

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE N. VI 59 -2022

Seduta n. 43 del 28 giugno 2022

Presiede il Presidente

Andrea Gambini

Consiglieri

Paolo Lazzati
Sonia Madonna
Monica Maggioni
Marta Marsilio
Francesca Zanconato

Oggetto: Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)
2022-2024.

Il Direttore Generale
Angelo Cordone

Il Direttore Scientifico
Giuseppe Lauria Pinter

Il Direttore Amministrativo
Angela Pezzolla

Il Direttore Sanitario
Stefano Schieppati

Il Responsabile del procedimento: UOC Affari generali e Legali - Enzo Quadri

Visto: Il Direttore del Dipartimento Amministrativo – Mauro Lorenzo Rossi

L'atto si compone di n. 72 pagine, di cui n. 68 pagine di allegati, parte integrante

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss.mm.ii., riguardante il “Testo unico delle Leggi Regionali in materia di sanità”;

VISTO il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia;

DATO ATTO che:

- il suddetto Decreto Legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021, prevede, all’art. 6, comma 6, che al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le Pubbliche Amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.);
- il comma 6-bis dell’art.6 del Decreto n. 228/2021 c.d. “Milleproroghe” ha stabilito quale termine per la prima adozione del PIAO da parte delle Pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, la data del 30 aprile 2022;

VISTO il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 predisposto a cura dei competenti uffici della Fondazione, che si compone di Sezioni a loro volta ripartite in Sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali, frutto della collaborazione e del contributo delle diverse unità operative e strutture competenti nei suddetti ambiti e di seguito elencate:

- ✓ Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA della Fondazione
- ✓ Sezione 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE
 - Sottosezione di programmazione - Valore pubblico
 - Sottosezione di programmazione - Performance
 - Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza
- ✓ Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO
 - Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa
 - Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile
 - Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale
- ✓ Sezione 4. MONITORAGGIO

CONSIDERATO che la proposta del P.I.A.O. 2022-2024:

- si configura come un programma di attività da svilupparsi in una logica di gradualità;
- è stata trasmessa al Consiglio d’Amministrazione e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, prima della formale approvazione, al fine di acquisire eventuali osservazioni;

PRESO ATTO che non sono pervenute osservazioni e/o integrazioni in merito alla bozza trasmessa;

RITENUTO pertanto di approvare il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta” allegato quale parte integrante del presente provvedimento;

ACQUISITO il parere di regolarità tecnica e di legittimità da parte del Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali;

Ad unanimità di voti espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

- 1) di approvare il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di disporre la pubblicazione del suddetto P.I.A.O. 2022-2024 sul sito web della Fondazione nonché nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- 3) di trasmettere il P.I.A.O. 2022-2024 della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta” al Ministero della Pubblica Amministrazione – Dipartimento della funzione pubblica, ai sensi del Decreto Legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell’art 17 comma 6 della Legge Regionale 33/2009 e ss.mm.ii.

IL PRESIDENTE
(Andrea Gambini)



Allegato:

Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024

Il Responsabile del procedimento:

Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza – Avv. Enzo Quadri



Addetto all’istruttoria – Alessandra Marasca

Proposta di Deliberazione CDA della **UOC Affari Generali e Legali**

OGGETTO: Approvazione del Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di delibera sopra citata.

IL DIRETTORE DELLA U.O.C.
(Avv. Enzo Quadri)



Data, 23.06.2022

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

Il Responsabile dell'UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione attesta che la delibera in oggetto non comporta alcun onere a carico della Fondazione.

UOC ECONOMICO FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE

IL DIRETTORE (Angela Regina VOLPE)



Data 24.06.2022



FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO “CARLO BESTA”

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’ E ORGANIZZAZIONE P.I.A.O. 2022 – 2024



Indice

PREMESSA	3
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA	4
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	4
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - VALORE PUBBLICO	4
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE	18
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	27
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	46
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	46
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	53
3.3 SOTTOSEZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2021-2023	63
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	68

PREMESSA

L'articolo 6, comma 6, de Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”* prevede che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il **Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.)**

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)** previsto dall’articolo 6 del citato Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha l’obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un’ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni tra cui il Piano della Performance, il Piano triennale dei Fabbisogni del Personale, il Piano sul lavoro agile, il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Piano formazione.

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.)** della Fondazione è conforme alle modalità redazionali indicate nel Decreto del Presidente della Repubblica recante *“Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi a i Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e di organizzazione ai sensi dell’articolo 6, comma 5, del decreto-legge 6 giugno 2021, n. 80, convertito cono modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113”* e secondo lo schema di Piano tipo allegato al suddetto Decreto. Tiene conto inoltre delle indicazioni operative fornite da le linee guida per la compilazione del P.I.A.O. emanate dalla Conferenza unificata della Funzione Pubblica.

Il presente Piano si compone di Sezioni a loro volta ripartite in Sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Esso è il frutto pertanto della collaborazione e del contributo delle diverse unità operative e strutture competenti nei suddetti ambiti.

Vengono indicate di seguito le sezioni e relative sottosezioni di cui si compone il Piano Integrato di Attività e Organizzazione:

Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA della Fondazione

Sezione 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Sottosezione di programmazione - Performance

Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Sezione 4. MONITORAGGIO

Sezione I – SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione Ente:

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”

Sede legale:

Via Celoria n. 11, Milano 20133

Sedi decentrate:

via Temolo n. 4, Milano, laboratori di ricerca

via Clericetti n. 2, Milano, uffici amministrativi e direzionali

via Amadeo n. 42, Milano, laboratori di ricerca

via Clericetti n. 22, Milano, ambulatori destinati all’attività clinica

via Puecher n. 7/9, Milano, ambulatori

Indirizzo PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it

Telefono n. 02.23941 (centralino)

Fax n. 02.70638217

Sezione 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”, di rilievo nazionale, si configura statutariamente quale Fondazione di partecipazione, nella quale assumono particolare rilevanza i soggetti rappresentati in seno al Consiglio di Amministrazione. La Fondazione Besta annovera tra i Fondatori Regione Lombardia, Ministero della Salute e Comune di Milano che hanno, in seno al Consiglio di Amministrazione, una specifica rappresentanza.

Sono **Organi** della Fondazione: il **Presidente**, il **Consiglio di Amministrazione**, il **Direttore Generale**, il **Direttore Scientifico**, il **Collegio Sindacale**.

Il 15 luglio 2006 l’Istituto Neurologico “Carlo Besta”, fondato nel 1918 e classificato dal 1981 come Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è stato trasformato in Fondazione IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico, ai sensi del decreto legislativo n. 288 del 2003. L’attività della Fondazione è disciplinata dallo Statuto approvato con deliberazione della Giunta Regionale del 7 marzo 2012, n. 3080.

In data 24 giugno 2009 con atto notarile (repertorio n. 99004) è stata stipulata una convenzione che ha sancito l’ingresso della Fondazione Mariani nella Fondazione “Carlo Besta” quale primo partecipante privato al fianco dei fondatori pubblici.

Il contesto

Le patologie neurologiche costituiscono un importante “sfida di trattamento di cura e presa in carico” di sanità pubblica, riguardano tutte le età, sono croniche, causano disabilità e hanno un forte impatto sugli assistiti, le loro famiglie, sul sistema socio-economico. In Europa queste patologie, come riportato in molti studi recenti, sono all’origine di circa il 35% della disabilità causata da malattie.

Stiamo assistendo al passaggio da uno scenario contraddistinto dalla prevalenza di malattie trasmissibili ad uno caratterizzato dalle malattie croniche non trasmissibili e dal generale invecchiamento della popolazione; si tratta della cosiddetta “transizione epidemiologica” che sta accrescendo la preoccupazione e le difficoltà di chi deve valutare, in maniera globale, la salute e la disabilità (motoria e sensoriale, cognitiva, psicoemotiva e viscerale) delle popolazioni.

Cresce l’attenzione al carico assistenziale sempre più rilevante che deriva dalle patologie neurologiche: le malattie neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica), i tumori del sistema nervoso, le patologie autoimmuni (Sclerosi Multipla, Miastenia), le epilessie, le malattie degenerative genetiche e le malattie dello sviluppo infantile e dell’adolescenza.

Conseguenza della diffusione e dell’impatto delle patologie neurologiche è stata la rapida evoluzione delle neuroscienze, accompagnata dal continuo sviluppo delle tecnologie e delle capacità diagnostiche e terapeutiche e dei modelli gestionali. Uno sforzo straordinario è in corso, in questo senso, a livello internazionale.

Gli sviluppi scientifici e tecnologici hanno consentito, inoltre, di affrontare, sotto un profilo scientifico, anche gli aspetti diagnostici e terapeutici legati ad un tema di particolare interesse dal punto di vista bioetico quali i disordini di coscienza.

A fronte della crescente domanda di salute in questo ambito, vi è da tempo, a livello nazionale e regionale, un’attenzione alla programmazione delle risorse destinate ai livelli di assistenza, alla verifica dell’appropriatezza della spesa, alla definizione di regole di finanziamento che spingono verso modelli gestionali più parsimoniosi, attraverso una modifica dei DRG orientata a ridurre progressivamente il ricorso ai ricoveri.

La pandemia di Covid-19 e la dura crisi sanitaria che ne è scaturita, con la necessità di mettere in atto modelli organizzativi emergenziali per assolvere al bisogno di assistenza, rendendo evidente ancora di più l’alto impatto disabilitante e quello di costo/carico complessivo delle malattie neurologiche, impongono l’obbligo di riconsiderare i criteri in base a cui definire l’allocazione di risorse in ambito socio sanitario in funzione delle priorità di salute e di cura.

A livello regionale, nazionale ed internazionale le linee programmatiche in ambito socio-sanitario e di ricerca biomedica sono orientate a sviluppare e implementare approcci di Medicina Personalizzata, in linea con le strategie europee che verranno sviluppate nel nuovo programma quadro HORIZON EUROPE. Parimenti in ambito tecnologico vi è una forte spinta, sia da parte di Regione Lombardia che da parte del Ministero della Salute, che in campo internazionale, ad investire sempre maggiori risorse promuovendo bandi di ricerca volti a finanziare lo sviluppo di tecnologie avanzate al fine di contribuire allo sviluppo di nuove conoscenze, metodologie, trattamenti diagnostico-terapeutici. Sul fronte della ricerca biomedica, le neuroscienze hanno avuto un’evoluzione recente nell’ambito della medicina molecolare, della biologia cellulare, della medicina di precisione, che aprono possibilità straordinarie alla diagnosi e alla cura sempre più efficace e attenta agli esiti delle patologie.

Nel contesto più generale di ottimizzazione degli investimenti in ricerca si inserisce il progetto di Human Technopole che agisce da polo scientifico infrastrutturale a sostegno della ricerca scientifica con un approccio multidisciplinare ed integrato, volto a garantire la più ampia accessibilità per la comunità scientifica, trasparenza e verificabilità dei risultati.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede un insieme integrato di investimenti e riforme orientato a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività del Paese, a favorire l'attrazione degli investimenti e in generale ad accrescere la fiducia di cittadini e imprese.

L'approccio organizzativo del sistema socio sanitario regionale e nazionale sta evolvendo verso modelli di gestione che privilegiano la collaborazione in Rete, al fine di migliorare l'accessibilità alle cure e ottimizzare i costi/benefici.

Il contesto 2021

La recente situazione sanitaria che si è delineata con la pandemia da COVID-19 ha ulteriormente messo in evidenza quanto le persone fragili siano più esposte ai rischi legati alla salute, quali le complicanze neurologiche del virus e ha reso necessaria una rivisitazione delle modalità di gestione del paziente neurologico al fine di permettere la continuità assistenziale pur in una situazione di emergenza. Il ruolo della Fondazione si è ulteriormente rafforzato in considerazione dell'esperienza maturata nel corso del 2020 e 2021, che in virtù della DGR n. 2906, del 08/03/2020 è diventata HUB di riferimento per la patologia neurochirurgica, con le indicazioni programmatiche regionali successive (DGR n. 6777, del 21/01/2020, DGR n. 36107, del 26/10/2020, DGR n. 37285, del 02/11/2020 e DGR n. 7165, del 06/11/2020,) supportare le altre strutture (HUB e non HUB) nell'ambito delle tre branche specialistiche di interesse (neurochirurgia, neurologia, neuropsichiatria infantile). Allo stato attuale la Fondazione è impegnata a svolgere il ruolo ad essa assegnato da Regione Lombardia in merito alla conduzione delle varie fasi della campagna vaccinale anti - Covid.

La sfida del Paese delineata nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) vede la Fondazione impegnata in prima linea nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute, sia per quanto riguarda l'assistenza rafforzando il proprio ruolo di eccellenza quale Istituto di secondo e terzo livello, sia per quanto riguarda la ricerca scientifica in ambito di neuroscienze, sia per quanto riguarda la formazione di personale altamente specializzato, contribuendo pertanto al rilancio del sistema salute e del sistema ricerca.

Nell'ambito dell'attività assistenziale si assiste ad uno sviluppo e una implementazione delle attività di teleconsulto e telemedicina con conseguente rivisitazione dei PDT, investimenti in ambito di digitalizzazione di tutti i processi sanitari e amministrativi collegati all'offerta dei servizi e alla loro gestione, internazionalizzazione dei percorsi di cura ampliando e rafforzando la partecipazione negli European Reference Networks (ERNs).

La Fondazione svolge un ruolo primario contribuendo alla revisione e all'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nell'ottica di un rafforzamento della governance aziendale che identifichi un vero modello organizzativo e di gestione integrato e orientato alla ricerca che responsabilizzi tutti gli organi strategici (Presidenza, Direzione Generale e Direzione Scientifica) congiuntamente al raggiungimento dei risultati. Inoltre contribuirà alla definizione delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con il fine di implementare la qualità della ricerca sanitaria e la trasferibilità dei risultati e con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

Il coinvolgimento attivo nello sviluppo di infrastrutture di ricerca e nell'implementazione tecnologica, anche in termini di trasferimento dei risultati alla pratica clinica e protezione e valorizzazione dei prodotti di ricerca (brevetti) permette alla Fondazione di essere uno degli attori primari nello sviluppo di nuove conoscenze e nuovi modelli organizzativi della ricerca che troveranno la piena applicazione nel *Nuovo Besta* alla Città della Salute e della Ricerca.

La Convenzione Quadro con l'Università di Milano, che rende la Fondazione Besta polo Universitario, rappresenta una ulteriore affermazione del suo fondamentale ruolo formativo di alta specializzazione sia in campo assistenziale che di ricerca.

In tale contesto si inseriscono:

- a) le azioni volte ad attuare le Linee di azione definite nel Piano Operativo Salute (PON) con particolare attenzione alla *Traiettorie 2 “eHealth, diagnostica avanzata, medical device e mini invasività”*; *Traiettorie 3 “Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata”*; *Traiettorie 4 “Biotecnologia, bioinformatica e sviluppo farmaceutico”*;
- b) la partecipazione quale Stakeholder, insieme IRCCS, Università e centri di Ricerca, alla creazione e gestione delle Piattaforme Tecnologiche nazionali nell’area “Expo” in attuazione della Convenzione del 30 dicembre 2020 tra MUR, MoH, MEF e HT in ottemperanza a quanto disciplinato nella Legge 160/2019;
- c) il coinvolgimento nella predisposizione e successiva attuazione del PNRR per quanto riguarda lo svolgimento di progetti di ricerca fondamentale e/o applicata trasversale, secondo un approccio interdisciplinare, olistico e problem solving, messo in atto da reti di Università, Centri di Ricerca, ed altri soggetti pubblici e privati, con l’obiettivo di rafforzare le filiere della ricerca a livello nazionale e il ruolo nelle reti strategiche europee e internazionali;
- d) le azioni previste nell’ambito dell’Accordo di collaborazione quadro con i 4 IRCCS pubblici presenti sul territorio lombardo per l’attuazione di progetti di ricerca e sviluppo con ricadute dirette sull’ecosistema lombardo;
- e) l’attuazione di percorsi formativi universitari post laurea multidisciplinari di eccellenza nell’ambito delle neuroscienze (Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master, ecc) e l’incentivazione alla partecipazione a programmi europei quali ERASMUS, Marie Curie Action, ERC.

Mission, vision, valori

La Fondazione IRCCS Carlo Besta si pone quale polo di eccellenza per la ricerca e la cura delle più significative malattie neurologiche; è riferimento nazionale e regionale di numerosi centri ultraspecialistici per il trattamento di disturbi neurologici specifici (Centro Regionale di Riferimento per Patologia - CRRP) ed è inserito nella rete europea dei centri di riferimento (European Reference Networks - ERN) per alcune specifiche patologie.

L’Istituto coniuga in modo sinergico le attività di ricerca scientifica con le attività di diagnosi e cura (dando origine ad un continuo miglioramento dell’efficacia terapeutica) nell’ambito della Neurologia Clinica e di base, dei disturbi neurologici dell’adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche, delle malattie croniche e rare.

Obiettivo fondamentale dell’attività complessiva della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza e innovazione scientifica avendo come valore di riferimento la centralità della persona.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta persegue le seguenti fondamentali finalità:

- svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale);
- elaborare ed attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- promuovere la crescita professionale dei ricercatori collaborando attivamente alla formazione post laurea in stretto contatto con le Università (istruzione e formazione pre e post laurea);
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica.
- contribuire all’aumento delle conoscenze in campo medico-scientifico;
- contribuire alla definizione di politiche di Public Health.

Ogni attività clinica è coniugata ad attività di ricerca scientifica il cui obiettivo finale è la trasferibilità dei risultati di ricerca in diagnosi e cure più efficaci.

Nel suo assetto strutturale e organizzativo, si esprime l'inscindibilità tra attività di assistenza e attività di ricerca confermando il ruolo di struttura di riferimento nell'ambito delle Neuroscienze a livello nazionale ed europeo, permeando di tale visione tutta l'attività delle diverse strutture organizzative descritte.

In particolare le linee di sviluppo sono:

- confermare il ruolo centrale di eccellenza e coordinamento di programmi di rete all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale nell'ambito dello sviluppo degli Istituti Virtuali in ambito di neuroscienze,
- incrementare gli aspetti sinergici tra attività di ricerca e le possibili ricadute in ambito clinico,
- promuovere nuovi percorsi multidisciplinari nell'ambito della diagnostica, trattamento e cura dei pazienti con particolare riferimento alle malattie rare,
- promuovere e sostenere attività di trasferimento tecnologico nonché di applicazione di tecniche altamente innovative in ambito neurochirurgico,
- promuovere innovazione digitale e semplificazione del percorso di accesso alle cure per il paziente,
- sviluppare un percorso di carriera del ricercatore,
- consolidare la collaborazione con le Università.

