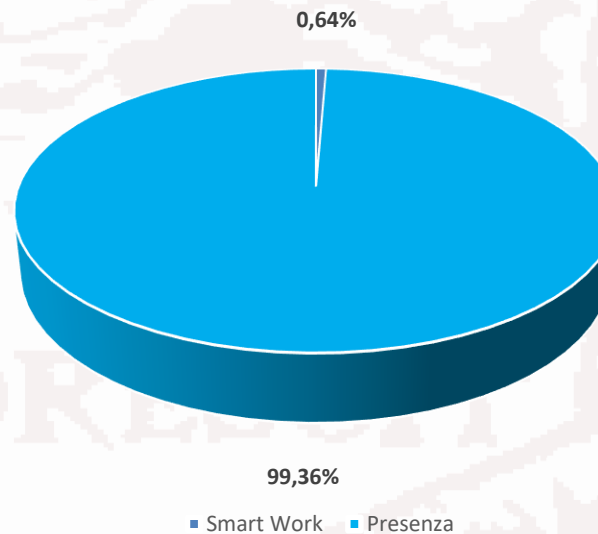


Sottosezione di programmazione 3.3: Lavoro Agile

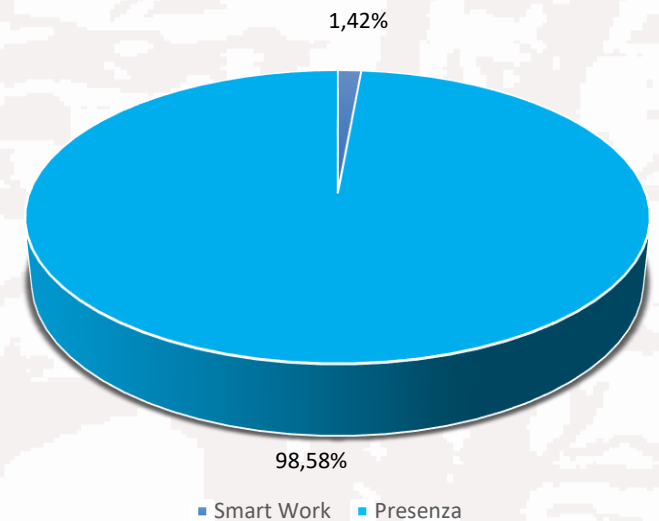
Distribuzione numero dipendenti per tipologia di prestazione lavorativa



Distribuzione giornate per tipologia di prestazione lavorativa (Comparto)



Distribuzione giornate per tipologia di prestazione lavorativa (DIRIGENZA NON MEDICA)





Sottosezione di programmazione 3.3: Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 372 del 12 luglio 2024 si è preso atto della DGR XII//2698 del 08/07/2024 con oggetto “Approvazione del Piano dei Fabbisogni di Personale Triennio 2024 – 2026 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini - CTO”.

Il fabbisogno di personale per il triennio 2024-2026 è pari a **1302** unità (298 unità personale dirigenziale, 1004 unità personale del comparto).

Secondo quanto disposto dall’art. 15 del CCNL 2019/2021 **il sistema di classificazione del personale** è articolato nelle seguenti **cinque** aree, che corrispondono a cinque livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- **Area del personale di elevata qualificazione;**
- **Area dei professionisti della salute e dei funzionari;**
- **Area degli assistenti;**
- **Area degli operatori;**
- **Area del personale di supporto.**



Consistenza di personale anno **2024** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024-2026

DO 2024														
DO 2024	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica									
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	266	21	39	108	98								0	266
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	10			10									0	10
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2												0	2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	295	21	39	118	98	0	0	0	0	0	0	0	0	295
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	0												0	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	82		4										0	82
OTA	0												0	0
OSS	132	12	24	34	60								0	132
AUSILIARI	21	4	1	10	2								0	21
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	168	0	2										0	168
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.004	77	131	277	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.004
TOTALE COMPLESSIVO	1.299	98	170	395	347	0	0	0	0	0	0	0	0	1.299