I principali punti di forza

Di seguito alcuni dei principali punti di forza della Fondazione:

- disponibilità di risorse professionali, tecnologiche, organizzative, know how e relazioni in grado di sviluppare l'intero filone della ricerca nelle neuroscienze (pre-clinica, traslazionale, trial clinici);
- disponibilità di una enorme casistica, pari a quella di poche altre istituzioni nel mondo, che rendono l'Istituto riferimento sia per le patologie più comuni per le quali è in grado di offrire percorsi di diagnosi, cura e presa in carico di eccellenza, sia per patologie rare o di particolare complessità, che richiedono capacità di diagnosi attraverso approcci avanzati sul piano tecnologico, personale altamente qualificato ed inserito in processi di formazione super specialistica continua e complementarietà con le attività di ricerca clinica e preclinica. Nell'ambito del sistema regionale e nazionale la Fondazione Besta è Centro Regionale di Riferimento di Patologia (CRRP) per Malattie Spinocerebellari, Malattia di Huntington, Paralisi Cerebrali Infantili e i Disordini del Linguaggio (Disturbi del Linguaggio e dell'Apprendimento e Paralisi cerebrali infantili (PCI)), Sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt- Jakob, Malattie Neuromuscolari e per la Patologia Metabolica e Tumorale nell'Infanzia e nell'Adolescenza: Patologia: Miopatie Ereditarie, Diagnosi e la cura delle cefalee e delle algie cranio-facciali, Cura e la prevenzione dell'Epilessia Epilessia, Cura della Sclerosi Multipla. Tutto ciò genera un'attività clinica di eccellenza, in quanto fortemente integrata con l'attività di ricerca in coerenza con le linee di ricerca programmatiche; tutto ciò si traduce nel costante contributo all'identificazione della patogenesi delle malattie ed allo sviluppo di nuove terapie attraverso processi sperimentali, con l'obiettivo finale di offrire alle persone affette da patologie neurologiche sempre maggiori possibilità di cura;
- struttura organizzativa di tipo dipartimentale con la definizione di Dipartimenti Gestionali e Funzionali, questi ultimi individuati come l'elemento organizzativo fondamentale indirizzato alla ricerca traslazionale nelle neuroscienze. Tale organizzazione permette di attuare un piano di sviluppo clinico e di ricerca strutturato in programmi specifici consentendo una stretta interconnessione tra gli aspetti gestionali e funzionali tecnico-scientifici volti alla razionalizzazione



delle risorse, all'ottimizzazione dei processi, allo sviluppo di programmi integrati clinico-scientifici per definite aree strategiche;

- presenza di un Dipartimento Gestionale sperimentale di Ricerca e Sviluppo Clinico afferente alla Direzione Scientifica per l'ottimizzazione della gestione dei Trial Clinici che rappresentano una significativa attività dell'Istituto, per la divulgazione della cultura della ricerca clinica condotta secondo Good Clinical Practice (GCP), per migliorare la capacità di sviluppare e potenziare la ricerca clinica indipendente;

- approccio clinico e di ricerca volto alla collaborazione di Rete, in particolare:

- la stretta collaborazione con gli altri IRCCS di diritto pubblico e privato attraverso la partecipazione attiva alle principali reti IRCCS – Rete Neuroscienze e Neuroriabilitazione, Alleanza Contro il Cancro, Rete Pediatrica IDEA -, favorisce lo scambio di dati e di risultati scientifici, permette l'accesso a tecnologie complesse e lo sviluppo coordinato ed armonizzato di piattaforme tecnologiche e di progetti comuni, con l'obiettivo finale di migliorare la prevenzione, la diagnosi e la cura;
- la partecipazione della Fondazione Besta agli European Reference Networks (ERNs) - RareEpiCARE ERN on epilepsies, RND on neurological diseases, EURO NMD on neuromuscular diseases, CRANIO on craniofacial anomalies and ENT disorders, EURACAN on adult cancers (solid tumours) – mette in collegamento i maggiori e più eccellenti centri europei nell'ambito delle patologie di elezione, in particolare delle malattie rare;

- accordi di collaborazione sul piano scientifico con alcune delle più importanti università e centri di ricerca e cura nazionali ed internazionali;

- elaborazione ed attuazione di programmi di formazione pre e, soprattutto, post-laurea e dottorato nelle neuroscienze, in supporto a varie università nazionali ed internazionali. In particolare nel 2017 è stato attivato uno specifico accordo quadro con l'Università degli Studi di Milano che rappresenta un aspetto di primaria importanza nella visione programmatica di medio e lungo termine dell'Istituto, costituendo la migliore possibilità per selezionare i futuri medici, biologi e ricercatori in grado di proseguire il percorso di eccellenza che ha posto l'Istituto ai vertici nazionali. L'Istituto è centro europeo di riferimento (Besta NeuroSim Center) per la formazione di giovani neurochirurghi; sono stati intrapresi protocolli di studio volti a definire l'impatto della neurosimulazione sulla formazione degli studenti/specializzandi nell'ottica di migliorare l'attuale paradigma di training;

- presenza di Piattaforme Tecnologiche - Neuroradiologia, Neurofisiologia clinica e sperimentale, Unità Produttiva Terapie Cellulari, Neurogenetica, Biochimica Specialistica, Neuroimmunologia, Neuropatologia, Ingegneria Biomedica - essenziali per la diagnostica avanzata e le attività di ricerca;

- dotazione di apparecchiature ad alta tecnologia, sia per l'attività clinica e diagnostica che per l'attività sperimentale e di formazione, che rendono la Fondazione un centro di alta specializzazione: RM 3 Tesla, Angiografo Biplanare, Cyberknife, TC DECT, Piattaforma operatoria di alta tecnologia integrata (microscopio 3D, fluorescenza, neuronavigatore, ecografo navigato, RM intraoperatoria), HIFU, Magnetoencefalografia, Next Generation Sequencing, Microscopia Elettronica, Microscopia a forza atomica, Microscopia ad Alta Risoluzione, RM 7 Tesla per studi sperimentali;

- elevata produttività della ricerca e capacità di attrazione di risorse finanziarie sui programmi di ricerca propri sia a livello nazionale che comunitario, che internazionali;

- centro leader in Italia per la neurochirurgia di elezione non traumatica, con un prestigio riconosciuto a livello internazionale, anche grazie alla disponibilità di tecniche chirurgiche innovative e di avanguardia;

- capacità di offrire trattamenti radioterapici ad elevata complessità, in particolare per pazienti oncologici, anche grazie alla disponibilità di tecnologie di avanguardia (Cyber Knife; acceleratore lineare; ...);

- capacità di mettere a punto terapie innovative (Unità Produttiva per Terapie Cellulari, neurofisiologia interventistica di modulazione e stimolazione, radiocirurgia selettiva, terapia loco-regionale dei glioblastomi, medicina molecolare);
- struttura con certificazione AIFA per l'effettuazione di sperimentazioni cliniche di Fase I;
- capacità di innovazione organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle cure: assistenza per aree di degenza multidisciplinari, degenze brevi nel dipartimento pediatrico (Week Hospital), pacchetti ambulatoriali (Day Service), pre-ricovero chirurgico;
- capacità di sviluppare accordi di collaborazione con altri enti sanitari di eccellenza integrandoli fortemente con la struttura organizzativa (Dipartimenti Interaziendali).

Partecipazione ad organismi e istituzioni

La Fondazione, in conformità alla sua *mission*, ha costituito e partecipa, con altre strutture pubbliche e private, a diversi consorzi/associazioni/società:

- Associazione **Ce.ri.S.Ma.S. (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario)** che ha lo scopo di sviluppare attività di ricerca e promozione nell'area della gestione delle organizzazioni sanitarie, anche mediante forme di collaborazioni con istituzioni pubbliche e private.
- **Fondazione CNAO** che ha come scopo la realizzazione e la gestione del Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, nonché lo svolgimento di attività di ricerca e formazione, con particolare ma non esclusivo riferimento all'Adroterapia Oncologica.
- **Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (FIASO)** che ha come scopo quello di concorrere alla ottimale qualificazione e sviluppo dell'assistenza sanitaria nonché promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari.
- **C.I.R.M. (Consorzio Italiano per la Ricerca in Medicina)**, Consorzio senza fini di lucro che opera nell'area delle "Scienze della vita", composto da Soci Pubblici e Privati, le cui finalità sono promuovere e/o esercitare la ricerca biologica, medica, sanitaria non medica, socioeconomica e bio-statistica, promuovere e/o gestire servizi di ricerca, promuovere e/o gestire la sperimentazione clinica anche per conto di altri soggetti, esercitare attività di formazione professionale e di educazione permanente, anche attraverso l'uso di tecnologie per la formazione a distanza, creare partenariati finalizzati all'ideazione ed allo sviluppo di progetti di ricerca regionale, nazionale ed internazionale a finanziamento pubblico o privato.
- **Disability Italian Network (DIN)**, associazione che ha come finalità la diffusione in Italia della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, ICF, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- **Associazione Alleanza contro il Cancro (ACC)** finalizzata alla gestione di una rete di informazione e collaborazione tra gli IRCCS di diritto pubblico e privato ad indirizzo oncologico, che promuova e agevoli lo scambio di dati e risultati scientifici.
- **Associazione Rete Italiana salute dell'Età evolutiva (IDEA)**, che associa gli IRCCS con specializzazione pediatrica e il cui obiettivo è quello di promuovere la ricerca scientifica e tecnologica sui temi legati alla salute in età evolutiva promuovere l'educazione e l'informazione per favorire la qualità della vita del bambino e la sua piena crescita psicofisica.
- **Associazione Rete delle neuroscienze e della riabilitazione (RIN)** che ha come scopo quello di stimolare la collaborazione tra gli IRCCS che operano nell'ambito delle neuroscienze e della neurorabilitazione, favorire la diffusione delle informazioni inerenti l'attività clinico-scientifica e coordinare le azioni a livello internazionale volte ad aumentare il rilievo e la competitività del settore delle neuroscienze e della neurorabilitazione.

- **Associazione Network per la Valorizzazione della Ricerca (NETVAL)** a cui aderiscono 64 tra Università e Centri di Ricerca, tra cui anche i 3 IRCCS pubblici lombardi, ha lo scopo fondamentale di diffondere le informazioni e la cultura del Trasferimento Tecnologico in Italia attraverso iniziative volte a mettere in contatto gli Uffici di Trasferimento Tecnologico (UTT) attraverso incontri, corsi di formazione e partecipazione a gruppi tematici.

Rapporti con gli stakeholder: le associazioni e volontariato

La Fondazione vanta una storica collaborazione con numerose Associazioni e Fondazioni che si caratterizzano per le loro differenti finalità:

- assistenza e sostegno in ospedale ai pazienti e ai loro familiari
- promozione della ricerca scientifica in campo neurologico
- raccolta di contributi finalizzati alla ricerca
- sostegno alle azioni divulgative e di educazione sanitaria.

Al fine di consolidare e ottimizzare il prezioso supporto che viene garantito dall'associazionismo e dalla presenza dei Volontari, la Fondazione ha istituito un apposito Registro delle Organizzazioni Non Profit al quale hanno aderito ad oggi, 40 Organizzazioni.

Relazioni internazionali

La progressiva internazionalizzazione dei sistemi socio-economici riguarda sempre più da vicino anche il settore sanitario.

Come già riportato precedentemente la Fondazione fa parte di 7 Reti europee di riferimento per patologie specifiche ai sensi della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9/03/2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la quale, all' Articollo 12, prevede lo sviluppo di reti europee di riferimento, costituite da centri di riferimento/eccellenza appartenenti agli Stati membri.

In quanto centro leader nelle neuroscienze, contribuisce a queste strategie con innumerevoli iniziative di livello internazionale. Fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital), un progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finalizzato alla promozione della salute.

Nell'ambito delle esperienze di gemellaggi a livello internazionale la Fondazione ha in corso e allo studio progetti di cooperazione sanitaria in area depresse, sottosviluppate o caratterizzate da particolari patologie o emergenze sanitarie.

È Research Branch del Centro Collaboratore italiano OMS per la Famiglia delle Classificazioni (WHO-CC Research Branch); il Centro OMS si occupa per l'Italia dello sviluppo e della diffusione delle classificazioni internazionali e dei temi disabilità e riabilitazione.

A livello di ricerca sperimentale e clinica la Fondazione collabora con numerosissimi centri a livello internazionale come visualizzato nella figura sotto riportata.

VALORE PUBBLICO – TELEMEDICINA

L'erogazione delle prestazioni a distanza tramite servizi di telemedicina, sperimentato nel corso del periodo pandemico, per la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Besta è divenuta parte della pratica clinica quotidiana.

Come sottolineato anche nell'ambito del PNRR, la telemedicina rappresenta uno strumento strategico che va potenziato all'interno delle strutture sanitarie e regolamentato in modo univoco e centralizzato.

La possibilità di erogare prestazioni non *de visu* comporta numerosi vantaggi, tra cui indubbiamente la continuità assistenziale e la possibilità per il paziente di avere sempre un sanitario anche senza recarsi fisicamente presso la struttura.

Grandissimo vantaggio, poi, è rappresentato dalla riduzione degli spostamenti, garantendo:

- minore difficoltà di gestione per pazienti fragili e per i loro caregiver;
- riduzione dei costi sociali per pazienti e famiglie;
- riduzione dei costi indiretti ospedalieri;
- riduzione delle emissioni di CO₂.

Livello di attuazione e di sviluppo

Con deliberazione n. 418, del 26/08/2020 è stata aggiudicata la procedura avente ad oggetto "Acquisizione di un sistema di Telemedicina per Ricerca Traslazionale e Continuità di Cura Sociosanitaria in Neurologia, Neuropediatria, Neuroriabilitazione e Neurochirurgia", così come definito dal progetto ministeriale CC-2016-2365431.

Il progetto prevede anche l'implementazione ed introduzione di un'App per smartphone e tablet native Android e iOS per pazienti ed operatori sanitari.

L'indicazione della possibilità di effettuare la televisita tramite App, inclusi i link da cui è possibile fare il download (rispettivamente su store Android e iOS), è parte integrante delle indicazioni per la fruizione del servizio automaticamente inviate al paziente all'atto della prenotazione della televisita.

L'introduzione dell'App ha permesso un utilizzo più veloce del servizio, non più legato alla disponibilità di un PC al domicilio. Questo passaggio si è dimostrato fondamentale anche per rendere l'esperienza della televisita ancora più vicina al cittadino e alla sua esigenza di fruire dei servizi in mobilità.

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto Semplificazioni del 28 febbraio 2021 è stata avviata l'attività di configurazione per permettere l'accesso tramite servizio di autenticazione SPID secondo le linee guida AGID e gli scenari di integrazione previsti da Regione Lombardia.

Modalità attuative

Garantire a tutti i cittadini la stessa modalità di accesso ai servizi online è la chiave per la semplificazione dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione. Il passaggio in favore di SPID, CIE o CNS è stato avviato con la Legge 11 settembre 2020, n. 120, che ha reso efficaci le disposizioni del decreto "Semplificazione e innovazione digitale", avviando un percorso di transizione verso un'unica identità digitale semplice, veloce ed europeo in tutta Italia.

La registrazione delle credenziali utente tramite metodologia SPID sulla piattaforma aziendale di telemedicina garantisce ai pazienti la piena accessibilità al servizio e la semplificazione della procedura di autenticazione. Infatti, una volta registrati i dati dell'utente all'interno della piattaforma di erogazione della telemedicina, tramite utilizzo delle credenziali SPID in qualunque momento sarà possibile accedere a tutti i servizi proposti, tra cui la televisita, e alla visualizzazione di documenti.

Soggetti, processi e strumenti

DIREZIONE STRATEGICA

Si tratta della “cabina di regia” del processo di cambiamento nella creazione di sistemi di erogazione delle prestazioni a distanza.

UOC SERVIZIO INFORMATICO

Ufficio responsabile della mediazione tra la softwarehouse e l’Istituto Neurologico IRCCS C. Besta che funge da erogatore dei servizi di telemedicina. Si occupa dell’organizzazione delle comunicazioni, della gestione della formazione e supporta i professionisti in caso di difficoltà di utilizzo.

Programma di sviluppo

Al fine di rendere la telemedicina un’opportunità di erogare e usufruire delle prestazioni sanitarie semplice, completa, rapida ed efficace, l’Istituto Neurologico IRCCS C. Besta sta estendendo l’autenticazione tramite sistema SPID alla piattaforma aziendale di televisita, in linea con la normativa vigente e con le più recenti linee guida ministeriale e regionali sul tema.

In tabella sono definiti gli obiettivi e relativi indicatori relativi all’anno 2022.

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONS.	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO	Introduzione sistema di autenticazione SPID per l’accesso alla piattaforma di telemedicina	Piena accessibilità digitale da parte dei pazienti ai servizi di telemedicina erogati dalla Fondazione	Sviluppo e realizzazione delle progettualità, secondo le linee guida AGID e gli scenari di integrazione previsti da Regione Lombardia	2022	UOC Servizio Informatico	UOC Servizio Informatico

VALORE PUBBLICO – SITO WEB ISTITUZIONALE

In una realtà sempre più interconnessa dove viene dato sempre più rilievo al Valore Pubblico, la comunicazione nelle sue varie forme rappresenta il principale strumento di interscambio di informazioni, conoscenze e contenuti.

Al fine di tenere il passo con il cambiamento nelle abitudini digitali degli utenti, anche anziani e con disabilità, e facilitare il reperimento delle informazioni da parte dei diversi target di fruitori (pazienti, caregiver, professionisti di altri enti, fornitori, ricercatori, studenti ecc.), il sito e i canali social della Fondazione rivestono un ruolo fondamentale nel veicolare le attività svolte e le prestazioni erogate. Non è un caso se negli ultimi due anni la Fondazione ha portato avanti un percorso di sviluppo della comunicazione tramite i canali web e social network al fine di dialogare con i cittadini attraverso strumenti che essi stessi adottano sempre più frequentemente per comunicare.

Livello di attuazione e di sviluppo

Nell'ottica della digitalizzazione e della semplificazione, la costante implementazione e il continuo aggiornamento del sito e dei social risultano indispensabili sia per garantire informazioni legate a disposizioni interne e di comunicazione esterna (modalità di accesso alla struttura, opuscoli informativi di Associazioni di patologia, progetti e convegni, campagne vaccinali e di prevenzione ecc.) che per diffondere tempestivamente avvisi e notizie, con la possibilità di raggiungere contemporaneamente un numero elevato di pazienti/familiari/accompagnatori e utenti con necessità di informazioni diversificate ed immediate evitando così inutili accessi in struttura e lunghe attese telefoniche.

Un ulteriore accorgimento coinvolge la veste grafica e riguarda in particolare la personalizzazione dell'aspetto della pagina della Fondazione compatibilmente alle potenzialità degli strumenti di gestione del sito.

Soggetti coinvolti

Le attività editoriali inerenti al sito vengono pianificate e gestite da un gruppo di lavoro tecnico i cui componenti rappresentano le varie aree istituzionali coinvolte nell'ambito della comunicazione.

Il gruppo di lavoro, costituito su indicazione della Direzione Strategica, si occupa attraverso incontri periodici di individuare le aree di intervento e di programmare le attività di sviluppo editoriale e grafico.

Programma di sviluppo

Gli interventi attualmente in corso sono rivolti alla realizzazione di un'identità visiva più chiara, che migliori il dialogo con i pazienti/utenti e la fruizione delle informazioni e dei servizi offerti dalla Fondazione.

L'intento è quello di raggiungere una grafica coerente, un'architettura dell'informazione semplificata e funzionale nonché una standardizzazione delle principali aree tematiche.

A livello editoriale si stanno strutturando:

un'area per i pazienti dedicata alla ricerca delle schede di presentazione dei singoli specialisti che consenta di individuare agevolmente le aree cliniche di competenza del singolo professionista e le indicazioni per accedere alle prestazioni rese.

una sezione riservata ai rapporti tra la Fondazione e l'Università che consenta di evidenziare le sinergie tra l'Istituto e il mondo accademico con particolare riferimento alle scuole di specialità.

Per quanto attiene all'aspetto grafico l'indirizzo di intervento mira ad individuare immagini sempre più attinenti ai contenuti delle varie sezioni tematiche al fine di un più immediato riconoscimento delle informazioni anche a livello visivo.

Sempre nell'ottica di rendere visivamente più accessibile la struttura della Fondazione verrà creata la versione grafica dell'organizzazione gerarchica dell'Istituto con contenuti navigabili.

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONS	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO	Realizzazione di un'identità visiva più chiara, che migliori il dialogo con i pazienti/utenti e la fruizione delle informazioni e dei servizi offerti dalla Fondazione.	Maggiore interconnessione con il paziente/utente.	<p>Aggiornamento dell'identità visiva delle sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Fondazione - Per il Paziente - Università - Contatti - Comunicazione <p>Servizi offerti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione dell'80% di schede di presentazione dei singoli specialisti e delle loro attività. 	2022	Direzione Generale	Gruppo di lavoro tecnico per la comunicazione e interna ed esterna

VALORE PUBBLICO – RICERCA

In virtù dell'enorme casistica, pari a quella di poche altre istituzioni, è un riferimento non solo per le patologie più comuni, per le quali è in grado di offrire percorsi di diagnosi, cura e presa in carico di eccellenza, ma anche per patologie rare o di particolare complessità che richiedono capacità di diagnosi attraverso approcci avanzati sul piano tecnologico, personale altamente qualificato ed inserito in processi di formazione super-specialistica continua, e continuità fra assistenza e ricerca.

L'integrazione di queste attività è l'aspetto caratterizzante e la base della forza competitiva dell'Istituto, traducendosi in un costante impegno per la comprensione della patogenesi delle malattie e lo sviluppo di nuove terapie attraverso processi sperimentali, con l'obiettivo finale di offrire alle persone affette da patologie neurologiche sempre maggiori possibilità di cura.

La pandemia di Covid-19 e la dura crisi sanitaria che ne è scaturita, con la necessità di mettere in atto modelli organizzativi emergenziali per assolvere al bisogno di assistenza, rendendo evidente ancora di più l'alto impatto disabilitante e quello di costo/carico complessivo delle malattie neurologiche, impongono l'obbligo di riconsiderare i criteri in base ai quali definire l'allocazione di risorse in ambito socio sanitario in funzione delle priorità di salute e di cura e, nel campo della ricerca, la necessità di rendere le nuove conoscenze sempre maggiormente fruibili e raggiungibili dalla comunità scientifica tutta nonché disponibili alla collettività in modalità semplice, ma supportata da fonti scientificamente garantite.

In tale contesto, in un'ottica di open science, è particolarmente rilevante poter mettere a disposizione della comunità scientifica dati, ricerche, lavori scientifici e garantire lo scambio di informazioni e la riproducibilità delle ricerche attraverso piattaforme in modalità open access, favorire lo scambio di materiale biologico attraverso biobanche strutturate, dare visibilità esterna a favore della collettività e dei cittadini delle proprie risorse sia umane che tecnologiche attraverso la costruzione di una comunicazione sempre più orientata alla semplicità in un'ottica di *Scienza per Tutti*.

Obiettivi e modalità attuative

Tre sono gli obiettivi principali dei concetti sopra espressi:

- garantire a tutta la comunità scientifica la condivisione e la diffusione del sapere scientifico attraverso il libero accesso ai risultati della ricerca e la possibilità di riutilizzarli al fine di creare nuova conoscenza e accelerare il processo di identificazione di nuove cure e nuove terapie;
- garantire a tutti i cittadini e alla collettività nel suo complesso l'accesso alle informazioni scientifiche e la possibilità di comprenderle più facilmente, anche attraverso la conoscenza di chi fa ricerca;
- garantire a tutto il personale, che a vario titolo è coinvolto nell'attività di ricerca traslazionale, quella visibilità che permette la legittimazione della propria identità sia all'interno della comunità scientifica propriamente detta che tra i cittadini e la collettività tutta.

In questa cornice si inseriscono le attività di implementazione della piattaforma Zenodo di deposito dei dati grezzi delle ricerche e delle relative pubblicazioni, la riorganizzazione delle modalità di accesso e utilizzo da parte di "esterni" del materiale biologico conservato nelle biobanche di istituto, il miglioramento della visibilità delle attività di assistenza e di ricerca, clinica e sperimentale, attraverso una nuova filosofia di comunicazione che passa attraverso la rivisitazione del sito web di istituto.

**Programma di sviluppo**

Al fine di facilitare il processo di comunicazione, in applicazione dei principi che regolano l'open science, in linea con quanto definito nella Programmazione Nazionale della Ricerca Sanitaria per il triennio 2022-2024, nel PNRR e dalle Direttive Comunitarie 2018/790/UE e 2019/1024/UE di seguito sono definiti gli obiettivi e relativi indicatori per l'anno 2022.

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILE	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO	Open access riproducibilità delle scoperte, nuova conoscenza	Accessibilità alla comunità scientifica dei dati grezzi degli studi sperimentali e dei lavori scientifici dei ricercatori della Fondazione	Implementazione e del repository Zenodo Richiesta di accessi	2022	Direzione Scientifica	Tutte le Strutture di ricerca della Fondazione
OBIETTIVO STRATEGICO	Open access riproducibilità delle scoperte, nuova conoscenza	Ottimizzazione e regolamentazione dello scambio di materiale biologico	Gestione delle Biobanche di istituto tramite piattaforma web	2022	Direzione Scientifica	Responsabili Biobanche e biorepository
OBIETTIVO STRATEGICO	Migliorare la comunicazione delle attività di ricerca, clinica e sperimentale, e delle risorse umane e non, coinvolte	Miglioramento della fruibilità del sito web	Analisi delle necessità e definizione della struttura base	2022	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica Direzione Strategica

2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

Il modello di misurazione e valutazione della performance

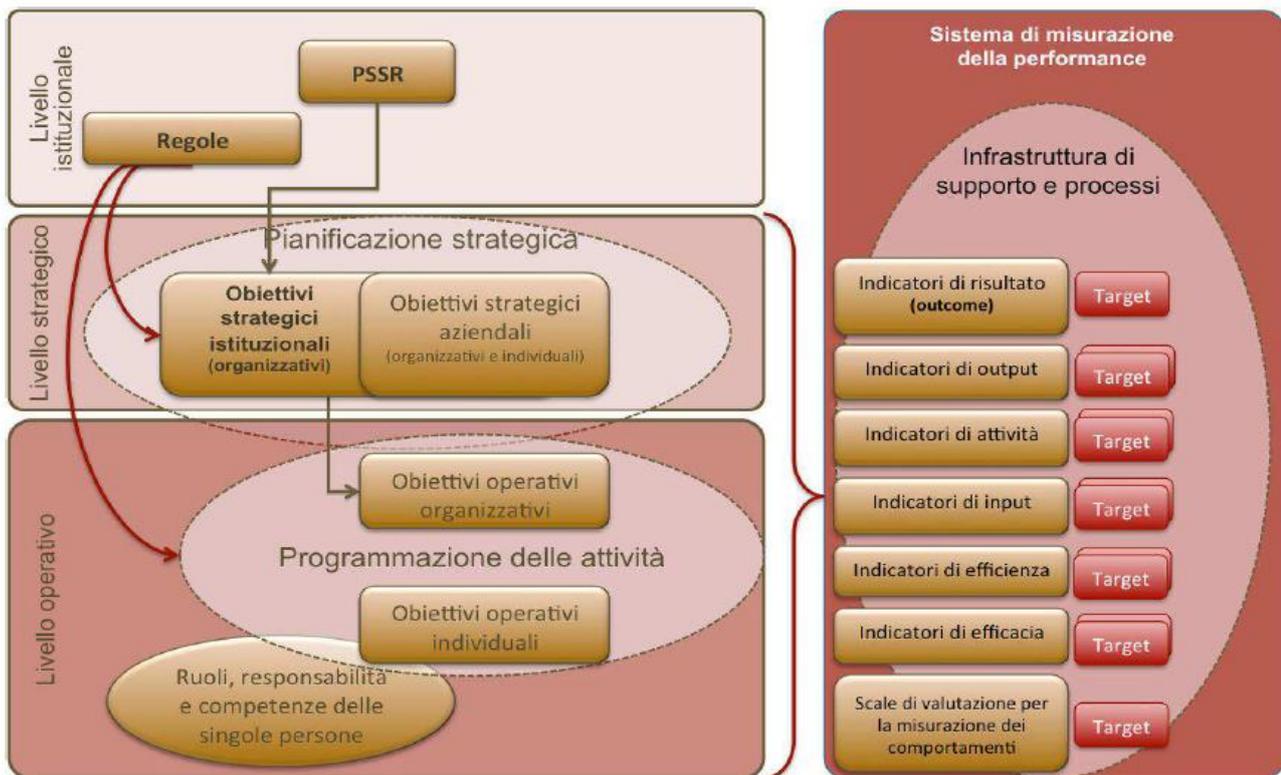
Il modello di misurazione e valutazione della performance utilizzato, ad oggi, dalla Fondazione IRCCS Carlo Besta, si basa sulla mappa logica delineata da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale (cfr. Linee guida OIV Regionale “Il Sistema di Misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde”).

Tale modello si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatorie;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance.

La figura sottostante evidenzia sinteticamente quanto sopra descritto.

I principi ispiratori modello di misurazione e valutazione della performance



[Fonte: Linee guida OIV Regione Lombardia]

Come richiesto dalle Linee guida OIV Regionale, nella progettazione e revisione annuale del sistema di misurazione e valutazione della performance, occorre contemporaneamente i seguenti criteri:

- **LOGICA DI INTEGRAZIONE:** gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa vanno letti in un'ottica integrata con il sistema di valutazione della performance individuale e con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità;

- **COERENZA:** il sistema di misurazione e valutazione delle performance deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali di valenza strategica e nel budget aziendale;
- **ENFASI SULL'ORIENTAMENTO AL LUNGO PERIODO** già intrinseco al concetto stesso di "Piano";
- **"PRIORITIZZAZIONE":** ovvero definizione degli impegni strategici e degli obiettivi secondo la logica della priorità, individuando le aree che l'azienda intende migliorare, sviluppare, consolidare;
- **VALENZA ESTERNA:** il punto di vista assunto è quello del cittadino/utente;
- **DIALETTICA:** coinvolgimento e partecipazione degli attori chiave nello sviluppo del sistema;
- **ISO-RISORSE:** con l'intento di evitare la creazione di una sovrastruttura, ottimizzando le risorse disponibili nonché gli strumenti strategici manageriali già in essere in azienda.

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 contiene modifiche al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 riguardo alla misurazione e valutazione della performance dei lavoratori pubblici, con lo scopo di migliorarne la produttività, nonché di potenziare l'efficienza e la trasparenza in tutta la pubblica amministrazione. Il testo, ispirandosi al principio di semplificazione, introduce alcune novità per quanto riguarda il sistema premiale e di valutazione del rendimento dei dipendenti, chiarisce innanzitutto che ogni amministrazione è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all'Ente nel suo complesso, la unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola ed ai singoli dipendenti, secondo le modalità indicate nel medesimo decreto e gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nella predisposizione del presente Piano, la Fondazione, tenuto conto del quadro normativo, delinea il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance avendo come riferimento:

- le linee guida dell'OIV Regionale
- le "Linee guida per il Piano della performance" Ministeri (n. 1 giugno 2017)
- le "Linee guida per sistema di misurazione e valutazione della performance dei Ministeri" (n. 2 dicembre 2017) redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009
- le linee guida n. 4/2019 "Linee guida sulla valutazione partecipativa"
- le linee guida 5/2019 "Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale" redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance della Fondazione

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito SMVP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento del ciclo della performance.

I soggetti nell'ambito del SMVP

La definizione delle responsabilità, delle funzioni e dei ruoli dei diversi soggetti nell'ambito del SMVP è una delle componenti essenziali per l'efficace funzionamento del sistema stesso e per il suo effettivo utilizzo nei processi decisionali e gestionali della Fondazione.

Il ciclo della performance vede in prima linea i seguenti attori:

- **Consiglio di Amministrazione (CDA)** approva gli indirizzi strategici della Fondazione in sintonia con gli indirizzi generali della programmazione statale e regionale;

- il **DIRETTORE GENERALE**, la **DIREZIONE STRATEGICA** (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ed il **DIRETTORE SCIENTIFICO**, ai quali compete l'esercizio della funzione di definizione degli obiettivi da perseguire e dei piani da attuare;
- **I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DI STRUTTURA COMPLESSA** cui compete il coordinamento dell'attività, della gestione e dei risultati delle unità operative afferenti e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **I RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE**, quale articolazione interna di struttura complessa, e a valenza **DIPARTIMENTALE**, che partecipano al processo di programmazione contribuendo a definire risorse e obiettivi nella fase top down e successivamente in quella bottom up, al processo di monitoraggio e rispondono del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **TUTTO IL PERSONALE** (dirigenti e personale del comparto) destinatario del "sistema di valutazione del personale dipendente";
- **IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE** fornisce, lungo tutto il ciclo della performance un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità del SMVP.

In esecuzione della DGR XI/4942, del 29/06/2021 ad oggetto: "Attuazione dell'art. 18 bis "nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009" il Nucleo svolge le seguenti funzioni:

- a) valuta la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;
- b) verifica la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;
- c) verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;
- d) valuta la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- e) concorre a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza;
- f) esercita le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione.

Ciclo della performance

Nella **prima fase** del ciclo, c.d. "Programmazione", la Fondazione definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e breve periodo. La fase di programmazione è finalizzata ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione anche dell'impatto, quale orizzonte e traguardo dell'azione della Fondazione, sui bisogni dei propri stakeholder.

Il processo si snoda attraverso una serie di fasi:

- LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

Fase di riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali la Fondazione intende perseguirli. Essa si sviluppa e trova fondamento sui valori di riferimento della Fondazione e nell'ambito delle aree di miglioramento individuate;

- IL LIVELLO OPERATIVO

L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti o parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione (piano performance, piano triennale di prevenzione della corruzione, etc.).

Il punto di partenza imprescindibile è la chiara definizione delle finalità e degli obiettivi che l'Organizzazione intende perseguire e sui quali si baserà poi la misurazione, e la rendicontazione della performance.

Gli obiettivi si articolano in:

- obiettivi strategici. Si intendono gli impegni assunti dalla Fondazione nel medio-lungo periodo (orizzonte temporale pluriennale);
- obiettivi operativi. Si intende la declinazione degli obiettivi nell'orizzonte temporale di un anno.

Gli obiettivi operativi, a loro volta, si compongono in:

- a) obiettivi aziendali, ovvero quelli che discendono dalle regole di sistema e dalla deliberazione di Giunta Regionale di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali;
- b) obiettivi di struttura, ovvero quelli declinati per Centro di Responsabilità al fine dare attuazione agli strumenti di programmazione operativa e/o a quelli finalizzati a presidiare, migliorare o consolidare servizi/attività;
- c) obiettivi individuali, ovvero il contributo richiesto al singolo componente dell'organizzazione per l'attuazione di uno specifico processo/progetto (quando previsto).

La definizione degli obiettivi operativi è svolta al termine della fase di programmazione. Si inquadra nell'ambito del processo di budget e si connota per il taglio tecnico.

L'output di tale operazione è costituito dalle schede di budget, che ne rappresentano la sintesi attuativa.

Nel quadro del processo di attuazione e successiva gestione del ciclo della performance si inseriscono le attività di riprogrammazione degli obiettivi e degli indicatori che si dovessero rendere necessarie al fine di recepire nuovi o diversi indirizzi regionali o cambiamenti intervenuti nel corso dell'esercizio.

La **seconda fase** del ciclo c.d. "misurazione", è finalizzato a quantificare: i risultati raggiunti dalla Fondazione nel suo complesso (performance di ente), i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance di Dipartimento e di U.O.C); i contributi individuali (performance individuali).

La misurazione è realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisori.

Ordinariamente il Sistema prevede misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio sono documentate mediante un mirato sistema di reportistica.

Nell' **ultima fase**, così detta "VALUTAZIONE", sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati, si effettua la valutazione, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul livello di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo.

In base al Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche la fase di valutazione ha come output la **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE** che, evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano. Nella Relazione, la

Fondazione inoltre evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

Le unità di analisi della misurazione

La misurazione e valutazione della *performance* si riferisce ad unità di analisi differenti, ma tra loro correlate:

- ✓ la PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
- ✓ la PERFORMANCE INDIVIDUALE

Tutti gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale devono essere letti in un'ottica integrata con il "SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE", che coinvolge tutti i componenti dell'organizzazione (personale della dirigenza e del comparto), anche ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

In conformità al Sistema di Valutazione del Personale Dipendente, approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. V/75, del 26/07/2021 ad oggetto "Approvazione regolamento per la valutazione del personale dipendente della Fondazione IRCCS Carlo Besta", il peso attribuito ai due ambiti varia in relazione al ruolo ed alle responsabilità assegnate all'individuo, ossia con la sua posizione all'interno della struttura organizzativa.

I principi e le caratteristiche generali del modello adottato sono contenute nel Regolamento di cui alla deliberazione n. V/75, del 26/07/2021 sopra richiamata, cui si rimanda.

Il predetto documento è pubblicato sul sito internet istituzionale (Sezione Amministrazione Trasparente/Performance).

✓ PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La performance organizzativa è la componente del Sistema collegata alla performance della Fondazione nel suo complesso e/o delle aree di responsabilità in cui si articola. Tale performance viene valutata sulla base dei risultati raggiunti in relazione ad obiettivi quali/quantitativi derivanti dalla programmazione delle attività. In particolare si fa riferimento al Piano Performance, adottato annualmente dal Direttore Generale, ed ai successivi provvedimenti deliberativi di assegnazione degli obiettivi alle Unità organizzative sulla base delle regole di sistema emanate dalla Giunta Regionale e delle linee di indirizzo per le Fondazioni IRCCS esplicitate nella DGR n. 5382, del 29/12/2021 di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali di ATS/ASST.

Più specificatamente la Performance Organizzativa ha per oggetto la valutazione di:

- **Performance di Ente** ovvero la valutazione annuale della Fondazione IRCCS Carlo Besta effettuata dal Consiglio di Amministrazione.
- **Performance di Dipartimento**, ovvero la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento, in coerenza con il processo di budget;
- **Performance di UOC** ovvero la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza del valutato, in coerenza con il processo di budget.
- **Obiettivi di Incarico**, obiettivi che possono essere facoltativamente assegnati ai Dirigenti che ricoprono i seguenti incarichi:
 - Direttori di UOC
 - Responsabili di UOSD/UOS
 - Dirigenti con incarichi di natura professionale
 - Titolari di incarichi di funzione

Il processo di declinazione degli obiettivi, dai livelli organizzativi più elevati della Fondazione fino alle singole unità organizzative ed agli individui che vi operano, avviene con un meccanismo "a cascata".

È attraverso tale meccanismo che si crea una stretta correlazione tra la performance organizzativa della Fondazione nel suo complesso e l'attività della struttura e del singolo. In tal modo si lega il risultato atteso e realizzato dall'organizzazione con il contributo offerto da ciascun lavoratore e la relativa incidenza sul livello di realizzazione degli obiettivi.

✓ PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ha come oggetto la valutazione dei comportamenti organizzativi del singolo, ovvero le attese della Fondazione IRCCS Carlo Besta legate al ruolo ricoperto. Rappresenta una combinazione di tre elementi: conoscenze, capacità/abilità, attitudini/atteggiamenti (comportamenti organizzativi). Per il solo personale Dirigente rientra in questo ambito di valutazione la dimensione professionale concernente il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali in termini di performance tecnico-specialistiche e didattico-scientifiche (sviluppo competenze tecnico/scientifiche).

Gli indicatori e le dimensioni di analisi della performance

Gli indicatori rappresentano l'elemento cardine del sistema di misurazione. L'incompletezza e la scarsa precisione hanno implicazione sia sulla fase di pianificazione sia su quella di misurazione e valutazione. Il set di indicatori associato agli obiettivi deve essere caratterizzato da:

- precisione o significatività, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- completezza, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati della Fondazione.

Ciascun indicatore, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

- tempestività, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- misurabilità, capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili.

Partendo dalle unità di analisi che si decide di misurare, occorre, quindi, definire:

- quali e quanti indicatori associare a ciascun obiettivo;
- attribuire per ciascun indicatore un target, ovvero il valore programmato o atteso;
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, ovvero il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

La partecipazione dei cittadini e degli utenti

Le modifiche normative introdotte dal Decreto Legislativo n. 74/2017 e le "linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche" n. 4, del 2019 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della performance, hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle Amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

La previsione normativa in parola attribuisce all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in Regione Lombardia – qui da intendersi Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni (NVP) – il compito di presidiare l'applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e degli utenti, verificando l'effettiva realizzazione delle indagini, l'adeguatezza del processo di interazione con l'esterno messo in atto nonché la pubblicazione dei dati.

La Fondazione, d'intesa con il NVP, intende continuare la sperimentazione al fine di verificare l'efficacia della forma di comunicazione diretta utenti (esterni ed interni) / NVP per esprimere il proprio livello di soddisfazione sui servizi erogati.

Restano salve le diverse altre forme di comunicazione diretta, collaborazione e partecipazione previste dalla legge e precisamente:

- l'interlocuzione con l'Ufficio Relazione con il Pubblico, quale punto di accesso unico alla Fondazione, dove il cittadino non solo può trovare informazioni riguardo alla modalità di fruizione dei servizi erogati, ma anche presentare osservazioni, reclami, elogi e proposte,
- la conoscibilità dei dati, delle informazioni e dei documenti della pubblica amministrazione (accesso agli atti ex Legge 241/1990; accesso civico semplice e accesso civico generalizzato ex art. 5, commi 1 e 2, Decreto Legislativo n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni),
- la segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione di illeciti o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico ex Legge n. 179/2018 (c.d. whistleblowing).

COME PARTECIPARE	COSA COMUNICARE
con comunicazione a mezzo posta elettronica, all'indirizzo nvp@istituto-besta.it	circostanze di tempo e di luogo dei fatti oggetto di comunicazione
mediante servizio postale, con busta chiusa indirizzata a: Fondazione IRCCS Carlo Besta - VIA Celoria, n. 11 - 20133 Milano, con la dicitura RISERVATA NVP	unità operativa laddove conosciuta
mediante posta interna, con busta chiusa da consegnare al Protocollo generale, con la dicitura RISERVATA NVP	sintetica valutazione del servizio fruito
L'identificazione del soggetto che effettua la comunicazione, sia esso una persona fisica, associazione, comitato o altra persona giuridica, è essenziale ai fini di una corretta gestione del processo. Le comunicazioni anonime non saranno prese in considerazione.	

Utilizzo dei dati

Il Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni (NVP) analizza le comunicazioni ricevute al fine di individuare le unità organizzative interessate, evidenziare le segnalazioni rilevanti, registrare quelle ricorrenti, identificare punti di forza e di debolezza della performance organizzativa. Gli esiti del monitoraggio sono comunicati al Direttore Generale, al Direttore Scientifico, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo secondo competenza nonché ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complessa per le conseguenti valutazioni ed adozione di eventuali azioni di miglioramento.

Alla luce della mission della Fondazione e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse disponibili, si dà evidenza delle linee di indirizzo strategico per il triennio di riferimento del presente Piano. La programmazione si sviluppa, di norma, sulla base degli indirizzi definiti da Regione Lombardia affiancati dall'aggiornamento legato all'anno in corso in merito sia alla gestione della pandemia che della campagna vaccinale anti - Covid.

I punti cardine su cui la Fondazione concentrerà le attività possono essere così rappresentati:

DISEGNO STRATEGICO

- Stesura del nuovo POAS sulla base delle linee guida in corso di emanazione da parte di Regione Lombardia.
- Attuazione delle indicazioni regionali per la gestione dell'emergenza da SARS-COV-2 e partecipazione alla Campagna vaccinale anti-Covid 19.
- Potenziamento dell'attività neurochirurgica in aree specifiche: chirurgia della colonna e chirurgia dell'epilessia.
- Revisione del percorso di prericovero.
- Mantenimento dell'erogazione di prestazioni in struttura covid free in linea con i bisogni di salute espressi dalla popolazione, consolidando i percorsi "a distanza" come utile supporto alla continuità delle cure.
- Partecipazione alle Reti di Patologia al fine sviluppare tematiche di rilievo clinico-scientifico identificando il ruolo ed il valore aggiunto dell'IRCCS nel panorama dell'offerta sanitaria regionale e nazionale.
- Digitalizzazione dei processi amministrativi e avvio dell'ERP contabile.
- Definizione ed implementazione del modello organizzativo aziendale.
- Adesione a tutte le iniziative ed adempimento degli obblighi finalizzati alla realizzazione del Progetto Città della Salute e della Ricerca in collaborazione con la Fondazione Istituto Nazionale Tumori e Aria Spa.
- Identificazione di nuovi spazi ambulatoriali per le attività dell'Istituto.
- Revisione della comunicazione istituzionale come cardine per lo sviluppo dell'immagine dell'Istituto e della corretta valorizzazione dell'attività clinica, assistenziale e di ricerca.
- Aggiornamento informativo del sito web aziendale per una migliore identificazione dell'offerta sanitaria e delle specificità dell'Istituto.

Le linee di indirizzo definite nel disegno strategico vengono declinate attraverso gli obiettivi strategici riportati in tabella.