Consistenza di personale anno **2025** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024-2026

DO 2025														
DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	di cui pronto soccorso	di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	di cui area medica	di cui area chirurgica	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	268	21	39	108	100								0	268
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	10			10									0	10
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	298	21	39	118	100	0	0	0	0	0	0	0	0	298
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	0												0	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	82		4										0	82
OTA	0												0	0
OSS	132	12	24	34	60								0	132
AUSILIARI	21	4	1	10	2								0	21
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	168	0	2										0	168
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.004	77	131	277	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.004
TOTALE COMPLESSIVO	1.302	98	170	395	349	0	0	0	0	0	0	0	0	1.302



Consistenza di personale anno **2026** indicata in termini previsionali come da Piano triennale dei fabbisogni del personale 2024-2026

DO 2026														
DO 2026	OSPEDALE					TERRITORIO								TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	268	21	39	108	100								0	268
DIRIGENZA VETERINARIA	0												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	10			10									0	10
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10												0	10
TOTALE DIRIGENZA	298	21	39	118	100	0	0	0	0	0	0	0	0	298
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	438	43	95	104	183								0	438
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0												0	0
OSTETRICA	0												0	0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	84	18	5	57	4								0	84
ASSISTENTI SANITARI	0												0	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE	2												0	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	0	0	72	0								0	72
ASSISTENTI SOCIALI	3												0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	82		4										0	82
OTA	0												0	0
OSS	132	12	24	34	60								0	132
AUSILIARI	21	4	1	10	2								0	21
ASSISTENTE RELIGIOSO	0												0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	168	0	2										0	168
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	2												0	2
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0												0	0
TOTALE COMPARTO	1.004	77	131	277	249	0	0	0	0	0	0	0	0	1.004
TOTALE COMPLESSIVO	1.302	98	170	395	349	0	0	0	0	0	0	0	0	1.302



Turnover del personale – anno 2024

Nell'anno 2024, oltre a garantire il turn over del personale cessato a vario titolo, sono state effettuate assunzioni, nel rispetto del fabbisogno autorizzato da Regione Lombardia; in particolare complessivamente le assunzioni sono state n. 127 a fronte di n. 113 cessazioni come di seguito indicato:

AREA	ASSUNZIONI			TOTALE PER AREA	CESSAZIONI		TOTALE PER AREA
	T. INDET.	T. DET.	SUPPLENTI		T. INDET.	T. DET.	
COMPARTO	93	4	6	103	98	4	102
DIRIGENZA AREA SANITA'	14	7	1	22	8	1	9
DIRIGENZA PTA	1	0	1	2	2	0	2
TOTALE COMPLESSIVO	108	11	8	127	108	5	113



Formazione del personale - 1

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti.

La Direzione Aziendale individua ogni anno alcuni indirizzi formativi generali; l'Ufficio Formazione e sviluppo diffonde poi gli obiettivi aziendali a tutti i dipartimenti e a tutte le strutture dell'Azienda e i relativi responsabili individuano, ognuno per il proprio settore, i fabbisogni formativi inserendoli nel gestionale aziendale per la formazione (REFERA).

La bozza del PFA viene sottoposta al Comitato Tecnico Scientifico e alla Direzione Strategica per l'approvazione.

Particolare impegno viene profuso nelle attività di formazione obbligatoria (ad es. formazione in materia di sicurezza sul lavoro prevista dal D.lgs. 81/2008).

L'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO è Provider Regionale e l'attività formativa rivolta al personale sanitario, fatto salvo casi specifici, è accreditata con il Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina (ECM-CPD).



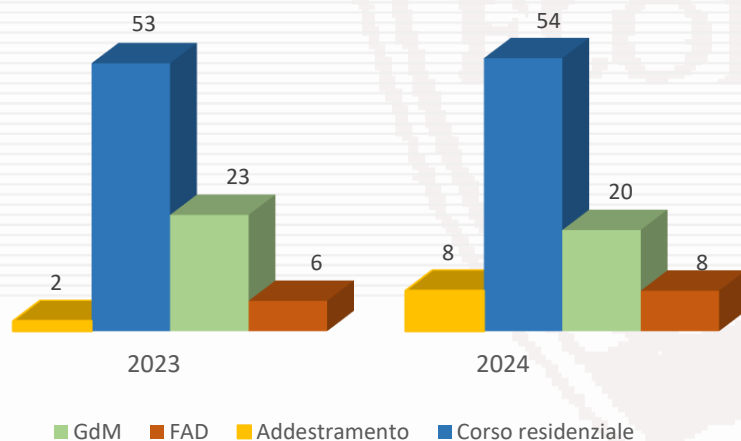
Formazione del personale - 2

MODALITÀ FORMAZIONE E TIPOLOGIA EVENTI

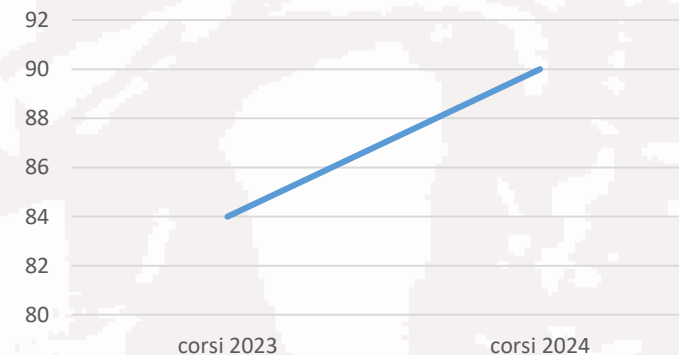
La formazione viene effettuata con diverse modalità, volte ad assicurare la più ampia partecipazione possibile agli eventi formativi. Le tipologie di eventi sono raggruppabili in:

- Corsi residenziali
- Gruppi di miglioramento
- Attività di addestramento
- FAD (Formazione a Distanza)

Tipologia corsi erogati 2023-2024



Andamento corsi erogati 2023-2024





Formazione del personale - 3

I DESTINATARI DEGLI INTERVENTI FORMATIVI

L'offerta formativa 2024 (90 corsi erogati) dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO è rivolta a n. 1201 professionisti dipendenti, distribuiti come riportato nella tabella sottostante.

DIRIGENZA		COMPARTO	
Macroprofili	N. Dipendenti	Macroprofili	N. Dipendenti
Dirigenza medica	241	Personale sanitario	543
Dirigenza medica universitaria	12	Personale tecnico non sanitario	96
Dirigenza sanitaria	9	Personale amministrativo	158
Dirigenza professionale e tecnica	6	Personale sociosanitario e assistenti sociali	125
Dirigenza amministrativa	10	Personale professionale	1
Totale dirigenza	278	Totale comparto	923