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILE	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO	Piano di Riorganizzazione e Aziendale	Stesura del nuovo POAS sulla base delle linee guida in corso di emanazione da parte di Regione Lombardia.	Realizzazione del Piano	2022-2024	Direzione Strategica	Dipartimenti gestionali sanitari e amministrativo
OBIETTIVO STRATEGICO	Gestione delle attività legate all'emergenza da SARS-COV-2	Attuazione delle indicazioni regionali per la gestione dell'emergenza da SARS-COV-2 e partecipazione alla Campagna vaccinale anti-Covid	Realizzazione delle attività legate all'emergenza da SARS-COV-2	2022	Direzione Medica di Presidio	UOC secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Riorganizzazione e, sviluppo e potenziamento aree strategiche di attività	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento dell'attività neurochirurgica • Revisione del percorso di prericovero • Consolidamento dei 	Sviluppo e realizzazione progettualità	2022-2024	Direzione Medica di Presidio Direttori di Direzione Scientifica	Dipartimento e UOC sanitarie Sistemi Informativi Aziendali



TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILE	RISORSE COINVOLTE
		percorsi "a distanza" • Partecipazione alle Reti di Patologia al fine sviluppare tematiche di rilievo clinico-scientifico identificando il ruolo ed il valore aggiunto dell'IRCCS				
OBIETTIVO STRATEGICO	Digitalizzazione dei processi amministrativi e avvio ERP contabile	Integrazione informatica processi amministrativi e implementazione ERP contabile	Realizzazione progettualità	2022-2024	Dipartimento Amministrativo e Sistemi Informativi Aziendali/Servizi	UOC e Servizi secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Modello organizzativo aziendale	Mappatura ed elaborazione di procedure	Definizione ed implementazione del modello organizzativo aziendale	2022-2024	Dipartimenti gestionali sanitari e amministrativo Direzione Strategica	UOC e Servizi secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Realizzazione Città della Salute e della Ricerca (CdSR)	Adesione a tutte le iniziative ed adempimento degli obblighi finalizzati alla realizzazione del Progetto Città della Salute e della Ricerca	Realizzazione attività in coordinamento con INT e Aria SpA	2022-2024	UOC Tecnico Patrimoniale	UOC/Servizi secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Razionalizzazione e delle sedi per l'ottimizzazione delle risorse	Identificazione di nuovi spazi ambulatoriali per le attività dell'Istituto.	Realizzazione delle attività previste	2022-2024	UOC Tecnico Patrimoniale	UOC/servizi secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Sviluppo della comunicazione istituzionale	Revisione della comunicazione istituzionale come cardine per lo sviluppo dell'immagine dell'Istituto e della corretta valorizzazione dell'attività clinica, assistenziale e di ricerca	Realizzazione attività di revisione della comunicazione	2022-2024	Ufficio Comunicazione, Ufficio relazioni col pubblico, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica	UOC/servizi secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Sito web aziendale	Aggiornamento informativo del sito web aziendale per una migliore identificazione dell'offerta sanitaria e delle specificità dell'Istituto	Aggiornamento sito istituzionale	2022-2024	Ufficio Comunicazione, Ufficio relazioni col pubblico, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica	UOC/servizi secondo la competenza

2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

La Fondazione, come da indicazioni contenute nel PNA 2019, individua i seguenti **obiettivi strategici** nella prevenzione del rischio corruttivo da applicare anche per il triennio 2022-2024, da realizzare mediante specifiche misure:

- promozione di iniziative formative (formazione generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità per la sensibilizzazione del personale;
- innalzamento del livello qualitativo e monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;
- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare attraverso la pubblicazione di dati "ulteriori" rispetto a quelli obbligatori.

Le misure di prevenzione della corruzione devono essere sempre tradotte in obiettivi, organizzativi ed individuali, assegnati agli uffici e ai loro dirigenti al fine di consentire alle politiche sulla performance di contribuire alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione.

Per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di anticorruzione si declinano di seguito gli obiettivi per il 2022:

- formazione *in house* o esterna dei dirigenti delle Unità Operative complesse e semplici, dei dipendenti delle aree di rischio obbligatorio e delle aree di rischio specifiche; formazione del R.P.C.T. con docenza esterna;
- acquisizione semestrale dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari del numero di procedimenti disciplinari istruiti avverso dipendenti per violazioni inerenti il Codice di Comportamento Aziendale;
- acquisizione semestrale dall'UOC Risorse Umane dei nominativi dei componenti delle commissioni concorsuali per l'accesso e la selezione a pubblici impieghi e per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
- acquisizione semestrale dalle UU.OO.CC. Provveditorato Economato e Tecnico Patrimoniale dei nominativi dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di beni, servizi e lavori;
- monitoraggio sull'attuazione del Protocollo per la "Regolamentazione del sistema di allerta relativo agli acquisti in economia" e del Protocollo per la "Regolamentazione del sistema di allerta per le acquisizioni di beni/servizi e l'esecuzione di lavori in modalità di affidamento diretto";
- aggiornamento dell'Albo/Elenco dei legali difensori dell'Ente.

Analisi del contesto esterno

La Lombardia con oltre 10 milioni di abitanti si posiziona prima in Italia per popolazione, prima per densità e quarta per superficie. Nell'ultimo ventennio la popolazione lombarda è cresciuta notevolmente, una crescita dovuta principalmente alla componente straniera.

Dall'analisi dei dati del censimento del 2019, l'ISTAT ha rilevato che la popolazione lombarda presenta una struttura per età simile a quella italiana, L'età media è pari a 45 anni contro i 45,2 dell'Italia: il 46,8% dei lombardi ha meno di 45 anni (il 46,5% a livello nazionale), il 22,9% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Tuttavia, il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia anche in Lombardia un progressivo invecchiamento della popolazione. Tre classi di età sotto i 50 anni registrano variazioni negative sebbene più contenute delle variazioni medie nazionali (da 0 a 9 anni, da 30 a 39 anni e da 40 a 49 anni). I bambini con meno di 10 anni diminuiscono di 83 mila unità; mentre aumenta il numero di

giovani da 10 a 19 anni e da 20 a 29 anni, rispettivamente di 87 mila unità e 33 mila unità. Crescono, più che nel resto d'Italia, consistenza e peso delle classi più anziane. Sono 2,3 milioni i residenti con più di 64 anni; i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 257 mila a 358 mila. Alla Lombardia spetta il primato dei residenti centenari e ultracentenari, che sono 2.318 (16% rispetto al totale nazionale).

La Lombardia è caratterizzata da bassa mortalità infantile, allungamento dell'aspettativa di vita, netto e costante decremento dei tassi di mortalità, in linea sostanzialmente con il trend delle principali regioni occidentali.

In Lombardia si registrano oltre tre milioni di pazienti cronici. Tra le malattie croniche che colpiscono la popolazione lombarda le più diffuse sono l'artrosi, l'ipertensione, l'osteoporosi, le allergie, seguite poi ad una certa distanza da disturbi nervosi, bronchite o asma, diabete, malattie del cuore e ulcera.

All'interno del gruppo dei pazienti cronici aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.). Anche gli utenti delle unità d'offerta sociosanitarie diventano sempre più fragili e complessi. In particolare, circa il sette per cento sono malati da Sindrome di Alzheimer, l'1 per cento sono pazienti in stato vegetativo o con malattie del motoneurone (SLA, ecc.). Il restante 22 per cento sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica RSA (anziani non auto sufficienti).

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità determinano un aumento vertiginoso della spesa sanitaria totale a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il SSR lombardo si caratterizza nel panorama nazionale per essere stato il primo ad aver attuato un modello innovativo e autonomo di competenze regionali, riconosciute con le riforme per l'aziendalizzazione del SSN (L. 502/92 e 517/93).

Le Fondazioni IRCCS, a seguito della riforma attuata con la L.R. 23/2015, hanno mantenuto il loro assetto organizzativo volto a perseguire in modo complementare ed integrato finalità di eccellenza nell'assistenza e nella ricerca clinica e preclinica.

Il ruolo principale degli IRCCS è il miglioramento dell'assistenza, della cura e dei servizi con l'obiettivo di incrementare la salute del cittadino in termini di aspettativa e qualità di vita mediante la ricerca traslazionale applicata.

Con riferimento alla distribuzione della popolazione nelle diverse fasce d'età, oltre all'aumento degli over 65enni, si nota una diminuzione degli under 40enni.



Popolazione Lombarda per fasce d'età 2012-2017

La quota dei giovani sul totale della popolazione è molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente, anche considerando il peso delle età più avanzate.

È facile prevedere che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana, dovuto sia all'aumento della aspettativa di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali.

Il territorio lombardo si caratterizza per l'insistere di grandi realtà industriali o manifatturiere ed artigianali, nonché per la presenza di interessi legati all'edilizia (privata e pubblica) e alle grandi opere.

Per quanto riguarda gli aspetti di ordine criminologico, dalla "*Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA)*" (secondo semestre 2020), è possibile osservare, in linea di massima, che la Lombardia, regione italiana più popolosa, attrae consistenti flussi migratori e, per la sua estensione territoriale, la particolare collocazione geografica e la presenza di importanti scali aerei e nodi viari e ferroviari, è snodo nevralgico di traffici illeciti nazionali ed internazionali. Proprio per questo motivo le diverse compagnie criminose adattano le proprie strategie al fine di infiltrarsi nell'economia per sfruttare le opportunità offerte dal tessuto socio economico locale.

Inoltre, dalla citata relazione emerge che:

- l'area lombarda è interessata da molteplici manifestazioni di criminalità ben diversificate tra loro, con caratteristiche e modus operandi che variano in funzione delle province in cui si manifestano e dei settori illeciti d'intervento;
- vi è una certa permeabilità del tessuto economico ed imprenditoriale lombardo ad infiltrazioni criminali, con casi di corruzione, nell'ambito delle proprie attribuzioni, da parte di Amministratori pubblici e dirigenti di strutture pubbliche, anche afferenti settori sensibili per la comunità;
- l'azione di contrasto alle organizzazioni criminali si sta spingendo nell'esplorazione di illeciti che spesso emergono con fattispecie di natura fiscale o amministrativa, che potrebbero costituire il terreno su cui realizzare l'intreccio d'interessi tra criminali, politici, amministratori ed imprenditori;
- in tale contesto, nel suo percorso evolutivo, la criminalità organizzata - capace non solo di integrarsi con l'economia legale ma anche di anticiparne le opportunità - ha perfettamente compreso quanto siano labili i confini tra attività illecite e lecite, inquinando il sistema economico, attraverso metodiche corruttive finalizzate ad infiltrare la Pubblica Amministrazione - ed il relativo "mondo" dei pubblici appalti - anche grazie alla disponibilità di professionisti compiacenti;
- una compiuta analisi delle infiltrazioni mafiose sul territorio regionale non può prescindere dalle operazioni di polizia giudiziaria portate a compimento nel secondo semestre 2020. Il quadro di analisi che ne scaturisce evidenzia un'elevata infiltrazione mafiosa nel tessuto imprenditoriale, nel settore degli appalti pubblici e nel rilascio delle autorizzazioni, licenze e concessioni pubbliche;
- l'analisi delle operazioni di polizia giudiziaria eseguite nel secondo semestre 2020 e il monitoraggio operato dai Gruppi Interforze presso le Prefetture lombarde hanno restituito ulteriori elementi rivelatori del radicamento del fenomeno mafioso nel territorio regionale. Esso infatti trova conferma anche nei numerosi provvedimenti interdittivi assunti dai citati uffici territoriali di Governo, la maggior parte dei quali relativi a contesti di 'ndrangheta e in misura minore di criminalità organizzata siciliana e campana.



- occorre altresì considerare l'emergenza sanitaria connessa alla rapida diffusione del COVID-19, sviluppatasi nel 2020, un'emergenza globale e senza precedenti che impone indagini ed approfondimenti, perché, se non adeguatamente gestita nella fase di ripresa post lockdown, può rappresentare un'ulteriore opportunità di espansione dell'economia criminale. Le mafie, infatti, nella loro versione affaristico-imprenditoriale immettono assai rilevanti risorse finanziarie, frutto di molteplici attività illecite, nei circuiti legali, infiltrandoli in maniera sensibile. Questo rischio riguarda anche l'emergenza COVID-19, non solo a causa del periodo di lockdown che ha interessato la gran parte delle attività produttive, ma anche perché lo shock del coronavirus è andato ad impattare su un sistema economico nazionale già in difficoltà.
- È da rilevare infine che, anche i settori della pubblica amministrazione e della sanità, sia pubblica che privata, sono stati interessati da inchieste e procedimenti di carattere penale.

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno è basata sullo studio dei processi organizzativi e degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa ed è utile al fine di evidenziare il sistema delle responsabilità ed il livello di complessità della Fondazione, cui si rimanda al precedente **punto 2.1.**

Attività di gestione dei rischi corruttivi

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività preordinate a tenere sotto controllo i rischi corruttivi nell'Amministrazione.

La fase di gestione del rischio è la fase tesa ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il processo è finalizzato a intervenire sui potenziali rischi mediante l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi posti in essere dalla Fondazione.

ANAC ha fornito nuove indicazioni metodologiche per la realizzazione del **sistema di gestione del rischio corruttivo**, confluite nell'Allegato I del PNA 2019 rubricato "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", che sostituisce le indicazioni precedentemente contenute nel PNA 2013 e nell'Aggiornamento PNA 2015.

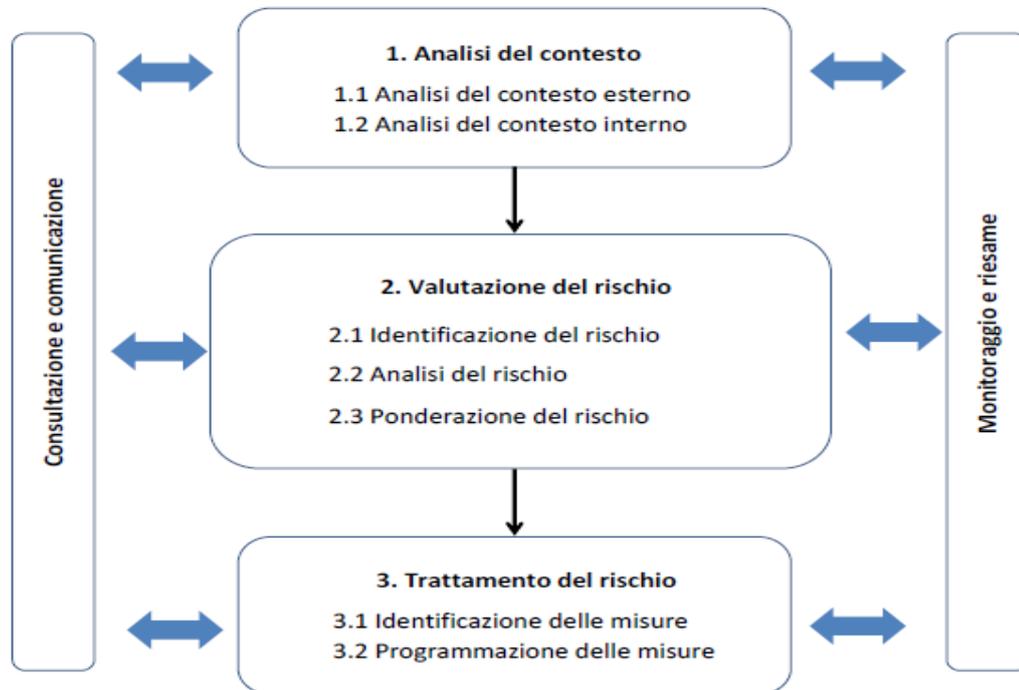
Il citato Allegato I PNA 2019 è pertanto attualmente l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei P.T.P.C.T. per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo di gestione dei rischi corruttivi ha carattere ciclico e si articola nelle seguenti fasi:

1. **Analisi del contesto,**
2. **Valutazione del rischio,**
3. **Trattamento del rischio,**

a cui si affiancano le due ulteriori **fasi trasversali:**

- **Consultazione e comunicazione,**
- **Monitoraggio e riesame.**



1. La **fase di analisi del contesto** consente all'Amministrazione di definire una strategia preventiva ben contestualizzata, che considera i rischi corruttivi dello specifico ambito territoriale e settoriale (contesto esterno) ed organizzativo (contesto interno) in cui si svolge l'attività istituzionale.

Nell'analisi del contesto interno assume un'importanza centrale **la mappatura dei processi** organizzativi, ossia di tutte le attività correlate e interagenti che trasformano un input in un output destinato a soggetti interni o esterni.

Ai fini della mappatura dei processi devono essere seguiti i seguenti passaggi procedurali:

- identificazione dei processi, con riferimento all'intera attività svolta;
- identificazione delle aree di rischio, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Si distinguono le **aree di rischio generali**, comuni a tutte le Amministrazioni (esempio contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale etc.) e **specifiche** proprie di una singola Amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari svolte:

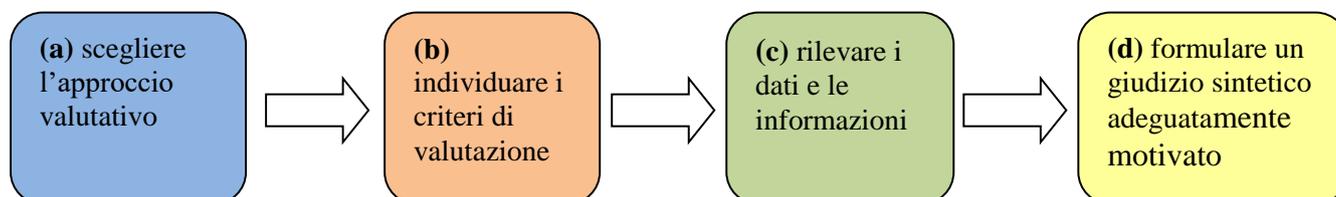
- descrizione dei processi;
- rappresentazione dei processi, con riferimento alle singole attività svolte e all'Ufficio coinvolto.

2. La **fase di valutazione del rischio** è una macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le relative misure preventive.

Si articola nei seguenti passaggi:

- identificazione degli eventi rischiosi che potrebbero anche solo potenzialmente verificarsi nelle singole attività del processo. Tale fase conduce alla creazione/implementazione della mappatura/registro dei rischi (vedi allegato I al presente Piano);
- analisi del rischio con riferimento ai cosiddetti "fattori abilitanti della corruzione" e al livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Ai fini dell'analisi del livello di esposizione

al rischio è necessario: **(a)** scegliere l'approccio valutativo, **(b)** individuare i criteri di valutazione, **(c)** rilevare i dati e le informazioni, **(d)** formulare un giudizio sintetico adeguatamente motivato.



Nella valutazione del livello di esposizione al rischio e ai fini della formulazione di un giudizio sintetico è opportuno privilegiare un'**analisi di tipo qualitativo**, che tiene conto di specifici indicatori di rischio, come indicato nell'Allegato I del PNA 2019.

All'esito, si ottiene una misurazione sintetica del livello di rischio associabile a ciascun processo o alle singole attività o eventi rischiosi.

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico

- Ponderazione del rischio, ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento.

3. La fase di trattamento del rischio si incentra nell'individuazione e progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione:

- identificazione delle misure, distinte tra **misure generali**, che hanno un'incidenza trasversale sul sistema preventivo dell'Amministrazione e **misure specifiche**, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati.

Principali tipologie di misure generali e specifiche (vedi allegato I del PNA 2019):

- ✓ Controllo
- ✓ Trasparenza
- ✓ Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- ✓ Regolamentazione
- ✓ Semplificazione
- ✓ Formazione
- ✓ Sensibilizzazione
- ✓ Rotazione
- ✓ Segnalazione e protezione
- ✓ Disciplina del conflitto di interessi

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai seguenti requisiti: (a) presenza e adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato, (b) capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti, (c) sostenibilità economica e organizzativa delle misure, (d) adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, (e) gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.



- Programmazione delle misure – individua fasi, tempi e responsabilità dell’attuazione nonché indicatori di monitoraggio, al fine di concretizzare la strategia preventiva dell’Amministrazione.

FASI TRASVERSALI

- Al fine di verificare il funzionamento del sistema di gestione dei rischi corruttivi, segue una **fase di monitoraggio** dell’attuazione e adeguatezza delle misure preventive, a cura dell’R.P.C.T. con il coinvolgimento dei responsabili degli Uffici e dei referenti individuati. Le risultanze del monitoraggio consentono un riesame della funzionalità complessiva del sistema.
- La **fase di consultazione e comunicazione** riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio con il coinvolgimento di soggetti interni ed esterni all’Amministrazione per acquisire informazioni e proposte di miglioramento tese a rendere maggiormente efficace la strategia preventiva.

Mappatura dei processi sensibili e a rischio corruzione

La mappatura dei rischi corruttivi, sviluppata per tutti i processi sia amministrativi, sia dell’area sanitaria che della ricerca scientifica, secondo le indicazioni metodologiche delineate dall’ANAC nell’Allegato I del PNA 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019).

Sono state individuate le seguenti aree di rischio come indicato nella Parte speciale Titolo II Sanità Aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016:

AREE DI RISCHIO GENERALI:

- Acquisizione e Gestione del Personale
- Incarichi e Nomine
- Contratti Pubblici
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE:

- Attività libero professionale e liste d’attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Nell’ambito di tali aree di rischio, sono stati identificati i processi, le attività e i rispettivi rischi correlati.

La mappatura dei rischi secondo la nuova metodologia di cui all’Allegato I del PNA 2019 è stata effettuata per tutti i processi afferenti le aree amministrativa, sanitaria e di ricerca.

Nella fase di analisi e ponderazione del livello di rischio, si è seguito un approccio di tipo qualitativo: sulla base di un numero di indicatori abbinati a ciascun evento rischioso, si è definito il livello di rischio che è stato espresso con un giudizio sintetico di tipo qualitativo.

Per tutte le attività mappate sono stati individuati i seguenti indicatori di rischio:

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico
	rilevante interesse esterno anche di tipo economico	alto livello di discrezionalità	opacità/accentramento in uno o pochi soggetti	eventi corruttivi verificatisi in passato nella Fondazione o in realtà simili	

Sono stati inoltre identificati i seguenti livelli di rischio:

- ✓ Rischio elevato
- ✓ Rischio significativo
- ✓ Rischio medio
- ✓ Rischio discreto
- ✓ Rischio basso

La ponderazione dei rischi è stata condotta dal R.P.C.T. d'intesa con i Direttori delle aree coinvolte nell'ambito di specifici incontri.

Si è scelto di disporre di una scala di ponderazione del rischio maggiormente graduata, così da mettere meglio a fuoco l'adeguatezza ed efficacia delle misure già previste e di quelle da introdurre per prevenire il rischio residuo.

Inoltre, il giudizio sul livello di rischio identificato è accompagnato da una motivazione che rende intelligibili le valutazioni svolte in fase di ponderazione del rischio.

La Mappatura dei processi a rischio corruzione (**Allegato I**) riporta per ciascuna attività rilevata, il rischio identificato, il livello di rischio, le misure da adottare nel triennio 2022-2024, l'ufficio responsabile dell'attuazione delle misure, gli indicatori e le tempistiche di monitoraggio.

L'R.P.C.T. conserva agli atti le schede di lavoro compilate per l'analisi e l'attribuzione del livello di rischio per ciascun processo mappato.

Per ogni evento rischioso è stata individuata una misura preventiva da adottare, con l'identificazione dell'Ufficio responsabile dell'attuazione e degli indicatori di monitoraggio.

Attività di monitoraggio e adempimenti

La Fondazione "Carlo Besta" ritiene il "controllo" uno strumento di primaria importanza per la prevenzione e l'individuazione di comportamenti potenzialmente idonei a determinare condotte a rischio di corruzione.

L'articolo 1, comma 10, lettera A) della legge n. 190/2012 e s.m.i. prevede che il R.P.C.T. provveda alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione.

L'ANAC con il PNA 2019 ha rimarcato l'esigenza che il R.P.C.T. sia dotato di una struttura organizzativa di supporto nella gestione del rischio corruttivo nonché nella fase di monitoraggio sull'attuazione del Piano.

Al riguardo si evidenzia che con Delibera del Direttore Generale sono stati individuati i referenti delle varie aree che collaborano con il R.P.C.T. (Direzione Sanitaria, Direzione Scientifica, U.O.C. Risorse Umane, U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, U.O.C. Provveditorato Economato, U.O.C. Tecnico Patrimoniale, U.O.C. Affari Generali e Legali, SS Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica).



È stato inoltre individuato un “Gruppo di Lavoro per la Trasparenza”, che collabora con il R.P.C.T. per un più completo monitoraggio della corretta pubblicazione dei flussi di dati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale.

Il R.P.C.T., per lo svolgimento delle attività previste dal presente Piano, si avvale della collaborazione della Direzione Strategica, della Direzione Scientifica e dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate, in particolare UOC Risorse Umane, Provveditorato Economato, Affari Generali e Legali, Tecnico Patrimoniale, Economico Finanziario e Controllo di Gestione, Servizio Informatico.

La responsabilità dell’adozione delle misure di prevenzione previste nel presente Piano, così come di quelle mappate nell’**Allegato I “Mappatura dei processi a rischio”**, è in capo al Direttore/Dirigente Responsabile della singola U.O.C. a cui compete la responsabilità del relativo processo.

A ciascun Direttore/Dirigente è altresì fatto obbligo di assicurare la tempestiva divulgazione al personale della propria U.O.C. di informazioni su norme, circolari, direttive ed altri atti adottati dalla Fondazione o emanati dall’ANAC, che abbiano rilevanza per gli ambiti di propria competenza o che siano attinenti alle tematiche generali della gestione del procedimento amministrativo, della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il R.P.C.T. verifica congiuntamente ai vari dirigenti l’effettiva attuazione delle misure contenute nel presente piano, a tal fine vengono programmati incontri periodici anche allo scopo di predisporre e condividere i contenuti dei futuri P.T.P.C.T.

I Direttori/Dirigenti responsabili, avvalendosi dei referenti, devono inviare al R.P.C.T. un report sull’attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nel citato *allegato I*.

Qualora il R.P.C.T. riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, ai sensi dell’art. 1, comma 7 della L. n. 190/2012, ha l’obbligo di segnalare all’organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Inoltre, qualora abbia notizia di fenomeni corruttivi, ha l’obbligo di segnalazione agli organi interni ed esterni competenti per il sistema di controlli della Fondazione, fermo restando che non spetta al R.P.C.T. effettuare controlli su atti o accertare responsabilità. In particolare:

- se un fatto presenta rilevanza disciplinare, deve indicare agli uffici competenti all’esercizio dell’azione disciplinare (Dirigente responsabile o UPD) i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure preventive;
- se un fatto può dar luogo a responsabilità erariale, è tenuto a denunciarlo alla Corte dei Conti;
- se un fatto integra una notizia di reato, è tenuto a denunciarlo alla Procura della Repubblica e a informarne l’ANAC.

AZIONI E MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2022-2024

Attività	Misure / Indicatore	UOC coinvolte
Modalità di affidamento della Direzione delle Strutture ai Dirigenti, ai sensi del DPR 484/97, del D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. e della DGR Regione Lombardia n. X/553, del 02/08/2013, nonché secondo le norme previste dai vigenti CCCCNNL.	Report annuale di monitoraggio al RPCT che preveda: per gli incarichi di Direzione di UOC le seguenti verifiche: - esplicitazione all’interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell’atto aziendale e agli indirizzi di programmazione regionale;	UOC Risorse Umane



	<ul style="list-style-type: none"> - predeterminazione dei criteri di scelta; - esplicitazione negli atti relativi al procedimento di nomina della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali; - pubblicazione degli atti del procedimento. per gli incarichi di responsabile di SS e SSD le seguenti verifiche: - verifica all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale; - pubblicazione delle unità operative per le quali va conferito l'incarico; - avvio di una procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti; - costituzione della commissione selezionatrice; - predeterminazione dei criteri di selezione; - misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza della rosa degli idonei; - esplicitazione della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione; - pubblicazione degli atti del procedimento. 	
<p>Codice di comportamento: le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti, esteso a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi ed incarichi negli uffici di diretta collaborazione degli organi della Fondazione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore della Fondazione e per tal via indirizzano l'azione amministrativa. il rispetto delle prescrizioni contenute nel codice di comportamento, quale adempimento contrattuale, è riportato all'interno dei singoli contratti individuali di lavoro.</p>	<p>Revisione codice di comportamento a seguito linee guida ANAC approvate con delibera n. 177, del 19/02/2020</p>	<p>UOC Risorse Umane</p>
<p>Gestione conflitto d'interessi</p>	<p>Aggiornamento biennale della dichiarazione di insussistenza di conflitto di interessi per tutti i dirigenti ad esclusione dei Direttori di Struttura Complessa per i quali la dichiarazione viene resa annualmente, ricordando con cadenza periodica a tutti i dirigenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.</p>	<p>UOC Risorse Umane</p>

Regolamento per disciplinare incarichi e attività extra istituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001	Aggiornamento regolamento adottato con Deliberazione del CdA n. 73, del 25/10/2016 e revisione modulistica in materia di incompatibilità ed autorizzazione degli incarichi extraistituzionali	UOC Risorse Umane
Divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto - Pantouflage: l'art. 1, c. 42, lett. l) della L n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse ad attività lavorativa del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, presso soggetti privati.	Monitoraggio annuale sull'acquisizione della documentazione relativa al rispetto del divieto di pantouflage (modulo di rassegnazione delle dimissioni integrato con apposita informativa circa il divieto di cui trattasi, debitamente sottoscritto dall'interessato, richiesto anche ai dipendenti collocati a riposo per i limiti d'età). Inoltre è stata predisposta un'apposita informativa per i neoassunti su tale normativa.	UOC Risorse Umane
Incompatibilità e Inconferibilità: ai sensi della delibera ANAC n. 833, del 3/8/2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili», qualora il R.P.C.T. venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D.Lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento e segnalare la violazione all'ANAC	Report annuale di controllo e acquisizione e pubblicazione delle seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati, nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000: • “Dichiarazione ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 relativa alle condizioni personali di inconferibilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali conferiti dalla Pubblica Amministrazione”; • “Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina a componente/segretario di commissione esaminatrice”.	UOC Risorse Umane UOC Affari Generali e Legali Presidenza
Controlli sul casellario giudiziale ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici: verifica circa la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze: - all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 “inconferibilità d'incarico in caso di condanna per reati contro la P.A.” - all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 rubricato “Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici”.	Introduzione del nuovo Codice di Comportamento dell'obbligo per i dipendenti di comunicare la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali. L'accertamento sui precedenti penali avviene tramite consultazione del casellario giudiziale, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).	UOC Risorse Umane
Whistleblowing	Aggiornamento Procedura PR95 "Whistleblowing policy"	RPTC UOC Affari Generali e Legali

Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione del Procedimento Amministrativo	Report dei procedimenti amministrativi dell'anno precedente (entro 31 marzo)	tutte le UOC interessate
Strumenti di monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e contraenti: - nella documentazione contrattuale e nel sito internet della Fondazione devono essere indicati con chiarezza i riferimenti ai provvedimenti dell'ente in materia di etica e di anticorruzione e le relative conseguenze (Patto di integrità, cfr. art. 1, comma 17 della Legge n. 190/2012); - presenza nel sito web istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al D.P.R. n. 445/2000, e per ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano; - regolare funzionamento del suddetto servizio mediante il coinvolgimento della UOC Servizio Informatico.	Report di verifica	UOC Provv. Economato UOC Tecnico Patrimoniale
- Programma biennale forniture e servizi - Programma triennale dei lavori pubblici	Pubblicazione dei due programmi sul profilo del committente, sul sito istituzionale, sul sito informatico del Ministero e delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio dei contratti pubblici. Invio comunicazione al RPCT sull'adozione e pubblicazione annuale programma forniture e servizi/lavori pubblici .	UOC Provv. Economato UOC Tecnico Patrimoniale
Comodato d'uso gratuito: in ottemperanza alle indicazioni di ANAC	a) Pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni riguardanti le tecnologie introdotte in Istituto attraverso le modalità del comodato d'uso e della valutazione in prova visione. b) Richiesta dell'attestazione di assenza di conflitto interessi fra il clinico che propone l'introduzione dell'apparecchiatura in Istituto ed il fornitore, da allegare alla modulistica in uso (mod. 44/b).	UOC Provv. Economato
Ottemperanza a quanto stabilito dalla DGR 5408, del 25/10/2021, "Linee guida in materia di trasparenza e tracciabilità della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture"	Adozione di apposite clausole che garantiscano la trasparenza e la tracciabilità della filiera, da inserire negli atti di gara e nei contratti, a pena di nullità.	UOC Provv. Economato
Internal Auditing: funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Ente e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi	Trasmissione verbali Audit alla Direzione Strategica e alle strutture auditate.	Responsabile Internal Audit

<p>Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio, introdotta dal PNA 2016, ai sensi del DM 25/09/2015. Tale figura deve rapportarsi con il R.P.C.T. sia in relazione alle segnalazioni di propria competenza, sia per una generale funzione di monitoraggio e controllo rispetto a tutte le attività che comportano operazioni\transazioni a titolo oneroso inerenti le varie funzioni e strutture aziendali.</p>	<p>Adozione procedura interna.</p>	<p>UOC Economico Finanziaria</p>
<p>Attività Libero professionista intramoenia (ALPI)</p>	<p>a) Report di monitoraggio processi relativi alla gestione liste d'attesa e tempi d'attesa b) Aggiornamento delle procedure interne ai sensi del Regolamento della Libera Professione approvato con delibera CDA n. 119/2021</p>	<p>Direzione Sanitaria</p>
<p>Linee guida di condotta responsabile della ricerca: per "condotta scorretta nella ricerca" si intende la violazione dei principi e dei valori etici, dei doveri deontologici e degli standard professionali sui quali si fonda una condotta responsabile e corretta da parte di chi svolge, finanzia o valuta la ricerca scientifica nonché da parte delle istituzioni che la promuovono e la realizzano.</p>	<p>Report sulle attività effettuate dalla Direzione Scientifica riguardanti: - Pubblicazione dei risultati dell'attività di ricerca secondo i principi di Open Access (OA) - Conservazione, protezione, tracciabilità e recuperabilità dei dati della ricerca sperimentale - Plagio e pubblicazioni ridondanti</p>	<p>Direzione Scientifica</p>
<p>Monitoraggio Sperimentazioni cliniche profit e non profit: al fine di prevenire il rischio di un'attribuzione discrezionale dei proventi agli sperimentatori, con Deliberazione C.d.A. n. IV/29/2017 è stato adottato il "Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche" che disciplina le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i costi diretti da sostenersi per la conduzione della sperimentazione, secondo i criteri indicati nella delibera ANAC n. 831/2016</p>	<p>Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche.</p>	<p>Dipartimento Gestione Ricerca e Sviluppo Clinico</p>
<p>Percorso di certificabilità di Bilancio: obiettivo la verifica della qualità dei dati contabili, attraverso la predisposizione e validazione di procedure amministrative contabili volte alla produzione dei dati di bilancio</p>	<p>Revisione procedure afferenti le aree: Crediti e Ricavi, Disponibilità liquide e Patrimonio Netto</p>	<p>UOC Economico Finanziaria</p>
<p>Acquisti autonomi e proroghe contrattuali</p>	<p>Invio al RPCT report annuale sull'attuazione delle misure previste dal DPCM 11/07/2018 e dall'art. 106 comma 11, del D.Lgs. 50/2016; rispetto del Protocollo d'intesa tra il R.P.C.T. e il Dirigente Responsabile della U.O.C. Provveditorato Economato per la "Regolamentazione del sistema di allerta relativo agli acquisti in economia" rispetto del Protocollo d'intesa tra il R.P.C.T.</p>	<p>UOC Prov. Economato UOC Tecnico Patrimoniale</p>



	e il Dirigente Responsabile della U.O.C. Tecnico Patrimoniale per la <i>“Regolamentazione del sistema di allerta per le acquisizioni di beni/servizi e l’esecuzione di lavori in modalità di affidamento diretto”</i>	
Beni e Servizi Infungibili: con deliberazione del C.d.A. n. 246/2018 è stato adottato il <i>“Regolamento per l’acquisizione di apparecchiature, hardware e software, farmaci, dispositivi medici, altro materiale di consumo, beni durevoli, servizi e lavori dichiarati infungibili/esclusivi.</i>	Report monitoraggio sull’attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento Trasmissione alla Direzione Strategica a al RPCT di rendicontazione semestrale sulle acquisizioni de beni e servizi infungibili	UOC Provv. Economato
Direttore Esecuzione Contratto (DEC)	Trasmissione alla UOC Provveditorato Economato da parte dei DEC dei certificati di regolare esecuzione dei contratti	UOC Provv. Economato UOC Tecnico Patrimoniale
Lavoro agile	Audit di controllo periodici per verificare la correttezza degli adempimenti in materia di lavoro agile	UOC Risorse Umane
Gestione del rischio clinico: i principali processi che hanno un forte impatto sul percorso di cura del paziente e sulla sicurezza del lavoratore in ottemperanza al D.lgs. 81/2008, e la cui buona attuazione è correlata ad una corretta gestione amministrativa dall’elaborazione del capitolato di gara esaustivo all’esecuzione del procedimento amministrativo fino all’esecuzione di alcuni contratti, sono: - prevenzione e controllo delle infezioni - sicurezza del lavoratore - gestione dei materiali da consumo dei dispositivi medici, dei farmaci e degli emocomponenti.	Adozione di misure di trasparenza e controllo previste sui processi a rischio individuati: - discussione annuale dei singoli casi tra gli uffici coinvolti in base alle diverse tipologie di evento avverso/sentinella/incident/near miss relativi direttamente o indirettamente allo svolgimento dei processi. - pubblicazione di dati riferiti a richieste risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti alle tipologie di eventi a rischio con l’indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti nonché delle UU.OO.CC coinvolte.	Risk Manager UOC Affari Generali e Legali

<p>Ulteriori misure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pubblicazione sul sito del provvedimento di nomina dei componenti delle commissioni di gara e relativi curricula; - rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazioni in ordine all'assenza di condanne per reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale, all'inesistenza delle cause di incompatibilità, e di astensione di cui all'art. 77 commi 4, 5 e 6 del D.Lgs. n. 50/2016 etc.; - recepimento delle disposizioni previste nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del D.lgs. 50/2016; - pubblicazione sul sito, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva; - scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di UOC, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa; - adozione del Regolamento aziendale delle sponsorizzazioni di eventi formativi della Fondazione, adottato con Delibera C.d.A. n. IV/114/2017. 	Report al RPCT sulle attività previste	UOC Provv. Economato UOC Tecnico Patrimoniale UOC Risorse Umane
Iniziative formative	Report attività Corsi di Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza	SS Formazione

TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE

Come sancito dal D.Lgs. n. 33, del 14 marzo 2013 modificato e integrato dal D.Lgs. 97, del 25 maggio 2016, la trasparenza è intesa come accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La Fondazione Besta si pone quale obiettivo e valore da perseguire la promozione della cultura della trasparenza.

In ottemperanza ai principi di buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della Fondazione con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

La Fondazione garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale, nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, con l'indicazione della loro provenienza.

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

Elementi di particolare importanza nella realizzazione dell'obiettivo "trasparenza amministrativa" sono:

- **Sito Internet Istituzionale**

La Fondazione "Carlo Besta" prevede, come strumento essenziale per l'attuazione dei principi di trasparenza e integrità, lo sviluppo e periodica implementazione del proprio sito internet www.istituto-besta.it. Il sito ha lo scopo di informare gli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, ecc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi resi.

È presente sulla home-page del sito istituzionale la sezione "Amministrazione trasparente", che raggruppa documenti ed informazioni relativi ai dati per i quali la legge richiede l'obbligo di pubblicazione.

- **Posta Certificata**

Tra gli adempimenti richiamati nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità rientra l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

In conformità alle disposizioni di legge, la Fondazione si è dotata della casella PEC istituzionale (protocollo@pec.istituto-besta.it), presente nella homepage del sito internet.

La Fondazione ha istituito ulteriori caselle di PostaCertificat@ in uso presso la Presidenza, le Direzioni, i Dipartimenti, le UOC amministrative ed altri servizi ed uffici.

La PostaCertificat@ è un servizio di comunicazione elettronica tra Cittadino e Pubblica Amministrazione. Il servizio è offerto a titolo gratuito.

Attraverso la PostaCertificat@ ogni cittadino può dialogare in modalità sicura e certificata con la Pubblica Amministrazione con qualsiasi dispositivo in grado di connettersi ad internet senza doversi recare presso gli Uffici della Pubblica Amministrazione per:

- richiedere/inviare informazioni alle Pubbliche Amministrazioni;
- inviare istanze/documentazione alle Pubbliche Amministrazioni;
- ricevere documenti, informazioni, comunicazioni dalle Pubbliche Amministrazioni.

- **Carta Dei Servizi**

La "Carta dei Servizi" è il mezzo attraverso il quale "qualsiasi soggetto" che eroga un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti in capo al cittadino-utente-consumatore.

Attraverso la Carta dei Servizi i soggetti erogatori di servizi pubblici si impegnano, dunque, a rispettare determinati standard qualitativi e quantitativi, con l'intento di monitorare e migliorare le modalità di fornitura e somministrazione.

La Carta dei Servizi è pubblicata sul sito istituzionale, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

- **Albo Pretorio on line**

In applicazione dell'art. 32 della L. 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i. *“Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”*, la Fondazione provvede alla pubblicazione dei provvedimenti all'Albo pretorio on line presente sul sito istituzionale. Tale pubblicazione ha l'effetto di pubblicità legale, i provvedimenti esecutivi sono pubblicati all'albo on line per quindici giorni consecutivi decorrenti dalla data di pubblicazione.

- **Accesso civico**

L'evoluzione normativa del diritto di accesso ha subito un notevole ampliamento con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 97/2016, che prevede la fattispecie del cosiddetto **Accesso civico** compiutamente descritto al successivo paragrafo.

- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP, il cui responsabile è in possesso dei requisiti di cui alla L. n. 150/2000, rientra tra le funzioni organizzative in staff alla Direzione Generale.

L'Ufficio ha compiti di facilitazione delle relazioni istituzionali e di promozione delle attività della Fondazione nei confronti di target definiti, con particolare attenzione dedicata all'utenza.

L'URP, in tema di coinvolgimento dei “portatori di interesse” (cittadini fruitori dei servizi sanitari, familiari, caregivers, volontari che collaborano nel supporto durante i processi di assistenza, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di volontariato, ecc.), svolge un'attività fondamentale per la Fondazione.

L'URP ha il compito di far conoscere ai pazienti/utenti le prestazioni che la Fondazione è in grado di erogare e di assicurare agli stessi informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

Diritto di accesso

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/143, del 29 settembre 2017 è stato approvato il *“Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, dati e documenti della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”*, pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Regolamento recepisce le disposizioni del D.Lgs. 33/2013, del D.Lgs. 97/2016, le *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 c. 2, del D.Lgs. 33/2013”* adottate dall'ANAC con Determinazione n. 1309, del 28 dicembre 2016 e la Circolare del n. 2/2017, del 30 maggio 2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, contenente ulteriori raccomandazioni circa l'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato.

Il Regolamento disciplina le seguenti forme di accesso:

- **Accesso ai documenti amministrativi**, previsto dal Capo V art. 22 della Legge 241/1990 e s.m.i. *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”* e dal DPR 12/06/2006 n. 184 *“Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi”*.

Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241, articolo 24 *“Esclusione del diritto di accesso”*.

- **Accesso civico semplice**, disciplinato dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, prevede il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omissa la pubblicazione.



L'istanza di accesso non deve essere motivata e deve contenere le complete generalità del richiedente con i relativi recapiti, deve identificare correttamente i dati, le informazioni o i documenti di cui si chiede la pubblicazione.

Le istanze non devono essere generiche, ma consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione di cui è richiesto l'accesso.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

• **Accesso civico generalizzato** disciplinato dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del suddetto decreto legislativo, dei limiti relativi alla tutela:

- di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti,
- del segreto di Stato
- del segreto d'ufficio
- del segreto statistico
- della protezione dei dati personali

L'accesso civico generalizzato si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente oggetto tutti i dati, documenti ed informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

L'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente e non richiede motivazione.

Oggetto del diritto di accesso civico generalizzato sono anche i dati e le informazioni inerenti al documento, oltre al documento stesso. Per informazioni devono intendersi le rielaborazioni di dati detenuti dalle amministrazioni effettuate per propri fini contenuti in distinti documenti.

L'accesso civico generalizzato è escluso nei casi in cui una norma di legge dispone la non divulgazione di dati, come espressamente indicato al comma 3 del citato art. 5-bis (*eccezioni assolute*).

L'accesso civico generalizzato può incorrere in limiti posti a tutela di interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni, come previsto dai commi 1 e 2 dell'art. 5-bis del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'accesso civico generalizzato può essere altresì rifiutato dalla Fondazione se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.

In caso di indagini e relative attività in corso, l'accesso può essere differito fino alla conclusione delle stesse.

Anche il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

Con il citato Regolamento è stata approvata altresì la specifica modulistica da utilizzare per l'esercizio delle diverse forme di accesso, alla quale è possibile accedere nella sezione "Amministrazione Trasparente – Atri contenuti – accesso civico".

Ai sensi delle Linee guida ANAC la Fondazione ha introdotto il “**Registro degli accessi**”, anch’esso pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – accesso civico”, contenere l’elenco delle richieste di accesso pervenute in ordine cronologico, l’oggetto dei documenti/dati richiesti, la data dell’istanza, il relativo esito e la data della decisione, allo scopo di agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate.

La gestione del Registro degli accessi è affidata all’UOC Affari Generali e Legali che provvede al relativo aggiornamento e ne cura la pubblicazione trimestrale nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Misure di monitoraggio e vigilanza

La pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale richiede un’attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni alla Fondazione, sia da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

All’interno della Fondazione è stato costituito un “*Gruppo di Lavoro per la Trasparenza*” che collabora stabilmente con il R.P.C.T. della Fondazione nell’attività di monitoraggio della pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale.

Il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, si riunisce periodicamente ed effettua le verifiche circa le effettive pubblicazioni dei dati nelle singole voci che compongono la sezione *Amministrazione Trasparente*, evidenziando durante gli incontri le eventuali criticità emerse ed attestando l’avvenuta pubblicazione dei dati secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente. In tale ottica, il Gruppo Trasparenza, richiede ai singoli responsabili della pubblicazione dei dati, l’invio di un monitoraggio trimestrale.

I verbali degli incontri del Gruppo Trasparenza vengono trasmessi a cura del R.P.C.T. ai Direttori delle UOC/servizi responsabili della pubblicazione, ai referenti per la trasparenza ed al personale addetto al trattamento del singolo flusso di dati. In caso di criticità rilevate, il Gruppo monitora costantemente la pubblicazione dei dati mancanti e/o incompleti segnalando al R.P.C.T. l’eventuale protrarsi delle inadempienze.

Il Gruppo Trasparenza convoca periodicamente i referenti delle singole UOC/Servizi in capo ai quali vige l’obbligo di pubblicazione dei dati, verificando la correttezza delle informazioni, dati e documenti pubblicati.

Il monitoraggio esterno è effettuato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni cui sono attribuiti compiti in materia di verifica sull’assolvimento degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un’attività di audit, funzionale all’attestazione relativa all’assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Allo scopo di verificare l’effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, ANAC individua annualmente specifiche categorie di dati cui gli OIV o gli organismi con funzioni analoghe, sono tenuti ad attestare la pubblicazione alla data del 31 marzo di ogni anno.

Il NVP annualmente, attraverso il documento “*Griglia di rilevazione*” fornita da ANAC, certifica la veridicità ed attendibilità dei dati e delle informazioni pubblicati, oggetto di attestazione, nonché la loro qualità in termini di completezza, aggiornamento e formato, secondo le indicazioni fornite da ANAC.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

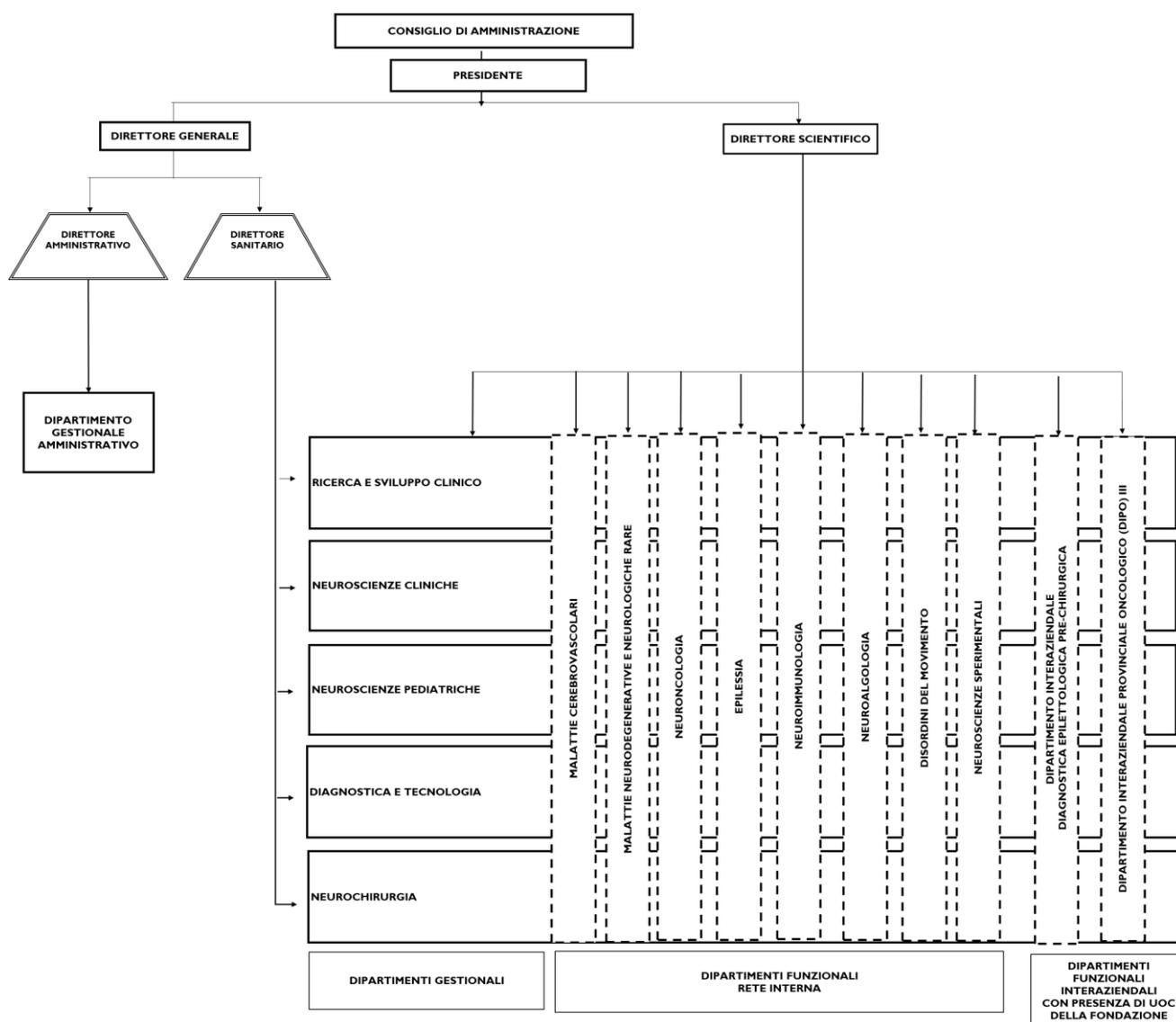
3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Per perseguire i compiti istituzionali, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta dalla normativa, La Fondazione IRCCS Carlo Besta definisce la propria struttura organizzativa attraverso il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

Organigramma

L'organigramma sotto riportato dà evidenza della struttura organizzativa, dei ruoli e dei soggetti in posizione apicale, anche dal punto di vista gerarchico.

Le funzioni attribuite ad ogni singola struttura sono definite nel POAS.



Nel sito web della Fondazione (www.istituto-besta.it) sono disponibili le informazioni, i documenti, i dati che attengono la vita e la gestione della Fondazione.

Il Personale

Per l'assolvimento delle proprie funzioni, alla data del 1 gennaio 2022, sono presenti in organico le seguenti risorse umane.

Il numero dei dipendenti in servizio è pari a 715 unità, di cui: n. 131,00 sono dirigenti medici (dirigenti di unità operative complesse, a valenza dipartimentale, semplici, dirigenti delle professionalità senza responsabilità di struttura), n. 39 sono dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi, n. 436 sono personale di comparto, n. 98 sono personale di ricerca sanitaria e n. 11 sono personale di comparto finanziato da fondi privati.

NUMERO DEI DIPENDENTI (IN SERVIZIO AL 01.01.2022)

AREA CONTRATTUALE	2021
COMPARTO	436,00
DIRIGENZA E COMPARTO FINANZIATI DA FONDI PRIVATI	11,00
COMPARTO RICERCA	98,00
DIRIGENZA MEDICA	131,00
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA	39,00
Totale complessivo	715,00

Livelli di responsabilità organizzativa, n. di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali e simili (es. posizioni organizzative)

Con deliberazione del C.d.A. n. V/33, del 18/06/2020 è stato approvato in applicazione del CCNL del comparto Sanità triennio 2016 – 2018, il “Regolamento in materia di incarichi di funzione” della Fondazione IRCCS Carlo Besta.

Gli elementi qualificanti il suddetto Regolamento sono così sintetizzabili:

- articolazione degli incarichi in due tipologie: A) incarichi di organizzazione B) incarichi professionali
- graduazione degli incarichi considerando i seguenti parametri generali: 1) rilevanza strategica 2) livello di autonomia e grado di responsabilità 3) complessità organizzativa e gestionale 4) complessità delle competenze richieste dall'incarico.

Gli incarichi di organizzazione/professionali, in base al punteggio ottenuto ad esito della pesatura, sono ricondotti ad una fascia di valori compresi fra un minimo ed un massimo predefiniti, cui corrisponde la relativa indennità economica, in base al seguente schema:

INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE		
Fascia economica	PUNTI SCHEDA	Indennità €
O-1	91 - 100	€ 8.000
O-2	81 - 90	€ 6.000
O-3	66 - 80	€ 4.500
O-4	51 - 65	€ 3.500
O-5	25 - 50	€ 2.000
INCARICHI PROFESSIONALI		
Fascia economica	PUNTI SCHEDA	Indennità €
P-1	91 - 100	€ 8.000
P-2	81 - 90	€ 6.000
P-3	66 - 80	€ 4.500
P-4	51 - 65	€ 3.500
P-5	25 - 50	€ 2.000

Con deliberazione del Direttore Generale n. 322, del 02/07/2020 è stata approvata la mappatura degli incarichi di funzione nella quale sono specificati, per ciascun incarico: la denominazione, la tipologia, la Direzione/Dipartimento di afferenza, l'afferenza gerarchica/struttura;

Con deliberazione del Direttore Generale n. 323 del 02/07/2020 è stata approvata, in applicazione del regolamento approvato con Deliberazione C.d.A. n. V/33 del 18/06/2020, la graduazione degli incarichi di funzione quale risultato di sintesi del processo di pesatura analiticamente rappresentato dalla redazione di una scheda per ogni singolo incarico, nella quale viene dato conto del valore attribuito a ciascun fattore di valutazione, così come si riporta:

DENOMINAZIONE INCARICO	TIPOLOGIA	DIREZIONE / DIPARTIMENTO DI AFFERENZA	AFFERENZA GERARCHICA - STRUTTURA	FASCIA ECONOMICA
<i>Bilanci e rendicontazioni</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	O-1
<i>Gestione finanziaria</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	O-2
<i>Gestione giuridica risorse umane</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Risorse Umane	O-1
<i>Gestione economica e previdenziale risorse umane</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Risorse Umane	O-1
<i>Ufficio Gare</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Provveditorato Economato	O-1
<i>Monitoraggio esecuzione contratti</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Provveditorato Economato	O-3
<i>Gestione sinistri</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Affari Generali e Legali	O-3
<i>Spedalità e libera professione</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Affari Generali e Legali	O-1
<i>Gestione manutenzioni</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Tecnico Patrimoniale	O-2
<i>Gestione amministrativa tecnico-patrimoniale</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Tecnico Patrimoniale	P-4
<i>Controllo di gestione</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	P-3
<i>Organizzazione e gestione della Ricerca Scientifica</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SCIENTIFICA	Direzione Scientifica	O-1
<i>Formazione</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE GENERALE	Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica	O-4
<i>Flussi Informativi</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Sanitaria	O-2



<i>Organizzazione e coordinamento Neurologia A</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-4
<i>Organizzazione e coordinamento Neurologia B</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-4
<i>Organizzazione e coordinamento Neurologia C</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-4
<i>Organizzazione e coordinamento Neurochirurgia A e C</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-3
<i>Organizzazione e coordinamento Neurochirurgia B + Solventi</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-3
<i>Organizzazione e coordinamento Neuropsichiatria A e Neuropsichiatria B</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-3
<i>Organizzazione e coordinamento blocco operatorio</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-2
<i>Organizzazione e coordinamento rianimazione</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-4
<i>Organizzazione e coordinamento Neuroradiologia e coordinamento tecnici di radiologia afferenti ad altre UUOO</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-3
<i>Organizzazione e coordinamento Neurofisiopatologia e coordinamento tecnici di Neurofisiopatologia e terapisti di riabilitazione</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-4
<i>Gestione processi Dipartimento di Neurochirurgia</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA/DIREZIONE SANITARIA	O-2
<i>Gestione processi Dipartimento di NPI</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA/DIREZIONE SANITARIA	O-4
<i>Gestione processi Dipartimento di Neuroscienze Cliniche</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA/DIREZIONE SANITARIA	O-2
<i>Gestione processi area delle tecnologie ad alta complessità - Radioterapia e Neuroradiologia Interventistica</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA/DIREZIONE SANITARIA	O-4
<i>Organizzazione e integrazione aree ambulatoriali</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-2
<i>Organizzazione e coordinamento aree di diagnostica di laboratorio e neuropatologia</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	O-5
<i>Case manager dei pazienti con patologie neurologiche</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	P-4
<i>Case manager dei pazienti con patologie neurologiche-neurochirurgiche</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	P-4
<i>Case manager dei pazienti con patologie neurologiche-neuropediatriche</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	P-4
<i>Sviluppo della componente infermieristica nelle attività di ricerca clinica e sperimentazione</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SCIENTIFICA	SITRA/DIREZIONE SCIENTIFICA	P-4
<i>Sviluppo nuove tecnologie e monitoraggio intraoperatorio</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	P-4
<i>Sviluppo gestione integrata delle cure infermieristiche</i>	PROFESSIONALE ESPERTO	DIREZIONE SANITARIA	SITRA	P-5



Ampiezza media delle Unità Organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio

DIREZIONE/DIPARTIMENTO/UOC/SERVIZI	Numero risorse allocate
FONDAZIONE - PRESIDENZA	4
DIREZIONE GENERALE	2
DIREZIONE SANITARIA	11
DIREZIONE SCIENTIFICA	10
ARCHIVIO SANITARIO	2
BIBLIOTECA	1
DAY HOSPITAL NEUROLOGICO CENT	23
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E TECNOLOGIA	5
DIPARTIMENTO NEUROCHIRURGIA	3
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE CLINICHE	3
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE PEDIATRICHE	2
SS FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E DIDATTICA	2
SS QUALITA' E RISK MANAGEMENT	3
SS FARMACIA	7
URP- UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO	1
NEUROLOGIA, SALUTE PUBBLICA E DISABILITA'	4
AREA DEGENZA NEUROCHIRURGIA A	24
AREA DEGENZA NEUROCHIRURGIA B	20
AREA DEGENZA NEUROLOGIA A	19
AREA DEGENZA NEUROLOGIA B	17
AREA DEGENZA NEUROLOGIA C	15
AREA DEGENZA NEUROPSICHIATRIA A	20
AREA DEGENZA NEUROPSICHIATRIA B	16
NEUROEPIDEMIOLOGIA	3
SALA OPERATORIA	47
SERV. ASSISTENZA SOCIALE	1
SERV.RIED.FUNZ.ADULTI	3
SITRA	11
SERVIZIO AMBULATORIO ADULTI	10
SERVIZIO ANESTESIA	1
UOC SERVIZIO INFORMATICO	5
SS INGEGNERIA CLINICA	4
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	1
SS DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	4
SSD NEUROCHIRURGIA SPINALE	2
STRUTTURA SEMPLICE DIPART.LE GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA RICERCA	1
UOC SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO GENETICA MEDICA E NEUROGENETICA	32

UOC NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	37
UOC NEUROCHIRURGIA 1	8
UOC NEUROCHIRURGIA 2	6
UOC NEUROCHIRURGIA 3	5
SSD SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO - - SMEL 122 CON PUNTO PRELIEVI	6
SSD BIOCHIMICA SPECIALISTICA NEUROLOGICA E NEUROFARMACOLOGIA	8
UOC NEUROLOGIA DELLO SVILUPPO	19
UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	11
UOC NEUROLOGIA 1	7
UOC NEUROLOGIA 2	6
UOC NEUROLOGIA 3	12
UOC NEUROLOGIA 4	28
UOC NEUROLOGIA 5	18
UOC NEUROLOGIA 6	20
UOC NEUROLOGIA 7	24
UOC NEUROLOGIA 8	11
UOC NEUROLOGIA 9	9
UOC NEUROLOGIA 10	7
UOC NEURORADIOLOGIA	34
UOC RADIOTERAPIA	9
UOC RISORSE UMANE	12
UOC TECNICO - PATRIMONIALE	12
UOC ECONOMICO-FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	12
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI	15
UOC PROVVEDITORATO-ECONOMATO	18
UOC RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – NEURORADIOLOGIA INTERVENZIONALE	3
TOTALE CONSISTENZA PERSONALE	696
CONSISTENZA MEDIA	9,05



3.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il “lavoro agile” come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: *“modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l’autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti”*.

Il lavoro agile è disciplinato, in particolare, dalla seguente normativa:

- Legge 7 agosto 2015, n. 124
- Legge 22 maggio 2017, n. 81
- Legge 17 luglio 2020, n. 77
- Decreto Ministro PA 19 ottobre 2020
- Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020
- Decreto del Ministro della PA 8 ottobre 2021
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021
- Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, adottate ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021 sulle quali è stata acquisita l’intesa della Conferenza unificata in data 16 dicembre 2021.

Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Nel corso dell’anno 2020, a causa della pandemia di COVID 19, la Fondazione, in ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 1° marzo 2020 nonché del DPCM dell’8 marzo 2020, recanti *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”* ed in considerazione delle varie proroghe intervenute nel tempo, da ultimo con il Decreto 23 dicembre 2020 *“Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale”* a firma del Ministro per la Pubblica Amministrazione, ha provveduto ad applicare lo Smart working "semplificato" durante il periodo dell'emergenza pandemica.

Questa forma di lavoro agile, che si differenzia da quella ordinaria per il fatto che, ai sensi dell’art. 2 lettera r) del DPCM 8 marzo 2020 può essere applicata dai datori di lavoro a ogni rapporto di lavoro subordinato anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla Legge 22 maggio 2017, n. 81, è stata attivata in prima battuta al personale con problemi di salute ed estesa in un secondo tempo anche al personale della ricerca.

Successivamente, a far data dall’8 marzo, tenuto conto dell’evoluzione generale nella gestione dell’emergenza coronavirus, l’“istituto” è stato esteso anche al restante personale non direttamente dedicato all’assistenza.

Il nulla osta al “lavoro agile emergenziale” è stato concesso dal dirigente responsabile della UO di afferenza sulla base di una valutazione concreta della reale fattibilità della prestazione lavorativa a distanza, nonché previa verifica sulla fattibilità tecnica da parte del Servizio informatico.

Ogni dirigente responsabile di UO, oltre ad aver effettuato l’analisi preventiva sulla fattibilità della prestazione lavorativa a distanza, ha avuto il compito di assegnare formalmente le attività da

svolgere ed i risultati da conseguire, avendo cura di monitorarne e rendicontarne l'effettiva realizzazione.

L'utilizzo dello Smart working "emergenziale", per come è stato disciplinato e gestito in Istituto, ha consentito di:

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

Le OOSS, nel corso dell'anno 2020, hanno espresso il proprio apprezzamento per l'approccio tenuto dall'Istituto sull'applicazione mirata di questa modalità lavorativa.

Alla data del 31 dicembre 2020, risultavano essere autorizzati in Smart Working "emergenziale":

Ricercatore sanitario	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Comparto amministrativi	Comparto tecnici/sanitari	Dirigenti Medici	Dirigenti Sanitari	Dirigenti Tecnici
42	12	37	18	5	13	1
Dipendenti totali	Dipendenti smart working					
674	128					
	19%					

Con l'emanazione del DPCM del 23 settembre 2021, è venuto a cessare l'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contrasto al fenomeno epidemiologico; infatti all'art. 1 viene stabilito che: *“a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2021 n. 165 è quella svolta in presenza”*.

Modalità attuative

La Fondazione Carlo Besta, in attuazione dell'art. 14 della legge 124/2015 e della legge n. 81/2017, ha adottato, con Deliberazione del C.d.A. n. V/83 del 26/11/2020 il *“Regolamento aziendale in materia di “lavoro agile” (smart working)”* al fine di promuovere, in particolare, i seguenti obiettivi:

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

Gli **elementi qualificanti** l'attuale regolamento aziendale in materia di "lavoro agile" sono così sintetizzabili:

- a) si applica a tutto il personale dipendente sia a tempo indeterminato che determinato purché risulti compatibile con il profilo professionale rivestito e le mansioni svolte. Questa scelta è determinata dal fatto che la Fondazione Carlo Besta, è un Istituto di cura e ricerca a carattere scientifico, dove la ricerca riveste un'attività di primaria importanza che può essere anche svolta "senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro"; per questa ragione si è stabilito di attribuire al Dirigente responsabile della U.O./servizio, nonché del Direttore di Dipartimento/Direttore la verifica tra la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- b) viene concesso annualmente a seguito dell'emanazione di avviso interno, pubblicato sulla intranet aziendale, entro il mese di novembre;
- c) al lavoratore agile, è consentito l'espletamento ordinario dell'attività lavorativa al di fuori della sede di lavoro per un massimo di 4 giornate mensili, anche frazionabili a mezze giornate, nel rispetto dell'orario di lavoro contrattualmente previsto. Per i «ricercatori sanitari», in virtù della flessibilità oraria riconosciuta dall'art. 5 del CCNL 11.07.2019, le giornate mensili sono elevate a 6;
- d) per assicurare un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza, il lavoratore deve garantire la contattabilità (telefonica – anche mediante la deviazione delle chiamate – nonché per posta elettronica) per almeno 4 ore giornaliere (2 ore giornaliere in caso di fruizione a mezza giornata);
- e) il lavoratore agile espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti Informatici forniti dalla Fondazione o in alternativa degli strumenti di proprietà personale dopo la verifica di compatibilità tecnica da parte del Servizio Informatico per quanto riguarda sistema operativo patching e antivirus;
- f) la Fondazione garantisce la salute e la sicurezza del dipendente che accede al lavoro agile, al quale consegna, con cadenza almeno annuale, dandone contestuale comunicazione ai RLS, un'informativa scritta riguardo i rischi generali ed i rischi specifici connessi alla modalità "agile" di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo ogni utile indicazione affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa;

Con deliberazione del Direttore Generale n. 674, del 30/12/2020, a seguito di avviso pubblico interno, sono stati autorizzati allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "agile", per l'anno 2021, n. 96 dipendenti ovvero la totalità dei dipendenti che ne hanno fatto richiesta nei tempi stabiliti:

Ricercatore sanitario	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Comparto amministrativi	Comparto tecnici/sanitari	Dirigenti Medici	Dirigenti Sanitari	Dirigenti Tecnici
29	7	28	10	4	17	1
Dipendenti totali	Dipendenti smart working					
674	96					
	14%					

A tutti i dipendenti a cui è stato concesso di svolgere la propria attività in modalità "agile" viene fatto sottoscrivere un "contratto integrativo" che disciplina:

- ✓ le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro;
- ✓ le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;

- ✓ la durata del contratto, le modalità di recesso d’iniziativa del dipendente, ovvero da parte della Fondazione;
- ✓ gli obblighi connessi all’espletamento dell’attività in modalità agile;
- ✓ l’individuazione delle giornate e/o delle fasce orarie di lavoro agile;
- ✓ le fasce di contattabilità;
- ✓ le specifiche concernenti la connettività e la manutenzione della dotazione informatica;
- ✓ le eventuali deroghe alle previsioni generali previste in ragione della natura dell’attività svolta;
- ✓ le tutele e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati;
- ✓ Il monitoraggio degli obiettivi;

Ogni domanda di lavoro agile è passata al vaglio del Dirigente responsabile della U.O./servizio, nonché del Direttore di Dipartimento/Direttore, che hanno verificato la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e contestualmente hanno definito:

- le attività effettuabili in modalità agile e le modalità del loro monitoraggio;
- il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite massimo aziendale fissato nel regolamento)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 112, del 23/02/2022, a seguito di avviso pubblico interno, sono stati autorizzati allo svolgimento dell’attività lavorativa in modalità “agile”, per l’anno 2022, n. 135 dipendenti:

Ricercatore sanitario	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Comparto amministrativi	Comparto tecnici/sanitari	Dirigenti Medici	Dirigenti Sanitari	Dirigenti Tecnici
36	14	37	21	6	20	1
Dipendenti totali	Dipendenti smart working					
696	135					
	19%					

In via del tutto eccezionale, durante la fase di emergenza sanitaria e nel rispetto del principio della “flessibilità” di organizzazione della propria attività, mantenendo invariati i servizi resi all’utenza come previsto dalla circolare del 5 gennaio 2022 a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Andrea Orlando, potrà essere consentito, previa autorizzazione del responsabile diretto del lavoratore agile, il cumulo delle relative giornate nel limite della durata del contratto individuale. In tal caso l’utilizzo di tale modalità deve riguardare situazioni strettamente connesse con l’emergenza sanitaria in corso; ad esempio quarantena dei figli minori etc.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

DIREZIONE STRATEGICA

È la “cabina di regia” del processo di cambiamento nella gestione del personale e promotrice dell’innovazione dei sistemi organizzativi.

DIRIGENTI responsabili di UO

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

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

In coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati essi:

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

COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

Seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, la Fondazione ha valorizzato il ruolo del CUG nella "realizzazione" dell'istituto del lavoro agile: il documento programmatico in materia di "smart working", predisposto dalla Direzione Amministrativa aziendale (realizzato nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo), è stato materia di confronto in data 15/10/2020.

NUCLEO DI VALUTAZIONE

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

ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Come previsto dalle "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" adottate con Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020, il Piano Lavoro Agile è adottato dalle amministrazioni sentite le organizzazioni sindacali, con le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

Il documento programmatico in materia di "lavoro agile" della Fondazione è stato oggetto di confronto sindacale:

- in data 26/10/2020 con le organizzazioni sindacali della Dirigenza
- in data 09/11/2020 con le organizzazioni sindacali del comparto (tavolo ricerca)
- in data 16/11/2020 con le organizzazioni sindacali e la RSU del comparto

RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE AL DIGITALE (RTD)

La centralità del RTD è evidenziata anche nel Piano triennale per l'informatica per la PA 2020-2022 che affida alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari anche alla luce del nuovo contesto connesso all'emergenza Covid-19 nonché correlati all'evoluzione dei sistemi informativi aziendali.

La Fondazione Carlo Besta, ha stabilito di applicare a tutto il personale dipendente, purché risulti compatibile con il profilo professionale rivestito e le mansioni svolte, l'istituto del lavoro agile.

Questa scelta è determinata dal fatto che la Fondazione Carlo Besta, è un Istituto di cura e ricerca a carattere scientifico, dove la ricerca riveste un'attività di primaria importanza che può essere anche svolta "senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro".

Tra i dipendenti autorizzati a svolgere attività lavorativa in modalità agile non vi erano figure che si occupano esclusivamente di assistenza diretta difatti non risultava nessun operatore socio sanitario e soltanto un infermiere assegnato alla Direzione Scientifica.

La modalità adottata dalla Fondazione per "accedere" al lavoro agile è la seguente:

Il lavoro agile viene concesso annualmente a seguito dell'emanazione di avviso interno, pubblicato sulla intranet aziendale, entro il mese di novembre. Possono partecipare all'avviso in argomento tutti i lavoratori dipendenti, a tempo determinato o indeterminato, che abbiano superato il periodo di prova. La domanda passa al vaglio:

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

Le attività assegnate ed i relativi obiettivi assegnati durante le giornate svolte in modalità agile sono periodicamente monitorate sia qualitativamente che quantitativamente, dal Dirigente della UO di afferenza.

Il "lavoratore agile" espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti Informatici forniti dalla Fondazione o in alternativa degli strumenti di proprietà personale dopo la verifica di compatibilità tecnica da parte del Servizio Informatico per quanto riguarda sistema operativo patching e antivirus. Ove necessario, allo smart worker viene fornita dall'UOC Servizio Informatico una VPN (virtual private network) per poter accedere da remoto agli applicativi della Fondazione, alla intranet ed alle cartelle condivise, nonché alla postazione di lavoro presente presso la Fondazione, attraverso delle credenziali di sicurezza.

Durante il percorso di realizzazione del POLA la Fondazione provvederà, tra l'altro, a valutare il possesso (o sviluppare) dei seguenti elementi:

- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di crittazione dati e VPN

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

La Fondazione verificherà la compatibilità di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione, attualmente in uso, con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale, oltre a incrementare la diffusione delle competenze digitali attraverso la rilevazione dei fabbisogni di formazione in ambito digitale e la promozione di interventi formativi mirati e la digitalizzazione dei processi compatibilmente con le risorse disponibili.

Inoltre è stata realizzata la nuova intranet istituzionale con la possibilità di accedere dall'esterno alle risorse aziendali.

La Fondazione nel biennio 21-22 sostituirà il sistema amministrativo contabile al fine di realizzare un eco sistema digitale con approccio once only per la gestione di tutte le informazioni relativo all'ambito finanziario, acquisti logistica e integrazione con altre fonti dati (Applicativo del personale, fatturazione attiva, etc).

Programma di sviluppo del lavoro agile

Al fine di rendere il lavoro agile un'opportunità strutturata per l'amministrazione e per i lavoratori, la sua introduzione all'interno della Fondazione Carlo Besta avviene, in linea con le “linee guida ministeriali”, in modo progressivo e graduale.

E' stata fotografata la “baseline” (stato al 2020) e definiti gli obiettivi con i relativi indicatori da programmare e realizzare nel corso del triennio definendo tre step: fase di avvio, fase di sviluppo intermedio e fase di sviluppo avanzato, questa fase di sviluppo avanzata viene annualmente integrata.

A consuntivo, dopo ogni fase, la Fondazione verificherà il livello raggiunto rispetto al livello da essa programmato nel POLA. I risultati verranno rendicontare in apposita sezione della Relazione annuale sulla performance e costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi, a partire dal Piano 2022-2024.



DIMENSIONI	INDICATORI	Stato 2020 BASELINE	FASE DI AVVIO target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA						
	Coordinamento organizzativo del lavoro agile	✓	✓	✓	✓	✓	
	Monitoraggio del lavoro agile	✓	✓	✓	✓	✓	
	Help desk informatico dedicato al lavoro agile		✓	✓	✓	✓	
	Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			✓	✓	✓	
	SALUTE PROFESSIONALE						
	Competenze direzionali:						
	% dirigenti/incarichi di funzione che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno				✓	✓	✓
	% dirigenti/incarichi di funzione che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale			✓	✓	✓	✓
	Competenze organizzative:						
	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno				✓	✓	✓
	% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi			✓	✓	✓	✓
	Competenze digitali:						
	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno						
	% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	✓		✓	✓	✓	✓
	SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA						
	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile				✓	✓	✓
	€ Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi				✓	✓	✓
	SALUTE DIGITALE						
	N. PC per lavoro agile				✓	✓	✓
	% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati				✓	✓	✓
	Presenza di un Sistema VPN	✓		✓	✓	✓	✓
	Presenza di una Intranet	✓		✓	✓	✓	✓
	Presenza di Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)	✓		✓	✓	✓	✓
	n. Applicativi consultabili in lavoro agile				✓	✓	✓
	n. Banche dati consultabili in lavoro agile				✓	✓	✓



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

work-life balance			✓	✓	✓
Ambientale: per la collettività					
Minor utilizzo mezzi propri a motore			✓	✓	✓
Economico: per i lavoratori					
Minor costi per trasporti			✓	✓	✓
IMPATTI INTERNI					
Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa			✓	✓	✓
Miglioramento/Peggioramento salute professionale			✓	✓	✓
Miglioramento/Peggioramento salute economico-finanziaria			✓	✓	✓
Miglioramento/Peggioramento salute digitale			✓	✓	✓

Sarà effettuato un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dallo smart worker e dai Dirigenti responsabili per verificare l'andamento dell'attività in "smart working" e proporre eventuali azioni correttive. Gli esiti del monitoraggio, condotti in forma anonima ed aggregata, saranno illustrate nelle opportune sedi istituzionali.

3.3 Sottosezione - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2021-2023

Con Deliberazione del C.d.A. della Fondazione n. V/38, del 31/03/2022 è stato adottato, in via definitiva, il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2021-2023 approvato con DGR n. XI/6062 del 7 marzo 2022 unitamente alle tabelle allegate alla medesima DGR denominate, per questa Fondazione, "ALLEGATO A 37". Di seguito le tabelle riferite alla dotazione organica 2021 – 2022 e 2023:

DOTAZIONE ORGANICA 2021		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	136	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	27	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	5	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	5	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			175	-	-	2	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	198	4	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	64	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	2	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	10	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	1	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	27	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	40	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	18	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	1	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	86	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	78	-	-	-	78
TOTALE COMPARTO			526	4	-	6	78
TOTALE COMPLESSIVO			701	4	-	8	78

DOTAZIONE ORGANICA 2022		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	139	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	28	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	5	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			180	-	-	2	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	199	4	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	66	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	2	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	10	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	1	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	25	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	40	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	18	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	1	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	89	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	155	-	-	-	155
TOTALE COMPARTO			607	4	-	6	155
TOTALE COMPLESSIVO			787	4	-	8	155

DOTAZIONE ORGANICA 2023		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	139	-	-	2	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	28	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	1	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	5	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			180	-	-	2	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	199	4	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	66	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	2	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	10	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	1	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	25	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	40	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	18	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	1	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	89	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	180	-	-	-	180
TOTALE COMPARTO			632	4	-	6	180
TOTALE COMPLESSIVO			812	4	-	8	180

Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente (suddivisione del personale in relazione ai profili professionali presenti)

DETTAGLIO PROFILI E CATEGORIE	NUMERO
ANALISTA	1
ARCHITETTI	2
ATTIVITA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	2
AVVOCATI/PROCURATORI	1
BIOLOGI	17
CATEGORIA A - (AUSILIARIO SPECIALIZZATO)	18
CATEGORIA B - (COADIUTORE AMM/VO)	8
CATEGORIA B - (OPER.TEC.ADDETTO ASSIST.)	2
CATEGORIA B - (OPERATORE TECNICO)	3
CATEGORIA Bs - (COADIUTORE AMM.ESPERTO)	16
CATEGORIA Bs - (OPERATORE SOCIO SANIT.)	38
CATEGORIA Bs - (OPERATORE TECN.SPECIAL.)	5
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	42
CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	6
CATEGORIA D - (ASSISTENTE RELIGIOSO)	1
CATEGORIA D - (ASSISTENTE SOCIALE (ex C))	1
CATEGORIA D - (COLLAB.AMM. PROF.)	18
CATEGORIA D - (COLLAB.TECN.PROF.)	10



CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Inf. ex C)	192
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Riab.)	3
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Riab.ex C)	7
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Tec. ex C)	59
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Vig.)	1
CATEGORIA Ds - (COLLAB.AMM/VO PROF.ESP.)	7
CATEGORIA Ds - (Profess.Sanit. Inferm.)	6
CATEGORIA Ds - (Profess.Tecnico Sanit.)	2
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	6
DIRIGENTE AREA COMPARTO	1
FARMACISTI	2
FISICI	3
INGEGNERI	2
MEDICI	135
PSICOLOGI	5
RICERCATORE SANITARIO	52
COLLABORATORE PROFESS.DI RICERCA SANIT.	22
Totale complessivo	696



3.3.1 Sottosezione di programmazione – Formazione del personale

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

La presente sezione del PIAO, si prefigge pertanto la pianificazione della formazione del personale della Fondazione, finalizzata al soddisfacimento dei fabbisogni formativi rilevati ed analizzati alla luce degli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali, incluse le iniziative formative prescritte da disposizioni normative nazionali e regionali.

Sono inoltre contemplate le iniziative formative finalizzate alla diffusione dell'elevato livello di *know how* in tema di Neuroscienze proprio della Fondazione ed aperte ad utenza esterna.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 107, del 23 febbraio 2022 è stato approvato il Piano di Formazione Aziendale (di seguito PFA) del personale della Fondazione relativo all'anno 2022.

Il documento è stato redatto dall'Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica a conclusione del processo di rilevazione ed analisi dei fabbisogni formativi del personale ed in completa coerenza alle linee guida individuate dalla Direzione Strategica ed alle indicazioni regionali impartite in materia.

I soggetti coinvolti nel processo di rilevazione dei fabbisogni formativi sono stati: Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori dei Dipartimenti Gestionali, Responsabile SITRA, Responsabile SPP, Responsabile Ufficio Qualità e Risk Management.

Obiettivi formativi strategici

Nella definizione del fabbisogno formativo per l'anno 2022, in accordo con la Direzione Strategica sono stati definiti i seguenti ambiti prioritari di formazione:

- **DIFFUSIONE DEL KNOW HOW DELLA FONDAZIONE**

Ampio spazio ad iniziative formative precipuamente rivolte ad utenza esterna, finalizzate alla diffusione dell'elevato livello di *know how* proprio della Fondazione. In tale ambito, si evidenziano iniziative formative in ambito neurologico, neurochirurgico ed anestesiologicalo che vedono la partecipazione di professionisti a livello nazionale.

- **FORMAZIONE SULLA TELEMEDICINA E SUI NUOVI APPLICATIVI PRESENTI IN ISTITUTO**

Permane un ambito strategico di rilievo per l'Istituto la formazione in ambito di Telemedicina, quale modalità di gestione dei percorsi di cura e quale strumento imprescindibile per le attività e le prestazioni assistenziali erogate.

- **FORMAZIONE SPECIFICA PER PERSONALE AMMINISTRATIVO**

Verrà particolarmente valorizzata la formazione del personale amministrativo, soprattutto in considerazione delle novità normative introdotte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In considerazione dell'implementazione del nuovo sistema amministrativo contabile, verranno previste sessioni di training formativo per consentire al personale interessato l'acquisizione delle necessarie competenze specifiche.

- **FORMAZIONE SPECIFICA SULLA NORMA ISO 9001:2015**

In considerazione del significativo turn over di personale occorso negli anni, si rende necessario procedere ad una formazione specifica per consentire il mantenimento di quanto previsto dalla

Norma ISO 9001:2015. La formazione sarà specificatamente rivolta al nuovo personale individuato a svolgere il ruolo di “Referente Qualità”, nonché al personale candidato all’attività di Auditor Interno.

- **FORMAZIONE SPECIFICA SULLA CONDUZIONE E GESTIONE DEGLI STUDI CLINICI**
Proseguiranno i training formativi specifici rivolti a tutto il personale a vario titolo coinvolto negli studi clinici, ivi incluse le sperimentazioni di Fase I.
Particolare attenzione verrà posta alla formazione continua sulle ICH GCP e sulle Procedure Operative Standard, oltre agli adempimenti specifici richiesti da Determina ALFA (Fase I).
- **VALORIZZAZIONE DEI PERCORSI DI FORMAZIONE SUL CAMPO**
Come già avvenuto negli scorsi anni, proseguirà la valorizzazione della Formazione Sul Campo (FSC), che include la partecipazione a gruppi di miglioramento (team multidisciplinari sia aziendali che interaziendali) e le attività di addestramento, data la sua peculiarità di favorire lo sviluppo ed il miglioramento di comportamenti professionali ed organizzativi.
- **FORMAZIONE IN MATERIA DI FARMACOVIGILANZA E DI DISPOSITIVO-VIGILANZA**
Verranno previste iniziative formative di sensibilizzazione sugli aspetti sia normativi che procedurali connessi alle segnalazioni di reazioni avverse di farmaci o di eventuali alterazioni di caratteristiche e prestazioni di dispositivi che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.
- **RECEPIMENTO DEL D.Lgs. 101/2020 IN MATERIA DI PROTEZIONE DALLE RADIAZIONI IONIZZANTI (TITOLI IV, VII, XI, XIII)**
Percorsi formativi dedicati all’attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall’esposizione alle radiazioni ionizzanti, sia per quanto riguarda la protezione dei lavoratori e degli ambienti, sia la protezione del paziente durante le esposizioni mediche.

Risorse interne ed esterne disponibili e/o “attivabili” ai fini delle strategie formative

Come previsto da procedura interna vigente (PR18 – Procedura di gestione delle attività di formazione, aggiornamento e didattica), i docenti vengono individuati dal Responsabile Scientifico dell’evento in relazione alle specifiche competenze e nel rispetto dell’equilibrio di genere, secondo quanto previsto dal Gender Equality Plan d’Istituto.

Viene incoraggiato il ricorso a docenti interni alla Fondazione per ragioni di economicità e per consentire la valorizzazione delle risorse umane aziendali e le competenze interne, con migliore contestualizzazione dell’intervento formativo.

L’individuazione di eventuale docente esterno risulta indispensabile nel caso in cui sia necessaria una professionalità o esperienza tecnico-scientifica non presente in Fondazione o un confronto con altre realtà lavorative, secondo quanto specificato in sede di progettazione dell’iniziativa formativa specifica.

Per ciascuna attività formativa, ciascun docente, sia interno che esterno, viene valutato in termini di gradimento da parte dei discenti coinvolti, che in fase di compilazione di apposito questionario di Customer Satisfaction sono invitati ad esprimere una valutazione sui seguenti item: competenza, chiarezza espositiva, interazione con l’aula, capacità andragogiche, ecc. (scala di valutazione da 0 a 4, dove 0=gravemente insufficiente e 4=ottimo).

I dati elaborati dall’Ufficio Formazione sono oggetto di condivisione con il Responsabile Scientifico dell’iniziativa formativa, anche ai fini di una eventuale riconferma dell’incarico di docente.

Obiettivi e risultati attesi

L'Ufficio Formazione adotta i seguenti indicatori di risultato periodicamente oggetto di monitoraggio, anche in considerazione degli adempimenti normativi connessi al ruolo di Provider regionale ECM-CPD:

- **Realizzazione del Piano di Formazione Aziendale**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra il numero delle iniziative formative contemplate nel Piano di Formazione Aziendale ed il numero complessivo delle iniziative formative realizzate nel corso dell'anno, ivi incluse iniziative non pianificate ma realizzate a fronte di sopravvenute esigenze formative (monitoraggio annuale).

- **Realizzazione delle iniziative formative accreditate ECM**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra il numero delle iniziative formative inserite nel portale regionale ECM ed il numero delle iniziative realmente svolte (monitoraggio annuale).

- **Realizzazione di eventi erogati non programmati**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra numero di eventi erogati per sopravvenute esigenze formative, pur non essendo stati programmati in sede di elaborazione del Piano di Formazione Aziendale annuale, e numero totale eventi programmati (monitoraggio annuale).

- **Valutazione dei dati di Customer Satisfaction**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra numero di eventi con sommatoria di gradimento buono/ottimo maggiore al 50% e numero totale eventi erogati (monitoraggio semestrale).

Annualmente l'Ufficio Formazione trasmette ai Direttori di UU.OO. le schede "Portfolio Formativo" del personale dirigente di afferenza estratte dal Portale della Formazione in uso. Tali schede vengono fornite ai fini della compilazione della scheda di performance annuale e riportano le partecipazioni ad eventi organizzati internamente, oltre all'eventuale conteggio di crediti, se regolarmente acquisiti.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Le fasi e le attività di monitoraggio relative al presente PIAO, sono analiticamente descritte in ciascuna sottosezione.

Il monitoraggio delle sottosezioni 2.1 "Valore pubblico" e 2.2 "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del D.lgs. n. 150/2009, mentre il monitoraggio della sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", avverrà secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione 3 "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato nell'arco del triennio di riferimento da OIV/Nucleo di valutazione.

Allegato 1) MAPPATURA DEI PROCESSI A RISCHIO - PIAO 2022/2024									
	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA'	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE DA ADOTTARE 2022/2024	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	INDICATORI DI MONITORAGGIO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)
AREE GENERALI									
1	Acquisizione e gestione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Reclutamento Personale	Valutazione non imparziale dei candidati da parte dei commissari di concorso	DISCRETO	Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità/confitto di interesse dei commissari e sostituzione del commissario che ha dichiarato la sussistenza di una situazione di incompatibilità/confitto di interesse.	UOC Risorse Umane	Report delle dichiarazioni e sulle eventuali sostituzioni	ANNUALE
2	Acquisizione e gestione del personale	Selezione, assunzione del personale e progressioni economiche o di carriera	Erogazione compensi	Irregolarità nell'attribuzione delle varie voci (ad es. inserimento voci stipendiali non dovute, inserimento di straordinari indennità non dovute, mancate trattenute dovute)	SIGNIFICATIVO	Verifica periodica semestrale a campione del relativamente alle voci stipendiali contenute nei "cedolini stipendiale" dei dipendenti, collaboratori coordinati e continuativi e borsisti.	UOC Risorse Umane	Verifica periodica semestrale a campione relativamente alle voci stipendiali contenute nei "cedolini stipendiale" dei dipendenti, collaboratori coordinati e continuativi e borsisti. INDICATORI: il controllo verrà effettuato nel modo seguente: 1) sorteggio del mese di riferimento nel semestre 2) sorteggio di: AREA COMPARTO • 2 dipendenti operanti all'interno della U.O.C. Risorse Umane di cui uno operante nel settore stipendi e previdenza – e uno nell'area rilevazione presenze; • 4 dipendenti operanti in ambito sanitario (personale infermieristico/tecnico sanitario /tecnico oss e oca) • 2 dipendente del ruolo tecnico non operante in ambito sanitario • 2 dipendente ruolo amministrativo • 1 ricercatore e 1 collaboratore di ricerca AREA DIRIGENZA • 2 Dirigente ruolo sanitario • 2 Dirigente ruolo professionale tecnico amministrativo PERSONALE NON STRUTTURATO • 2 borsista	SEMESTRALE
3	Incarichi e nomine	Contratti di collaborazione	Conferimento incarichi di collaborazione professionale in regime di partita IVA	Valutazione non imparziale dei candidati da parte dei commissari di selezione	DISCRETO	Verifica delle dichiarazioni di incompatibilità/confitto di interesse dei commissari e sostituzione del commissario che ha dichiarato la sussistenza di una situazione di incompatibilità/confitto di interesse.	Direzione Scientifica/ Direzione Sanitaria/ UOC Risorse Umane	Report delle dichiarazioni e sulle eventuali sostituzioni	ANNUALE
4	Incarichi e nomine	Incarichi extra istituzionali	Autorizzazioni alla partecipazione a convegni e congressi e altre attività esterne	Conflitto di interesse con la società sponsorizzatrice	MEDIO	1. Verifica periodica a campione che i mod. 226 e 228, relativi agli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.LGS. n. 165/2001 e s.m.i., abbiano allegato l'apposita modulistica se rientrante nella fattispecie "partecipazione a convegni in qualità di relatori o moderatori e per l'affidamento di incarichi di docenza, con o senza remunerazione, da parte di promotori/sponsor di eventi scientifici". 2. Verifica periodica a campione che le domande di missione (Mod. 70) pervenute in Direzione Scientifica in cui le spese sono sostenute da Case Farmaceutiche o Ditte fornitrici di attrezzature medico scientifiche abbiano allegato il modulo "Financial Disclosure Information" (Mod. 148) per l'autocertificazione di assenza di conflitto di interesse.	UOC Risorse Umane/ Direzione Sanitaria/ Direzione Scientifica	1. Report di monitoraggio 2. Report di monitoraggio	ANNUALE
5	Contratti Pubblici	Progettazione della gara	Definizione delle condizioni contrattuali e delle modalità di individuazione dei criteri in sede di gara e del tipo di procedura da adottare	Stabilire determinati criteri e/o caratteristiche tecniche ad hoc, nonché frazionare artificiosamente il reale fabbisogno al fine di avvantaggiare una determinata impresa.	SIGNIFICATIVO	Pubblicare su Sintel tutte le procedure il cui valore complessivo, ai sensi dell'art. 35 del d.lgs. 50/2016 è superiore ad € 20.000,00. Puntuale esplicitazione negli atti di gara delle caratteristiche dei servizi e lavori oggetto dell'affidamento e dei requisiti tecnici di partecipazione, fornendo completa evidenza di quanto sopra in sede di pubblicazione dei relativi atti.	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Report con indicazione delle verifiche effettuate sulle gare espletate.	ANNUALE
6	Contratti Pubblici	Selezione del contraente	Applicazione dei criteri di aggiudicazione	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione che comporta una valutazione di inidoneità/attribuzione di punteggio più basso, al fine di manipolare l'esito della gara.	MEDIO	Pubblicazione sul sito istituzionale della dichiarazione di insussistenza del conflitto di interesse e del curriculum dei commissari di gara.	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Provvedimento di nomina commissione di gara e pubblicazione della dichiarazione e del curriculum	ANNUALE
7	Contratti Pubblici	Selezione del contraente	Affidamenti sotto soglia comunitaria	Mancato rispetto del principio di rotazione nella scelta del contraente	MEDIO	Tutte le procedure saranno lasciate aperte alla partecipazione di tutti gli operatori del mercato. Salvo specifica motivazione da indicare nel provvedimento a contrarre. In ogni fattispecie di affidamento dovrà essere rispettato il principio di rotazione degli inviti. Eventuali eccezioni dovranno essere debitamente motivate negli atti amministrativi e rese pubbliche nel rispetto del principio di trasparenza.	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Pubblicazione del provvedimento di affidamento/aggiudicazione in cui sia indicata la motivazione del mancato rispetto del principio di rotazione	ANNUALE
8	Contratti Pubblici	Stipula contratto	Controlli sul contraente tra l'aggiudicazione e la stipula del contratto	Mancata verifica della documentazione amministrativa dell'aggiudicatario (ad es. verifica precedenti penali, inadempimenti nel versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, nulla osta Prefettura rispetto ai controlli antimafia, annotazioni ANAC, controlli presso la Camera di Commercio, dichiarazioni rese in sede di offerta etc.)	DISCRETO	Verifiche della documentazione amministrativa	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Report con indicazione delle verifiche effettuate sulle gare espletate	ANNUALE
9	Contratti Pubblici	esecuzione contrattuale	Richiesta di varianti in corso di esecuzione del contratto	Modifica delle condizioni contrattuali per favorire l'aggiudicatario senza che sussistano reali motivazioni.	MEDIO	Pubblicazione del provvedimento di autorizzazione alla variante all'esito dell'istruttoria svolta	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Pubblicazione di tutti i provvedimenti di autorizzazione delle varianti	ANNUALE
10	Contratti Pubblici	esecuzione contrattuale	Subappalto	Rilascio di autorizzazioni al subappalto senza previa verifica della sussistenza dei presupposti soggettivi (es. normativa antimafia) od oggettivi (es. consegna della documentazione prevista per legge, mancato rispetto del limite massimo di lavori/servizi appaltabili).	MEDIO	Pubblicazione delle autorizzazioni del subappalto	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Report di verifica delle pratiche autorizzative delle istanze di subappalto pervenute nel corso dell'anno	ANNUALE
11	Contratti Pubblici	esecuzione contrattuale	Applicazione penali	Mancata applicazione di penali a favore della ditta aggiudicataria nonostante la verifica di inadempienze.	SIGNIFICATIVO	Controlli da parte del DEC sulla corretta esecuzione del contratto.	UOC Provveditorato Economico UOC Tecnico Patrimoniale	Report sui controlli effettuati sui contratti stipulati	ANNUALE
12	Contratti Pubblici	esecuzione contrattuale	Segnalazione esigenze di riparazione guasti da parte dei diversi Servizi Ospedalieri/Reperti	Segnalare guasti in maniera artificiosa per avvantaggiare l'impresa aggiudicataria del servizio di manutenzione	DISCRETO	Verificare l'effettiva necessità di manutenzione straordinaria/riparazione guasti (non compresi nel contratto di manutenzione ordinaria) controllando che siano presenti e conformi i seguenti documenti: - richiesta di intervento pervenuta dal singolo Servizio Ospedaliero/Reperto, - report di intervento sottoscritto dal richiedente, - presenza della bolla di consegna dell'eventuale materiale utilizzato per la manutenzione/riparazione guasto.	UOC Tecnico Patrimoniale	Report su un campione del 5% degli interventi di riparazione guasti/manutenzione straordinaria effettuate nell'anno di riferimento.	ANNUALE

Allegato 1) MAPPATURA DEI PROCESSI A RISCHIO - PIAO 2022/2024									
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA'	RISCHIO IDENTIFICATO	LIVELLO DI RISCHIO	MISURE DA ADOTTARE 2022/2024	UFFICIO RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE	INDICATORI DI MONITORAGGIO	MONITORAGGIO (Il Responsabile dell'anticorruzione verifica congiuntamente ai referenti l'effettiva attuazione delle misure previste)	
13	Contratti Pubblici	esecuzione contrattuale	Proroghe	Insussistenza della giustificazione della proroga	SIGNIFICATIVO	Verifica semestrale delle scadenze contrattuali per l'opportuna programmazione.	UOC Tecnico Patrimoniale	Report di controllo, dei contratti in proroga, che evidenzia: - descrizione procedura acquisto, - tipologia acquisto (beni/servizi sanitari/servizi non sanitari), - data scadenza naturale appalto, - periodo proroga contratto semestre riferimento, - valore stimato del contratto prorogato, - motivazione proroga, - evidenza dell'attivazione della nuova procedura di aggiudicazione.	ANNUALE
14	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione contabilità	Gestione della contabilità, dei pagamenti, delle scritture contabili e relativi mandati di pagamento	Effettuazione di pagamenti non corretti e/o a beneficiari errati.	BASSO	Controllo sui mandati di pagamento: verifica con periodicità semestrale a campione da effettuarsi sui mandati di pagamento di beni e servizi.	UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	Report di verifica a campione dei mandati di pagamento come segue: - controllo presenza liquidazione effettuata dagli uffici preposti; - verifica corrispondenza importo fattura con importo mandato di pagamento; - verifica del beneficiario.	ANNUALE
15	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione liquidazione compensi libera professione e rimborsi	Elaborazione compensi ai professionisti che svolgono attività libero professionale e liquidazione rimborsi spese congressuali	Liquidazione compensi non spettanti	BASSO	Controllo sui conteggi della Libera Professione e rimborsi spese congressuali: verifica a campione da effettuarsi sulle Tabelle delle competenze stipendiali da inviare all'Ufficio Stipendi.	UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	Predisposizione di report attestante la correttezza dei conteggi risultanti dalla documentazione presentata, la correttezza dei nominativi dei beneficiari.	ANNUALE
16	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Recupero crediti	Applicazione processo di recupero crediti (verifica esigibilità del credito, eventuale sollecito)	Chiusura discrezionale di posizioni creditorie senza adeguata istruttoria e documentazione	DISCRETO	Attuazione Regolamento per il recupero dei crediti.	UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	Produzione di un documento riepilogativo delle posizioni esaminate, dei solleciti effettuati e delle somme recuperate, delle eventuali posizioni chiuse e delle relative motivazioni.	ANNUALE
18	Affari legali e contenzioso	Attività legale	Liquidazione parcelle avvocati	Corresponsione di somma eccedente ai parametri forensi e alle condizioni di cui all'Avviso per la costituzione dell'Elenco Avvocati della Fondazione, rispetto all'attività effettivamente espletata	BASSO	Richiesta al legale dell'invio del preventivo e successiva verifica della conformità del preventivo al D.M. 55/2014 ed alle condizioni previste dall'Avviso per la costituzione dell' "Elenco degli Avvocati" della Fondazione	UOC Affari Generali e Legali	Report dal quale si evince la verifica della conformità della totalità dei preventivi di spesa.	ANNUALE
19	Affari legali e contenzioso	Attività legale	Affidamento di incarico a legale	Uso distorto della discrezionalità nella scelta del legale	MEDIO	Aggiornamento periodico dell'Elenco degli Avvocati della Fondazione e scelta del legale a cui affidare gli incarichi di difesa in giudizio nel rispetto del principio di rotazione sulla base delle specifiche competenze.	UOC Affari Generali e Legali	Report dal quale si evince che il legale scelto è inserito nell'Elenco degli Avvocati della Fondazione aggiornato periodicamente e che è stato rispettato il principio di rotazione sulla base delle specifiche competenza	ANNUALE
20	Affari legali e contenzioso	Gestione sinistri	Istruttoria della gestione dei sinistri RC sanitari in Sir	Riconoscimento di una responsabilità insussistente in capo alla Fondazione e/o sovrastima del danno.	DISCRETO	I verbali del CVS relativi alle proposte di transazione per sinistri in SIR, devono contenere una descrizione analitica di tutte le singole voci sulla base delle quali viene fornita la quantificazione del danno (valutazione medico legale e valorizzazione giuridica del danno). Invio della segnalazione alla Corte dei Conti dei sinistri liquidati.	UOC Affari Generali e Legali	Report dal quale si evince che nei verbali del CVS relativi ai sinistri in Sir conclusi con transazione, sono indicati la percentuale di danno acquisita dal medico legale e la relativa valorizzazione formulata dal legale, nonché il successivo invio della segnalazione alla Corte dei Conti.	ANNUALE
AREE SPECIFICHE									
21	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Applicazione delle Linee Guida definite da Regione Lombardia DGR n. 3540/2020 - 7 settembre 2020	Mancato rispetto delle normative vigenti	BASSO	Attuazione del nuovo Regolamento, in materia di ALPI delibera del CDA n.119, del 22 dicembre 2021	Direzione Sanitaria	Revisione di tutte le procedure interne relative alle prestazioni in libera professione	ANNUALE
22	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Gestione delle liste di attesa ambulatoriali e di ricovero	Mancato rispetto delle classi di priorità Ricovero di pazienti che non accedono alla lista d'attesa	MEDIO	Governo delle liste d'attesa di ricovero	Direzione Sanitaria	Pubblicazione nella Intranet aziendale dei tempi di attesa di tutte le UOC Monitoraggio pazienti che accedono al ricovero senza inserimento in lista d'attesa	ANNUALE
	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria		Tracciabilità delle prestazioni ambulatoriali in Libera professione	MEDIO	Tutte le prestazioni ambulatoriali svolte in libera professione devono essere completate con referto sui sistemi istituzionali (Medical Tutorial - MT)		Monitoraggio del numero di referti di visite ambulatoriali in LP redatti su Medical Tutorial firmati digitalmente sul totale dei referti presenti in Medical Tutorial	ANNUALE
23	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Rispetto delle norme legate alla tariffazione delle prestazioni di ricovero	Prevenzione della falsificazione delle codifiche SDO	BASSO	controlli a campione delle SDO	Direzione Sanitaria	1) controllo mensile di tutti i DRG complicati brevi 2) controllo mensile del 5 % DRG complicati	ANNUALE
	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria			BASSO	Monitoraggio delle endoprotesi inserite all'interno della SDO/registrazione su applicativo amministrativo contabile	Direzione Sanitaria	Report di monitoraggio	ANNUALE
24	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Verifica del rispetto delle norme in materia di libera professione intramoenia	Effettuazione da parte dei medici delle visite ambulatoriali in LP durante l'orario di servizio.	MEDIO	Controllo timbrature	Direzione Sanitaria/ Risorse Umane	Verifica della congruità delle timbrature dei medici che svolgono attività in LP	ANNUALE
25	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Tariffazione	Mancata copertura di tutti i costi		Verifica dei tariffari al fine di assicurare integrale copertura dei tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero professionale intramuraria.	Direzione Sanitaria/ UOC Economico Finanziaria	Verifica dei tariffari più vecchi di 5 anni	ANNUALE
	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria		Difficoltà nella scelta del curante nell'ambito dei professionisti della Fondazione.	BASSO	Garantire la scelta del medico per il cittadino tramite la presentazione dei professionisti in specifiche schede.	Direzione Sanitaria	implementazione del sito web aziendale con la realizzazione di specifiche pagine dedicate a tutti i professionisti che effettuano attività libero professionale con la specifica delle patologie trattate.	ANNUALE
26	Attività libero - professionale e liste d'attesa	Attività sanitaria	Verifica sul rispetto dei volumi	Volumi complessivi di ALPI superiori a quelli istituzionali.	MEDIO	Monitoraggio volumi ALPI/attività istituzionale	Direzione Sanitaria	Monitoraggio del numero di prestazioni ambulatoriali in regime libero professionale / SSN	ANNUALE
27	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Attività di ricerca	Sperimentazioni cliniche profit e non profit	Attribuzione discrezionale dei proventi agli sperimentatori	BASSO	Valutazione di una revisione del "Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche"	Dipartimento Ricerca e Sviluppo Clinico	Report di monitoraggio; Relazione, sul mantenimento nel Regolamento in vigore, del divieto di attribuzione dei proventi al personale	ANNUALE
28	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Attività di ricerca	Sponsorizzazioni progetti di ricerca	Affidamento a soggetti terzi di un contratto di sponsorizzazione per specifici progetti di ricerca	BASSO	Valutazione di una revisione del "Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni a favore di progetti in ambito sanitario e di ricerca	Direzione Scientifica / UOC Affari Generali e Legali	Report di monitoraggio	ANNUALE
29	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Attività di ricerca	Gestione dei dati della ricerca	Trasferimento dei dati e dei risultati della ricerca ad soggetti esterni non autorizzati	MEDIO	1) Formazione rivolta ai ricercatori dell'Istituto in materia di tracciabilità e conservazione dei dati della ricerca 2) Raccolta dei dati "grezzi" e loro deposito in un repository della Fondazione 3) Formalizzazione delle linee guida per la gestione e l'integrità della ricerca	Direzione Scientifica	Report di monitoraggio	ANNUALE