Benessere Organizzativo

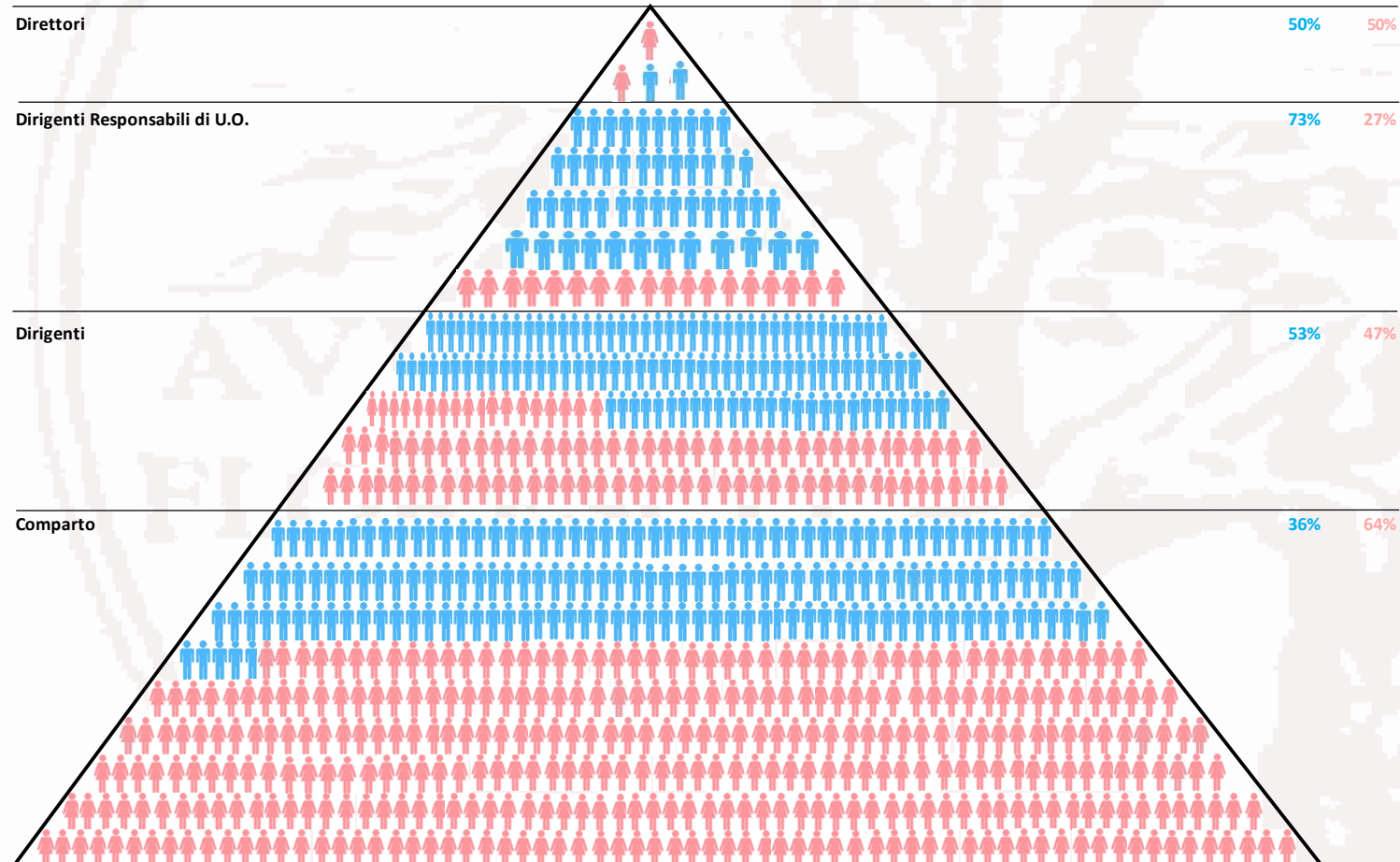
RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO AL 31/12/2024

Livello	UOMINI					DONNE					TOTALE
Qualifica	< 30	da 31 a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 61	<30	da 31a 40	da 41a 50	da 51a 60	> 61	
Dirigenza Medica	4	39	33	27	34	1	28	34	30	11	241
Universitari		1	3	3	2			1	2		12
Dirigenza Amm./Tecnica/Prof		1	3	3				3	6		16
Dirigenza sanitaria			3	2	2		1		1		9
Infermieri	20	25	30	45	18	45	41	42	105	34	405
Tecnici sanitari	4	6	5	12	4	8	11	3	12	1	66
Personale della Riabilitazione	1	10	6	7	2	4	12	11	13	5	71
Amministrativi	8	20	10	9		11	26	22	42	10	158
Ausiliari				4	2				13	2	21
Assistenti Sociali						1	2				3
Tecnici della Prevenzione		1									1
Personale Comunicazione-Informazione			1								1
Tecnici non sanitari	3	1	5	18	14		3	1	18	12	75
OTA/OSS	2	13	10	13	5	1	15	17	33	13	122
Totale personale	38	76	67	108	45	70	110	96	236	77	1201
% sul totale personale	3,16%	6,33%	5,58%	8,99%	3,75%	5,83%	9,16%	7,99%	19,65%	6,41%	



Pari Opportunità ed equilibrio di genere

Presenza Femminile per Qualifica e segregazione verticale - ASST PINI-CTO Dicembre 2024





Comitato Unico di Garanzia (CUG) - composizione

Rappresentanza	Donne	Uomini	totale
Amministrazione	5	2	7
Organizzazioni Sindacali	5	2	7
Presidente	1		1
TOTALE Componenti titolari	10	4	14

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è stato costituito con deliberazione n. 50 del 31/01/2017, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 260 del 20/05/2022.

Il CUG è un organo paritetico ed è composto da rappresentanti dell'Amministrazione e delle Organizzazioni sindacali. Il Comitato è composto da n. **14 componenti titolari** (comprensivi di presidente) e da **14 componenti supplenti**.



Comitato Unico di Garanzia (CUG) - finalità

L'operato del CUG è rivolto al perseguimento delle seguenti finalità:

- assicurare parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.



Comitato Unico di Garanzia (CUG) – Piano delle Azioni Positive - 1

Area Piano STRATEGICO	AZIONI	Azioni programmate 2025-2027
Attivazione di convenzioni per asili nido e scuole dell'infanzia	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per servizi di asilo nido e scuola dell'infanzia	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Promuovere l'attività fisica e motoria attraverso l'attivazione di convenzioni con enti gestori di palestre	Attivazione di convenzioni a favore dei dipendenti per l'accesso alle palestre	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Attivazione di convenzioni di parcheggio	Attivazione di convenzioni di parcheggio a favore dei dipendenti	Proposte di Convenzioni agli enti individuati
Attivazione di corsi di formazione	Attivazione di: Corso inglese; Corso informatica (uso di Excel); Corso di statistica da applicare a studio scientifico medico	Corsi di formazione che forniscano informazioni e strumenti pratici. I corsi saranno organizzati in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG).



Comitato Unico di Garanzia (CUG) – Piano delle Azioni Positive - 2

Area Piano STRATEGICO	AZIONI	Azioni programmate 2025-2027
Rilevazione del benessere organizzativo e del livello di stress lavoro-correlato	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. 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	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
Mail d'ascolto	Attivazione di una mail di ascolto per il personale tramite attivazione della casella di posta CUGASCOLTA	Previsione di una casella di posta elettronica a cui i dipendenti possano inoltrare segnalazioni per le quali ritengano di poter ricevere supporto dal CUG
Rilevazione delle violenze di genere e tutela delle diversità	Rilevazione su violenze di genere ed atti discriminatori nei confronti di minoranze etniche, religiose, politiche, sessuali	somministrazione di questionari anonimi a tutti i dipendenti; avvio di una sorveglianza da parte di osservatore esterno all'azienda; eventi formativi, campagne di sensibilizzazione, role-playing



SEZIONE 4: MONITORAGGIO



Monitoraggio delle sezioni del PIAO

Valore pubblico e Performance

- Modalità stabilite dagli articoli 6 e 10. comma 1, lett. b) del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: monitoraggio mensile per verifica andamento produttivo e budget; monitoraggio annuale per l'approvazione della «Relazione sulla Performance» (Controllo di Gestione)

Rischi corruttivi e trasparenza

- Secondo le indicazioni di ANAC, almeno una volta all'anno (RPCT)

Organizzazione e capitale umano

- Verifica di coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane ed il miglioramento delle competenze del personale su base triennale (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni)