

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Ovest Milanese

# ASST Ovest Milanese

## PLAO 2025-2027





## Sommario

1. Scheda Anagrafica dell'Azienda.....	4
2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione .....	7
2.1 Valore Pubblico.....	7
2.2 Performance.....	14
2.2.1 Piano delle Azioni Positive.....	17
2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza.....	24
2.3.1 Processo di gestione del rischio .....	25
2.3.2 Analisi del contesto.....	25
2.3.3 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	26
2.3.4 La valutazione di impatto del contesto interno .....	27
2.3.5 Processi e valutazione del rischio .....	34
2.3.6 Misure di prevenzione .....	37
2.3.7 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	46
2.3.8 L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013.....	47
2.3.9 Responsabilità e misure organizzative .....	50
2.3.10 Accesso civico semplice e Accesso civico generalizzato .....	52
2.3.11L'equilibrio con la Privacy .....	52
2.3.12 Coordinamento con sezione performance .....	55
3. Organizzazione e capitale umano .....	55
3.1 Struttura Organizzativa .....	55
3.2 Organizzazione del lavoro agile .....	58
3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale.....	59
3.4 Piano formativo Aziendale.....	60
4. Monitoraggio .....	61



## Premessa

Il PIAO, introdotto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in L. n. 113 del 6 agosto 2021, è un documento strategico di pianificazione triennale da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno. Si tratta di un documento unico di programmazione e governance delle pubbliche amministrazioni, istituito al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D. Lgs. 150/2009 e della L. 190/2012.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

In base a quanto disposto dal comma 5 dell'art. 6 del D. L. n. 80/2021 è stato emanato il DPR n. 81 del 24 giugno 2022, all'interno del quale vengono individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO.

Nello specifico confluiscono nelle apposite sezioni del PIAO gli adempimenti relativi al:



- Piano della Performance - Articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190
- Piano dei Fabbisogni di Personale - Articolo 6, commi 1, 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile - Articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124
- Piano di Azioni Positive - Articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198

Nel rispetto del modello proposto dai riferimenti normativi, il documento è strutturato secondo le sezioni previste dedicate rispettivamente a:

- 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
- 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione;**
- 3. Organizzazione e Capitale Umano;**
- 4. Monitoraggio.**

Le sezioni sono a loro volta suddivise in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. I contenuti di ogni sottosezione vengono programmati in modo funzionale al Valore Pubblico che si intende creare, secondo una logica d'integrazione funzionale

Come si può evincere dal contenuto e dalla strutturazione sopra riportata, il presente piano si pone nell'ottica di superamento della molteplicità e frammentazione degli strumenti di pianificazione previsti dall'ordinamento. L'elaborazione di un piano unico mira a favorire un approccio unitario, coordinato e sistematizzato delle scelte di programmazione.

In questo senso il PIAO, nella sua predisposizione, ha visto il coinvolgimento attivo ed armonico delle diverse strutture dell'Azienda, ciascuna per la rispettiva area di competenza.

## **1. Scheda Anagrafica dell'Azienda**

A seguito dell'entrata in vigore della LR n. 23 del 11/08/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della L. regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", vengono istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che prendono il posto delle Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), evoluzione delle Aziende Ospedaliere.

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Ovest Milanese (ASST) - con sede legale in Legnano, Via Giovanni Paolo II - 20025 Legnano - è stata costituita a partire dal 01/01/2016, con D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015, in attuazione della LR n. 23 del 11/08/2015.

Le ASST, come dispone l'art.7 della LR n. 23/2015, sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, con risorse proprie, nella logica di presa in carico della persona.

Le ASST si articolano in due settori Aziendali rispettivamente definiti **polo territoriale** e **polo ospedaliero** che afferiscono direttamente alla Direzione Generale. L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti



erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

Il settore polo ospedaliero dell'ASST, articolato in presidi ospedalieri e in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, nel rispetto degli standard ospedalieri previsti, è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.

Gli Ospedali dell'Azienda hanno acquisito nel corso degli anni un ruolo di specializzazione della propria attività al fine di rispondere alle moderne indicazioni di organizzazione sanitaria, che prevede di integrare l'organizzazione di attività affini, diversificando l'indirizzo delle strutture sanitarie per intensità di cura.

L'ASST organizza i Presidi ospedalieri e la rete dell'emergenza-urgenza attraverso due Presidi Ospedalieri Unici:

- **Presidio Unico ospedaliero di Legnano-Cuggiono** costituito dagli stabilimenti Ospedale Civile di Legnano e Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono;
- **Presidio Unico ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso**, costituito dagli stabilimenti Ospedale Fornaroli di Magenta e Ospedale Cantù di Abbiategrasso.

L'Azienda conta n. 1.307 posti letto, di cui per degenza ordinaria 1.237 e 70 posti letto di DH/DS, ai quali si aggiungono anche 425 posti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti, Hospice Cuggiono e posti in comunità psichiatriche).

Ospe dali	Posti letto totali (ordin ari + DH/D S)	Degen za ordina ria	DH/ DS	Subac uti	MA C	BI C	Diali si	Cul le	Hospic e Cuggio no	Posti in Comunità Psichiat riche	Ospeda le di Comun ità	
				<b>Non rientranti nel numero posti letto totali in quanto posti tecnici/culle</b>								
Legnano	565	545	20	0	34	14	24	10		79		
Cuggiono	157	147	10	18	12	5	10	//	11	//		
Magenta	436	408	28	//	32	8	16	30		60		
Abbiategrasso	149	137	12	16	19	3	8	//		//	16	
<b>TOTALI</b>	<b>1.307</b>	<b>1.237</b>	<b>70</b>	<b>34</b>	<b>101</b>	<b>30</b>	<b>58</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>139</b>	<b>16</b>	

Il settore polo territoriale della ASST Ovest Milanese, secondo quanto disposto dalla LR n. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e prestazioni medico-legali.

Il polo territoriale è articolato in Distretti e Dipartimenti, ai Distretti afferiscono le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

L' Azienda, con provvedimento del Direttore Generale n. 123 del 29/03/2022, ha istituito, ai sensi della L.R. n. 33/2009 e s.m.i., i seguenti Distretti:



- ✓ Distretto Legnanese, con sede nel comune di Legnano
- ✓ Distretto Castanese, con sede nel comune di Castano Primo
- ✓ Distretto Magentino, con sede nel comune di Magenta
- ✓ Distretto Abbiatense, con sede nel comune di Abbiategrasso.

Ai quattro distretti corrispondono tre Ambiti Territoriali: agli Ambiti territoriali di Magenta e Abbiategrasso corrispondono rispettivamente i Distretti Magentino e Abbiatense, mentre all'Ambito Altomilanese corrispondono i due Distretti Castanese e Legnanese.

In linea con quanto previsto dal DM 77/22, ai Distretti afferiscono le Case di Comunità (CDC), gli Ospedali di Comunità (ODC) e le Centrali Operative Territoriali (COT), così come di seguito rappresentato:

CdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	14/12/2023	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Castano Primo	Via Moroni, 12	Castano Primo	14/12/2023	Soluzione "ponte"	POR
Parabiago	Via F.lli Rosselli, 12	Parabiago	14/12/2023	Soluzione "ponte" Parabiago, via XI Febbraio, 31	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Busto Garolfo	Via XXIV Maggio, 17	Busto Garolfo	26/07/2022	Soluzione "ponte"	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Cuggiono	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Magenta	Via Donatore di Sangue, 50	Magenta	28/11/2022	Soluzione "ponte"	POR
Gaggiano	Via Marconi, 10	Gaggiano	Entro 2026	Entro 2026	POR
Vittuone	Via Isonzo, 1	Vittuone	Entro 2026	Entro 2026	POR

OdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	30/12/2022	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	30/12/2022	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4 e via Rossetti	Cuggiono	Entro 2026	//	POR

COT	Indirizzo	Distretto	Istituzione	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Castanese	2022	30/11/2023	//	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnanese	2022	30/11/2023	//	POR
Parabiago	via XI Febbraio, 31	Legnanese	2022	15/12/2023	//	POR
Magenta	Via Al Donatore di Sangue 50	Magentino	2022	30/11/2023	//	POR
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiatense	2022	30/11/2023	//	POR



L'offerta dei servizi territoriali alla popolazione viene è gestita direttamente dalla ASST Ovest Milanese attraverso i Servizi/Unità di Offerta collocate nelle diverse sedi territoriali:

N. 8 Consultori Familiari

N. 4 SerD

N. 5 ambulatori dedicati alla Neuropsichiatri infantile

N. 7 Centri Diurni disabili (CDD)

N. 4 ambulatori vaccinali

Strutture della-Psichiatria (CPS, CRM, CRA, CP, Residenzialità Leggera)

## 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

L'ASST eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie nelle strutture della rete ospedaliera e territoriale perseguendo l'equità dell'accesso all'assistenza e garantendo elevati livelli di qualità dei servizi per tutti i cittadini residenti.

L'ASST si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona, in particolare nel caso dei soggetti portatori di patologie croniche, in condizioni di fragilità e delle loro famiglie.

L'integrazione – dei processi e dei servizi sanitari e sociosanitari, della rete di offerta ospedaliera e territoriale, dell'attività sanitaria e amministrativa, dei professionisti in ottica multidisciplinare e multiprofessionale – è il perno fondamentale su cui l'ASST costruisce i percorsi di cura dei pazienti e il coordinamento della presa in carico.

L'ASST, inoltre, gestisce i percorsi e i processi di tutela della salute in modo coordinato con i soggetti erogatori di diritto pubblico e diritto privato e riconosce e valorizza il ruolo della famiglia, del volontariato, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, nella logica della realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale e della libera scelta del cittadino.

I valori cui l'Azienda si ispira nel proprio operato sono così sintetizzati:

- **Eguaglianza:** ogni persona riceverà le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche;
- **Imparzialità:** i comportamenti verso le persone che si rivolgono all'Azienda sono ispirati a criteri di obiettività, giustizia e di imparzialità;
- **Efficienza ed efficacia:** il servizio viene erogato ricercando continuamente il miglior rapporto tra efficacia ed efficienza.

I professionisti dell'ASST sono impegnati in prima persona nel perseguimento della Mission Aziendale, in quanto chiamati a contribuire all'organizzazione e alla gestione dei servizi secondo processi e percorsi innovativi e orientati al miglioramento continuo, oltre a garantire i migliori livelli di professionalità e l'assunzione di responsabilità connesse al proprio ruolo.



A fronte di questo impegno, l'ASST vuole offrire ai propri professionisti un ambiente professionale capace di valorizzare le competenze e le capacità distintive, il benessere organizzativo e il riconoscimento del merito.

In questa sezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, all'amministrazione pubblica da parte di tutti i cittadini.

In quest'ottica il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dall'amministrazione e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne alla stessa amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto.

La creazione del Valore Pubblico, in Azienda, avviene attraverso la programmazione di obiettivi strategici volti a garantire una risposta appropriata a tutti i bisogni di salute della popolazione alla quale devono essere assicurate misure per la totale "presa in carico" anche attraverso l'implementazione di tecnologie digitali.

Gli obiettivi sotto descritti quali obiettivi di valore pubblico e gli ulteriori obiettivi descritti nella sezione Performance saranno declinati in azioni specifiche (obiettivi di budget) alle Strutture e ai Dipartimenti aziendali in sede di comitato di budget, come da procedura aziendale e in coerenza con gli obiettivi assegnati da Regione alle Aziende.

In tal senso, gli obiettivi di Valore Pubblico che l'Azienda perseguirà nel corrente anno saranno indirizzati alla:

- *Ottimizzazione dell'offerta sanitaria in termini di accessibilità all'amministrazione al fine di garantire un livello di salute e di benessere sanitario migliore*

L'Azienda, in continuità con le azioni intraprese nel 2024, nell'ottica di incidere ulteriormente sul governo dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, proseguirà nell'implementazione di azioni dirette a dare piena attuazione al Piano Operativo Regionale 2025 per il contenimento dei tempi di attesa, dando priorità agli interventi di seguito rappresentati, volti ad assicurare il pieno soddisfacimento dei bisogni della salute, intesi, oggi più che mai, quale valore pubblico.

#### Prestazioni di specialistica ambulatoriale

- Applicazione del Nuovo nomenclatore tariffario regionale secondo le modalità definite dalla DGR n. XII/3630 del 16/12/2024;
- Monitoraggio dei percorsi di cura interni, intesi come prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente e prescritte da uno specialista interno a seguito di un primo accesso;
- Gestione delle liste di attesa – percorsi di tutela dei cittadini proseguendo secondo le indicazioni fornite con circolare regionale prot. n. G1.2024.0013957 del 15/04/2024;
- Proseguo dell'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e di diagnostica (fascia oraria pomeridiana fino alle ore 20:00 e il sabato);
- Riduzione del no show attraverso attività di recall telefonico e di reminder via SMS degli appuntamenti, con richiesta di pagamento per le prestazioni prenotate e non cancellate almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione (L. 107 del 29/7/2024)
- Miglioramento del valore % utilizzo ricetta DEM: target pari al 90%
- Mantenimento e miglioramento dei percorsi di accoglienza semplificati a favore del cittadino (es. pagamento online, sistemi tagliacode, sistemi di self accettazione).



Un ulteriore strumento utile per migliorare l'accessibilità alla specialistica ambulatoriale ed evitare un aumento dei tempi di attesa, è rappresentato dall'appropriatezza prescrittiva e dalle azioni mirate a promuoverla. Nel 2025 verrà dedicata particolare attenzione al monitoraggio mirato al rispetto degli indicatori relativi al percorso interno di cura e del follow-up (almeno 5 anni) dei pazienti con carcinoma mammario, come indicato nella DGR n. XII/3458 del 25 novembre 2024.

Verrà inoltre richiesto a ciascun medico prescrittore, inclusi gli MMG, di attenersi alle indicazioni dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di primo accesso.

#### Prestazioni di ricovero

- Uso del concetto di «Lista di presa in carico. La «Data di presa in carico» costituirà un nuovo campo obbligatorio del tracciato SDO;
- Adeguamento degli applicativi di gestione delle liste di attesa rispetto ad alcuni campi tra cui quelli anagrafici, i dati relativi all'intervento e quelli relativi alla gestione liste di attesa. Tali campi andranno a costruire un nuovo tracciato dedicato alla gestione delle liste di attesa;
- Predisposizione ed operatività - entro I trimestre 2025 –di Procedure aziendali mirate alla gestione del processo di ricovero per le liste di attesa dei ricoveri programmati;
- Garanzia di dimissioni ospedaliere entro ore 11 per assicurare adeguato turnover e boarding;
- Elaborazione di modulistica da sottoporre al paziente per approvazione e firma contenente anche informativa in merito alla cancellazione delle liste (da tenere agli atti);

#### Emergenza urgenza

Con le DGR n. XI/6893/2022 e DGR n. XII/787/2023 Regione Lombardia è intervenuta sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti di area medica, al fine di garantire l'adempimento a quanto previsto dall'Accorso Stato-Regioni del 1/09/2019 secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza, debba essere inferiore alle 8 ore.

In continuità con l'anno 2024 si lavorerà per intervenire sugli snodi che caratterizzano il flusso di dimissione dei pazienti dalle aree di degenza ospedaliera con lo scopo di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti, anche al fine di ridurre l'impatto dell'incremento di sindromi respiratorie/influenzali legato al periodo invernale.

Contestualmente verranno implementati e sostenuti i Percorsi di Fast Track per i codici a bassa e medio-bassa complessità assistenziale e gli Ambulatori Codici Minori secondo le indicazioni regionali definite con DGR n. XII/787/2023.

A questo proposito si richiama la figura del Bed Manager, nominato in Azienda nel 2022, a cui è demandata la gestione l'assegnazione dei Pazienti ai posti letto disponibili Aziendali, rispettando l'indicazione dei clinici per identificare il setting più appropriato per la sua complessità clinica e assistenziale, riducendo i tempi di attesa di ricovero (e, in particolare, il boarding da Pronto Soccorso) e di dimissione dai reparti, attraverso un'adeguata integrazione con il team multidisciplinare che ruota attorno al paziente, perseguendo l'obiettivo del giusto paziente nel giusto percorso (definito dal clinico), nel giusto letto, nel giusto momento in relazione al contesto ed alle risorse disponibili.

Conclusivamente, si segnala l'invio trimestrale del flusso informativo contenente il calcolo degli indicatori individuati dall'Osservatorio Regionale per i ricoveri in Area Medica.



- *Interventi in ambito di prevenzione e promozione della salute per una presa in carico del cittadino quanto più sicura ed efficace*

Tra le priorità regionali c'è certamente la prevenzione, tra screening (oncologici e non solo), vaccinazioni, controllo delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere.

In particolare, la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè tra le prestazioni essenziali che devono essere garantite a tutti i cittadini nel nostro Paese.

L'Azienda, in continuità con gli anni passati, promuove programmi organizzati di screening oncologici di popolazione per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto. I programmi di screening si rivolgono a tutti i cittadini residenti in Lombardia e appartenenti alle fasce di età previste per ciascuno screening.

Nel 2025, in line con le direttive di Regione Lombardia, proseguirà il programma di screening della prostata, avviato a partire dal mese di novembre 2024 e sarà attivato il percorso screening del tumore del polmone.

Nell'ambito delle vaccinazioni verranno messe in campo tutte le azioni ed iniziative atte a garantire le coperture vaccinali come da PRPV vigente anche con la collaborazione dei reparti ospedalieri che concorrono all'identificazione dei pazienti eligibili alle vaccinazioni consigliate per patologia.

- *Ottimizzazione dell'accesso digitale da parte dei cittadini attraverso la disponibilità di servizi online quali:*

- ✓ Sistema PagoPA
- ✓ Portale web Scelta/Revoca ed esenzioni
- ✓ Prenota Zero coda per prenotare l'accesso agli sportelli amministrativi
- ✓ Prenotazioni online di esami specialistici e visite mediche in regime di Libera Professione
- ✓ Consulta online – Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi welfare digitali
- ✓ Portale ritiro immagini radiologiche on line

Inoltre, coerentemente con la Legge Regionale n. 22/2021 e con gli interventi previsti dal PNRR, l'Azienda annovera tra gli obiettivi da perseguire il rinnovamento dei servizi offerti alla popolazione attraverso la riedizione integrale del sito web istituzionale secondo tecnologie rinnovate di gestione della fruizione delle informazioni.

- *Valorizzazione delle persone e valore pubblico attraverso la promozione della formazione*

L'Azienda promuove una efficace politica di sviluppo delle risorse umane al fine di favorire l'evoluzione professionale e la valorizzazione delle capacità e attitudini personali. Ogni anno viene predisposto il Piano delle attività di formazione del personale all'interno del quale, per aree tematiche, sono indicati i programmi formativi da implementare (cfr. par. 3.4).

Inoltre, rispetto al tema della concreta ed efficace attuazione delle politiche di formazione del personale, si riferisce che l'Azienda ha recepito la Direttiva del 16/01/2025 a firma del Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, documento in cui sono indicati gli obiettivi, gli ambiti di formazione trasversale e gli strumenti a supporto della formazione del personale pubblico.



- *Customer Satisfaction per la rilevazione dell'opinione degli utenti interni ed esterni all'Azienda.*

L'Azienda ritiene centrale il rapporto con i cittadini-utenti e i loro rappresentanti al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti sul territorio di propria competenza. Attraverso la consultazione e la partecipazione dei cittadini-utenti l'Azienda può attivare processi informativi e comunicativi sul territorio al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci e promuovere percorsi di facilitazione all'accesso dei servizi.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è un luogo di accoglienza dove i cittadini entrano in contatto con l'Amministrazione pubblica, con l'obiettivo di guidare e facilitare l'accesso ai servizi offerti dalla ASST Ovest Milanese.

È un ufficio impegnato quotidianamente nell'attività di ascolto dell'utenza, anche tramite la raccolta di suggerimenti e di reclami, al fine di contribuire, in collaborazione con gli altri uffici, al miglioramento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria dell'ASST.

Nel corso del 2024 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST ha ricevuto n. 246 segnalazioni, n. 705 istanze relative al mancato rispetto dei tempi di attesa e n. 112 encomi.

Il trasferimento del Dipartimento di Cure Primarie dall'ATS Milano all'ASST Ovest Milanese ha portato, soprattutto nell'ultimo anno, ad un aumento delle segnalazioni sui comportamenti dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e della Continuità Assistenziale.

La recente rilevanza mediatica che ha avuto il tema dei tempi di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche, insieme agli interventi delle associazioni a tutela dei cittadini (es. Sportello Salute, Lega Pensionati, ecc.), hanno fatto registrare, anche nel nostro territorio, un incremento delle istanze per effettuare le prestazioni sanitarie nel rispetto dei tempi stabiliti dalle prescrizioni.

- *Ufficio di Pubblica Tutela (UPT)*

Il Responsabile UPT è figura esterna non dipendente dell'Azienda. Allo stesso, per il tramite dell'URP, l'ASST fornisce supporto di segreteria. L'UPT interviene mediante l'esame, lo studio e l'indagine di casi concreti, al fine di consentire agli utenti di tutelare i propri diritti inerenti alle prestazioni in materia sanitaria e sociosanitaria.

- *Potenziamento dell'assistenza primaria e della rete territoriale all'interno di presidi territoriali, quali le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.*

Le Case di Comunità sono strutture sociosanitarie polivalenti che garantiscono l'erogazione di prestazioni legate all'assistenza sanitaria primaria e attività di prevenzione; costituiscono, attraverso il Punto Unico di Accesso, il punto di riferimento e di orientamento del cittadino ed opera in stretto contatto con le Centrali Operative Territoriali, punto di riferimento per Enti, servizi e strutture. Queste ultime svolgono funzione di coordinamento per il passaggio fra i diversi setting dei pazienti (territorio – territorio, ospedale – territorio, territorio – ospedale), anche con il supporto di strumenti digitali, quali ad esempio la telemedicina e il teleconsulto a distanza.

I molteplici interventi previsti dal PNRR sono dunque diretti a sviluppare un nuovo modello organizzativo basato sulla presa in carico della cronicità e fragilità, grazie anche all'attivazione di percorsi multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e servizi sociali.



Pertanto, l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari territoriali della popolazione attraverso la facilitazione e la semplificazione dei percorsi assistenziali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, la valorizzazione dell'attività interdisciplinare tra medici di medicina generale, specialisti ed infermieri garantiti all'interno delle Case di Comunità sono obiettivi aziendali volti a favorire l'incremento del *benessere sanitario e assistenziale*.

Secondo quanto indicato nel Piano Nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR) presso la ASST Ovest Milanese è previsto da cronoprogramma l'attivazione di:

- ✓ n. 9 Case di Comunità: 3 nel Distretto Legnanese, 2 nel Distretto Castanese, 2 nel Distretto Magentino e 2 nel Distretto Abbiatense; questo va modificato perché Motta Visconti è uscita dal POR
- ✓ n. 3 Ospedali di Comunità nei Distretti Legnanese, Castanese, Abbiatense;
- ✓ n. 5 Centrali Operative Territoriali Legnano, Parabiago, Cuggiono, Magenta, Abbiategrasso (tutte attivate nel 2024).

Entro la fine del 2025 è prevista la conclusione dei lavori di tutte le Case ed Ospedali di Comunità della ASST Ovest Milanese; sono attualmente attive 7 Case di Comunità in sede temporanea e 2 Ospedali di Comunità, entrambi siti presso il P.O. di Abbiategrasso (8pl riferiti all'OdC di Abbiategrasso e 8 pl a quello di Legnano).

Inoltre, in attuazione della L.R. del 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, l'Azienda manterrà come obiettivo prioritario lo sviluppo del Polo Territoriale aziendale, attraverso l'implementazione dell'attività dei quattro Distretti, Legnanese, Magentino, Abbiatense e Castanese, quali punti di coordinamento e di erogazione delle prestazioni previste dai LEA distrettuali e della prevenzione (Vaccinazioni, profilassi malattie infettive e screening), in stretto raccordo con gli Enti Locali, il privato sociale accreditato e il volontariato.

➤ *Ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero (grandi apparecchiature)*

Al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi ad altissima qualità, la ASST Ovest Milanese ha implementato tutte le azioni correlate all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati. Di seguito si rappresentano le apparecchiature, i cui costi di acquisizione e relative opere impiantistiche sono state finanziate con i fondi del PNRR e Regione Lombardia.

Al riguardo, Regione, con DGR n. XII/3734 del 30/12/2024, ha attestato il raggiungimento del target finale relativo a M6C2 I1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi apparecchiature".

PNRR - GRANDI APPARECCHIATURE E AMMODERNAMENTO TECNOLGICO							
Apparecchiatura finanziata (oltre 10 anni di vita)	Destinazione	CUP	ID CONVENZIONE CONSIP	Determina		INIZIO LAVORI	COLLAUDO
				N.	Data	data inizio lavori	Data (data fine effettiva del progetto)
TC 128 strati	Legnano	C39J22001430001	2533	222 2	17/10/20 23	12/04/2024	27/05/2024



TC 128 strati	Magenta	C39J22001440 001	2533	222 1	17/10/20 23	17/05/2024	17/06/2024
RMN 1,5 T	Legnano	C39J22001450 001	2192	308 8	28/12/20 22	14/08/2023	31/10/2023
Gamma camera	Legnano	C39J22001460 001	2486	299 8	21/12/20 22	22/01/2024	05/03/2024
PET/TC	Legnano	C39J22001470 001	2487	310 6	29/12/20 22	10/06/2024	16/09/2024
Mammografo con tomosintesi	Cuggiono	C39J22001480 001	2078	171	30/01/20 23	11/09/2023	18/09/2023
Mammografo con tomosintesi	Magenta	C39J22001490 001	2078	172	30/01/20 23	14/08/2023	15/01/2024
Angiografo	Legnano	C39J22001500 001	2263	299 9	21/12/20 22	14/07/2023	15/09/2023
Telecomandato digitale	Legnano	C39J22001570 001	2489	242 4	09/11/20 23	26/06/2024	29/07/2024
Telecomandato digitale	Legnano	C39J22001580 001	2489	242 8	09/11/20 23	25/09/2024	13/11/2024
Telecomandato digitale	Magenta	C39J22001590 001	2489	173	30/01/20 23	14/08/2023	29/11/2023
Ortopantomografo	Legnano	C39J22001510 001	2546	1899	10/10/2024	04/11/2024	15/11/2024
Ecotomografo	Legnano	C39J22001520 001	2349	243 7	26/10/20 22	Lavori non necessari	09/11/2022

Concluse le attività di installazione delle grandi apparecchiature nella progettualità PNRR con il raggiungimento del target europeo, l'Azienda sta lavorando nella realizzazione di un ulteriore investimento di Alta tecnologia: l'installazione di un Tomografo a Risonanza Magnetica Aperta destinato al Presidio di Abbiategrasso. Regione Lombardia, con DGR n. XI/862 del 08/08/2023, ha assegnato all'ASST Ovest Milanese € 650.000,00 finalizzati all'acquisizione dell'apparecchiatura e alla realizzazione delle opere propedeutiche all'installazione. La RMN Open sarà collaudata entro il primo Semestre 2025.

➤ *Potenziamento del livello di digitalizzazione*

L' Azienda, in funzione degli obiettivi e delle milestone PNRR, fin dall'inizio si è impegnata a lavorare sulla digitalizzazione, attuando così una serie di attività tali da realizzare una serie di infrastrutture digitali, molte delle quali dovranno vedere il pieno compimento entro la fine del 2026. In particolare, si richiamano le linee di intervento attuate a livello aziendale:

- ✓ Completamento del progetto di rinnovo delle infrastrutture della rete dati di tutti i presidi;
- ✓ Realizzazione dell'infrastruttura wi-fi sugli stabilimenti ospedalieri di Magenta, Cuggiono, Abbiategrasso
- ✓ Potenziamento delle metodologie di prevenzione delle minacce informatiche attraverso l'adozione di nuovi apparecchiature e sistemi di sicurezza
- ✓ Diffusione utilizzo della cartella clinica e potenziamento delle integrazioni con gli altri sistemi applicativi



- ✓ Informatizzazione della gestione delle richieste trasfusionali
- ✓ Informatizzazione della sorveglianza sanitaria
- ✓ Migrazione in Cloud delle infrastrutture dei servizi essenziali erogati
- ✓ Nuovo sistema di backup on cloud
- ✓ Banda larga per connessione rete dati geografica - Sanità Connessa –
- ✓ Rinnovo tecnologico RIS/PACS con architettura ridondata sui 4 presidi ospedalieri
- ✓ Reingegnerizzazione architetture hardware e applicative della cartella clinica
- ✓ Revisione database sistema di laboratorio
- ✓ Adempimenti previsti dalla Direttiva europea NIS2 sulla cybersicurezza: analisi di impatto, gestione dei rischi, gestione degli incidenti, gestione supply chain
- ✓ Produttività e Sicurezza- migrazione in cloud del sistema di posta (Microsoft Office365 )
- ✓ Informatizzazione cartella medica e infermieristica
- ✓ Somministrazione sicura dei farmaci
- ✓ Implementazione Cartella onco/ematologica
- ✓ Digital pathology
- ✓ Rinnovo sistema di prescrizione, preparazione e somministrazione farmaci
- ✓ Studio di fattibilità rinnovo gestionale sale operatorie e dell'introduzione dell cartella anestesologica
- ✓ Definizione e ridisegno dei processi clinico/amministrativi delle MAC
- ✓ Rilascio sistema di prenotazione direttamente in ambulatorio per consentire la prenotazione direttamente in fase di prescrizione da parte del medico e/o del personale clinico, evitando al paziente di contattare il CUP
- ✓ Resource Management – sistema di gestione delle risorse e dei percorsi di cura
- ✓ Patient Relationship Management – sistema di interazione strutturata medico – paziente
- ✓ Soluzione per la stampa delle etichette di laboratorio direttamente a domicilio del paziente in fase di prelievo
- ✓ Produzione dei Referti secondo lo standard CDA2 e pubblicazione su FSE 2.0 per il popolamento del Fascicolo Sanitario Nazionale.

Questa ampia nozione di valore pubblico ha importanti conseguenze sulla struttura del PIAO in termini di rapporto/integrazione fra le varie sezioni, nonché in termini di collaborazione fra gli attori coinvolti.

Infatti, le azioni e le misure declinate nelle sottosezioni dedicate alla performance e alla prevenzione della corruzione e trasparenza, costituiscono gli strumenti attraverso i quali si esprime il valore pubblico nella sua concreta applicazione e protezione.

## 2.2 Performance

La normativa vigente in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni pone un' enfasi particolare sul collegamento tra gli obiettivi e le risorse strumentali al loro conseguimento.

La definizione degli obiettivi nell'ambito della Performance deve avvenire in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, e di cui alla normativa economica e finanziaria applicabile alle regioni e agli enti locali (D.lgs. 118/2011) e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Pertanto, l'obiettivo di bilancio di questa Azienda è quello di assicurare l'equilibrio economico finanziario, sia a livello di polo ospedaliero che di rete territoriale, sulla base delle risorse assegnate da Regione Lombardia.



Il Bilancio Preventivo 2025, adottato con deliberazione n. 691 del 20/12/2024, è stato predisposto in coerenza con gli atti di programmazione regionale ed aziendale secondo le indicazioni regionali, sulla base del Decreto n. 20032 del 18/12/2024.

L'ASST Ovest Milanese adotta un sistema di gestione della performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi Aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione.

Il sistema di misurazione e rendicontazione delle performance della ASST garantisce una forte connessione con la mission e la strategia aziendale. La declinazione operativa degli obiettivi discende dalla pianificazione strategica aziendale a sua volta declinata coerentemente ad una strategia istituzionale.

Il ciclo di gestione della performance attivato dall'Azienda in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, prevede lo sviluppo del processo secondo le fasi di definizione degli obiettivi, monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi e di misurazione e valutazione.

L'avvio del sistema di pianificazione prevede la definizione, a partire dagli obiettivi strategici, di obiettivi assegnati ai diversi livelli dell'organizzazione (performance organizzativa), sino alla valutazione del contributo individuale (performance individuale), tramite un meccanismo "a cascata". L'ASST definisce la propria pianificazione e programmazione, in coerenza agli indirizzi strategici delle Regole di Sistema di Regione Lombardia. Le strategie aziendali trovano nella programmazione, definita sulla base degli indirizzi programmatici della Regione e delle risorse negoziate, la loro declinazione annuale e in particolare nello strumento operativo-gestionale del budget.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità sulla base delle entità organizzative definite nel Piano di Organizzazione Aziendale. L'Azienda declina le proprie performance mediante una programmazione annuale coerente con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Tutti gli obiettivi sono oggetto di monitoraggio periodico. L'Azienda, a seguito della verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati, procede ad individuare eventuali disallineamenti dei processi rispetto agli indicatori previsti, individuando le necessarie misure di miglioramento.

In merito alla misurabilità e valutazione finale dei risultati in termini di performance organizzativa, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge un ruolo fondamentale. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso con particolare riferimento alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all'efficacia della gestione.

A tal proposito, si richiama la Relazione annuale sullo stato di funzionamento del sistema complessivo della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli redatta dal NVP nel 2024 ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. 150/2009, in cui l'organismo, in funzione di una costruttiva collaborazione con la Direzione Aziendale, ha proposto spunti di miglioramento in ordine al percorso di informatizzazione del processo di valutazione delle performance.

Nell'anno 2024, la performance organizzativa delle strutture si è focalizzata su specifici obiettivi discesi in gran parte dalle strategie definite dalla Direzione Strategica, coerentemente con le indicazioni dettate dai provvedimenti di indirizzo regionali, quali la DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 e DGR n. XII/2851 del 29/07/2024.



Accanto a questi, sono stati individuati obiettivi dal carattere più specificatamente interno, ossia finalizzati all'incremento di efficacia ed efficienza di processi specifici presidiati dalla struttura stessa.

Per quanto riguarda il corrente anno, il lavoro della Direzione Strategica sarà orientato al perseguimento degli obiettivi strettamente collegati con la programmazione nazionale e regionale, quindi, con le priorità da essa individuate indicate nelle DD.GG.RR. XII/3670 del 16/12/2024 e XII/3720 del 30/12/2024 del 21/12/2023, riportati nella *Scheda matrice obiettivi – Anno 2025*, allegato n. 1 al presente documento.

Tra le novità che caratterizzeranno il 2025, in materia di negoziazione del budget e di assegnazione degli obiettivi, sarà considerata priorità l'applicazione dell'art. 27 CCNL 2019-2021 area Dirigenza.

La correlazione tra valutazione della performance, risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell'Area del Comparto e la RSU.

Per quanto riguarda l'anno 2024 si è provveduto:

- per l'Area del Comparto a sottoscrivere in data 06 novembre 2024 specifico accordo in materia di produttività;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità a sottoscrivere in data 19 dicembre 2024 specifico accordo in tema di retribuzione di risultato;
- per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 12 dicembre 2024, specifico accordo in tema di retribuzione di risultato.

Nei predetti accordi si è provveduto, tra l'altro, a quantificare l'entità economica degli specifici fondi, a definire i criteri di ripartizione degli stessi nonché le percentuali di rapporto tra performance organizzativa e performance individuale, a determinare la maggiorazione del premio individuale per le valutazioni più elevate e a specificare i criteri per la valutazione della performance individuale (per quanto riguarda la performance organizzativa la percentuale di raggiungimento degli obiettivi viene validata dal Nucleo di Valutazione).

Sempre con riferimento alla performance individuale, le modalità di valutazione e gli specifici strumenti sono stati definiti negli accordi sottoscritti con le OO.SS. di categoria e sotto riportati:

- *“Regolamento aziendale per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risultato e della professionalità espresso del personale del comparto”* - Deliberazione n. 541/11 del 21/11/2011;
- *“Regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) e di valutazione dell'area sanità – Dirigenza Medica, sanitaria e delle professioni sanitarie”* Deliberazione n.450 del 29/12/2020;
- *“Approvazione regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) dell'area delle funzioni locali – sezione dirigenza amministrativa, tecnica e professionale* Deliberazione n. 185 del 13/05/2021 aggiornato con Deliberazione n.553 del 27/12/2022;

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all'anno 2024, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come



previsto dai contratti integrativi Aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza e con il saldo relativo alla performance individuale.

### 2.2.1 Piano delle Azioni Positive

Il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) dell’ASST Ovest Milanese istituito nel 2021 con provvedimento del DG (del. n. 434 del 2021) nel 2024 ha realizzato l’intero Piano Triennale di Azioni Positive (2022-2024) approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 83 del 01/03/2022. La sua completa attuazione ha richiesto certamente un grande impegno da parte dei componenti del Comitato che in prima persona si sono adoperati nella realizzazione delle numerose attività in programma, ma i buoni risultati raggiunti sono il frutto anche e soprattutto della disponibilità e del fondamentale apporto di tutte le strutture aziendali coinvolte e dei singoli professionisti chiamati a collaborare per dare concretezza, spessore e contenuto alle azioni del piano.

Per l’anno 2024 in conformità con quanto programmato nel Piano di Azioni Positive il CUG, nell’ambito della funzione propositiva che gli è riconosciuta e delle macroaree di sua competenza, ha organizzato e realizzato una serie di eventi formativi ed azioni informative che di seguito si riepilogano brevemente:

1. *Convegno annuale sulla “Medicina di Genere” (Legge n. 3/2018)*: il corso esteso a tutte le professioni dell’Azienda, anche nel 2024 è stato realizzato con docenza interna e con fruizione in modalità FAD asincrona.
2. *“La Comunicazione efficace e l’arte di ascoltare”*: l’iniziativa formativa (estesa a tutte le professioni), si è realizzata nel 2024 con due edizioni (ottobre e novembre) e con docenza esclusivamente interna.
3. *Vademecum disabilità (aggiornamento)*: l’elaborato pubblicato nello spazio dell’Internet aziendale dedicato al Comitato Unico di Garanzia è stata aggiornato con le novità normative recenti in materia di disabilità e congedi parentali.
4. *Predisposizione del progetto per la realizzazione di un’indagine sul clima organizzativo Aziendale mediante la somministrazione di questionari anonimi*: è stato predisposto da parte del CUG il progetto per la realizzazione di un’indagine sul clima organizzativo in Azienda mediante la somministrazione di un questionario anonimo in formato elettronico. Il progetto è stato condiviso ed approvato dalla Direzione Strategica dell’ASST Ovest Milanese. Si procederà con la somministrazione del questionario nei primi mesi del 2025.
5. *Consigliera di Fiducia*: la Consigliera di Fiducia nominata con deliberazione del Direttore Generale n. 625 del 28/11/2023 dopo un breve periodo di attività ha rassegnato le sue dimissioni. Si è aperta, quindi, una nuova procedura di manifestazione d’interesse per l’assegnazione della funzione e si sono svolti i colloqui con i partecipanti al bando. Si è in attesa della formale assegnazione della funzione con delibera del Direttore Generale al/la candidato/a ritenuto più idoneo dalla commissione esaminatrice.
6. *Corso sulla violenza di genere “Quando la donna che subisce violenza è una dipendente dell’ASST Ovest Milanese”*: è stato predisposto il programma di questo nuovo corso che, per espressa volontà del Comitato, vuole rivolgersi alle dipendenti dell’ASST e vuole dare le indicazioni sia pratiche che giuridiche utili nei casi di violenza.

Il CUG attualmente in carica, nel corso dell’ultima riunione plenaria del 25/11/2024, ha predisposto il nuovo Piano Triennale di Azioni Positive 2025-2027. Il nuovo piano, estremamente corposo ed ambizioso, è il risultato della volontà dei componenti del CUG di provare a dare risposte concrete alle numerose istanze dei dipendenti raccolte nel corso dei tre anni di attività del Comitato in



Azienda. Le azioni positive previste nel nuovo Piano, che ha avuto il nulla osta della Direzione Strategica, salvo variazioni e/o integrazioni che potranno intervenire nel corso del triennio in analisi, toccano le consuete macroaree di competenza del Comitato: pari opportunità e violenza di genere, benessere individuale ed organizzativo, conciliazione vita-lavoro e prevede, accanto alle attività di aggiornamento degli elaborati già predisposti (vademecum maternità e disabilità, modulo FAD sul CUG nel corso dei neoassunti), e al mantenimento di alcune iniziative formative già strutturate e collaudate (*Convegno annuale sulla "Medicina di Genere, La Comunicazione efficace e l'arte di ascoltare"*), numerose altre attività formative ed informative di seguito brevemente elencate:

1. Richiesta di estensione del corso neoassunti (con modulo FAD sul CUG) anche ai lavoratori che rientrano in Azienda dopo lunghe assenze (lunghe malattie, congedo per maternità o per altri motivi). L'obiettivo è quello di favorire il rientro nella realtà aziendale riducendo al minimo il disagio e raggugiando il dipendente su eventuali novità organizzative e/o procedurali che possono essere intervenute durante la sua assenza.
2. Valutazione dell'opportunità e della fattibilità di predisporre specifici "alert" nel Foglio Unico di Terapia (FUT) che diano evidenza delle differenze di genere di cui tenere conto nell'ordinaria attività di somministrazione dei farmaci. Quest'attività rappresenta il naturale proseguimento del lavoro svolto dal gruppo di miglioramento sulla farmacologia di genere e dell'elaborato "Pillole di farmacologia" già pubblicato sullo spazio aziendale Moodle.
3. Somministrazione e valutazione degli esiti del questionario d'indagine sul clima organizzativo in Azienda, al fine di individuare eventuali aree "critiche" sulle quali intervenire con azioni mirate finalizzate al miglioramento del clima organizzativo. Seguirà poi, la valutazione e verifica dell'impatto degli interventi di miglioramento messi in atto.
4. Evento formativo/informativo sul tema della violenza di genere. Il corso che si terrà in aula e per il quale sono previste due edizioni per anno, vuole affrontare il delicato tema della violenza di genere quando la donna che la subisce è una dipendente dell'ASST Ovest Milanese. L'obiettivo che il CUG si prefigge con questo corso non è tanto quello di parlare di questo fenomeno che ormai ha assunto dimensioni dilaganti, ma dare evidenza al come l'Azienda lo affronta e al percorso appositamente predisposto per "accogliere" e "seguire" le donne vittime di abusi e violenza, in un momento difficile e drammatico nel quale è fondamentale non sentirsi sole e abbandonate.
5. Ricognizione del fabbisogno aziendale di posti in asili nido. Queste realtà educative rappresentano uno dei più importanti strumenti di conciliazione vita-lavoro. Poter contare infatti, sull'affidamento dei propri figli ad un "soggetto" che se ne prende responsabilmente cura, riduce lo stress da lavoro, abbrevia i tempi di rientro al lavoro dopo il congedo di maternità/paternità e contribuisce significativamente all'aumento dell'occupazione femminile. La proposta del CUG è quella di procedere ad una valutazione preliminare del reale fabbisogno aziendale in tema di posti negli asili nido per capire la "dimensione" della richiesta e per mappare eventuali aree territoriali da prendere in considerazione per eventuali convenzioni con asili nido esterni.
6. Corso sull'autopalpazione del seno. Il corso che si svolgerà in aula e sarà dedicato alle dipendenti dell'ASST Ovest Milanese, mira a fornire alle donne gli strumenti necessari per monitorare la salute del loro seno in modo consapevole e responsabile, contribuendo in tal modo alla prevenzione e alla diagnosi precoce del tumore al seno, neoplasia sempre più diffusa nel mondo femminile.
7. Valutazione sulla fattibilità in Azienda di corsi di allenamento del pavimento pelvico. Il programma di riabilitazione del pavimento pelvico è rivolto alla popolazione lavorativa femminile ed è orientato alla gestione dell'incontinenza urinaria e, in generale, al miglioramento della qualità della vita, della sfera sociale, sessuale e psicologica della donna.



L'obiettivo è la riduzione del rischio dell'incontinenza urinaria nella donna lavoratrice dell'ASST Ovest Milanese. L'unico limite è rappresentato dalla necessità di reperire gli spazi idonei ove poter eseguire tale percorso formativo. Il primo step sarà, infatti, quello di procedere con una mappatura aziendale degli spazi che possano essere utilizzati per tale scopo e poi procedere ad una ricognizione di eventuali spazi esterni all'ASST Ovest Milanese.

8. Adesione al Bando "Bollini Rosa": sono stati già individuati da parte del CUG i percorsi aziendali che verranno candidati al fine di ottenere nuovi bollini rosa. Non appena verrà pubblicato da Onda il relativo bando, si procederà con la compilazione dei questionari necessari per ottenere il riconoscimento di questi percorsi di diagnosi e cura dedicati alle pazienti dell'ASST.

Il nuovo Piano Triennale di Azioni Positive predisposto dal CUG, di seguito riportato, rappresenta nel concreto la sintesi di un'attenta analisi condotta nel nostro contesto aziendale e, in particolare, delle istanze e/o esigenze/bisogni manifestati dal personale dell'ASST che il Comitato ha raccolto negli ultimi tre anni di attività e cercato di tradurre al meglio in azioni positive concrete, finalizzate al continuo e costante miglioramento del benessere individuale ed organizzativo dell'Azienda. Ogni azione prevista nel piano, sarà oggetto di un'attenta programmazione, verrà definito per ciascuna un cronoprogramma ed individuate le professionalità e le competenze necessarie per la loro concreta realizzazione che, come di consueto, verranno ricercate in prima battuta all'interno dell'Azienda. La volontà di questo CUG di realizzare le azioni positive del Piano prioritariamente "isorisorse" nasce dal convincimento, condiviso da tutti i suoi membri, che il nostro contesto aziendale sia in grado di offrire una pluralità di professionisti non solo competenti ma anche dotati della giusta sensibilità per realizzare e condividere con il CUG gli obiettivi che intende perseguire e contribuire alla realizzazione di una cultura organizzativa basata sul rispetto della dignità delle persone all'interno del luogo di lavoro.



## Piano Triennale di Azioni Positive 2025/2027

MACRO-AREA	INIZIATIVA	OBIETTIVI	SERVIZI COINVOLTI	TEMPI DI REALIZZAZIONE	COSTI	REFERENTE CUG
FORMAZIONE	Nel corso FAD destinato ai neoassunti aggiornamento del modulo informativo sul CUG (funzioni, obiettivi, riferimenti). Rinnovo della <u>proposta</u> di estensione del corso anche ai lavoratori che rientrano dopo lunghe periodi di assenza (maternità, congedi parentali, malattie prolungate). (6 mesi minimi di assenza)	Diffondere le informazioni sul Comitato a tutti i lavoratori e favorire il reinserimento dei lavoratori dopo lunghe assenze	Ufficio Formazione	Modulo CUG inserito nel corso FAD destinato ai neoassunti (dal 2022)  Rinnovo della proposta di estensione del corso ai lavoratori che rientrano in azienda dopo lunghe assenze (Anno 2025)  Monitoraggio ed eventuale aggiornamento modulo (2025-2027)	Nessuno	Claudia Grassi Laura Segaloni
PARI OPPORTUNITÀ BENESSERE ORGANIZZATIVO	Nomina del/lla nuovo/a Consigliere/a di Fiducia e campagna informativa a tutti i lavoratori	La funzione del Consigliere di Fiducia è quella attraverso il quale il CUG persegue il difficile obiettivo indicato dalla DM 2/2019: <i>“vigilare e garantire l'assenza di qualunque forma di violenza, anche morale o psicologica, e di ogni altra forma di discriminazione in Azienda”</i> L'obiettivo aziendale è quello concorrere concretamente allo sviluppo di una cultura organizzativa	Direzione Strategica Gestione Risorse Umane	Anno 2025	Nessuno	Simona Locarno Laura Ghiringhelli Claudia Grassi



		basata sul rispetto della dignità delle persone.				
PARI OPPORTUNITÀ E MEDICINA DI GENERE	Come seguito dell'azione "Pillole di farmacologia di genere" si valuterà l'inserimento di specifici <i>alert</i> nel Foglio Unico di Terapia (FUT)	Diffondere i temi della farmaco-epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza con particolare attenzione al genere	Servizio Farmaceutico	Anno 2027	Nessuno	Paola Faggioli Sergio Finazzi
CONCILIAZIONE VITA LAVORO PARI OPPORTUNITÀ	Aggiornamento del <i>Vademecum maternità</i>	Rendere più agevole la comprensione del complesso quadro normativo in materia di maternità e di congedi parentali	Risorse Umane SPP Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Claudia Grassi Sonia Petazzi Simona Locarno
PARI OPPORTUNITÀ E MEDICINA DI GENERE	Convegno sulla medicina di genere (legge n. 3/18)	Offrire ai lavoratori la formazione sul tema della medicina di genere	Ufficio Formazione	Convegno inserito ogni anno nella proposta formativa CUG Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Paola Faggioli Laura Segaloni
BENESSERE ORGANIZZATIVO	La comunicazione efficace e l'arte di ascoltare	Fornire ai dipendenti alcuni strumenti per rendere più efficace la comunicazione; sensibilizzare all'ascolto dell'altro e suggerire comportamenti che possono aiutare a gestire situazioni "pericolose", con particolare riferimento al fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Servizio di Psicologia clinica Team aziendale dei mediatori (mediazione trasformativa)	Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Simona Locarno Laura Segaloni Claudia Grassi



CONCILIAZIONE VITA LAVORO  PARI OPPORTUNITÀ	Monitoraggio ed eventuale aggiornamento del <i>Vademecum disabilità</i>	Rendere più agevole la comprensione del quadro normativo e delle tutele previste dal legislatore e dai CCNL in materia di disabilità	Risorse Umane SPP Medico Competente	Monitoraggio ed aggiornamenti  Anni 2025, 2026, 2027	Nessuno	Sonia Servino Gianluca Casula
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Somministrazione de questionario d'indagine sul clima organizzativo	Ottenere dati e feedback utili per guidare decisioni strategiche, migliorare la gestione delle risorse umane e promuovere un ambiente di lavoro sano e produttivo	Direzione Strategica Risorse Umane SIA SPP	Anno 2025	Nessuno	Da definire
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Valutazione degli esiti del questionario d'indagine sul clima organizzativo	Individuare degli ambiti prioritari d'azione e proposte di interventi finalizzati al miglioramento del clima organizzativo	Direzione Strategica SPP	Anno 2026	Da valutare	Da definire
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Valutazione degli esiti degli interventi di miglioramento attuati dopo l'indagine di clima ed eventuale nuova somministrazione del questionario	Verificare l'impatto degli interventi di miglioramento attuati	Direzione Strategica Risorse Umane SIA SPP	Anno 2027	Nessuno	Da definire
PARI OPPORTUNITÀ E VIOLENZA DI GENERE	Evento formativo/informativo sul tema delle discriminazioni e violenza di genere	Affrontare il tema della violenza di genere (psicologico, sanitario, giuridico e contrattuale) quando la donna che subisce violenza è una dipendente.	Servizio di Psicologia clinica Gestione Risorse Umane SPP Medico Competente	Anni 2025, 2026, 2027	€ 500,00	Laura Ghiringhelli Simona Locarno Claudia Grassi Oriana Giudici Alessandra Barone
CONCILIAZIONE VITA LAVORO	Ricognizione del fabbisogno aziendale di posti negli asili nido,	Sostenere i lavoratori e le lavoratrici nella gestione dei figli piccoli	Direzione Strategica	Anno 2026	Da valutare	Sara Mutti Gianluca Casula



PARI OPPORTUNITÀ	per la stipula di eventuali convenzioni		Gestione Risorse Umane			
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Corso sull'autopalpazione del seno.	Il corso di autopalpazione mira a fornire alle donne gli strumenti necessari per monitorare la salute del loro seno in modo consapevole e responsabile, contribuendo alla prevenzione e alla diagnosi precoce del tumore della mammella	Ufficio Formazione DAPSS Dipartimento della Donna e Materno Infantile	Anno 2026	Nessuno	Simona Locarno Claudia Grassi Laura Segaloni
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Valutazione della fattibilità (ricognizione/ricerca di spazi adeguati) di un corso sull'allenamento del pavimento pelvico	Il programma di Riabilitazione del Pavimento Pelvico è rivolto alla popolazione lavorativa femminile ed è orientato alla gestione dell'incontinenza urinaria e, in generale, al miglioramento della qualità di vita, della sfera sociale, sessuale e psicologica della donna. L'obiettivo è la riduzione del rischio di incontinenza urinaria nella donna lavoratrice, in particolare per le figure professionali più esposte a causa dei ritmi di lavoro e della tipologia delle attività (es. movimentazione dei pazienti, ridotta possibilità di pause, ecc.)	Ufficio Formazione DAPSS Dipartimento della Donna e Materno Infantile	Anno 2027	Nessuno	Simona Locarno Claudia Grassi Laura Segaloni



### **2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza**

Il sistema di prevenzione della corruzione è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla L. 190/2012.

Il legislatore in particolare ha previsto un sistema articolato su due livelli, nazionale e decentrato.

La strategia a livello nazionale si realizza mediante il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), il quale costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei propri Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (PTPCT). A livello decentrato, invece, ogni amministrazione o ente definisce un PTPCT, nel quale individua il grado di esposizione delle attività a rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, L. 190/2012).

Il PTPCT è adottato dall'organo di indirizzo su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT). Sebbene il Piano abbia durata triennale, deve comunque essere adottato ogni anno entro il 31 gennaio, in virtù di quanto previsto dall'art. 1, co. 8, della L. 190/2012. Il Piano è un documento programmatico, che definisce la strategia di prevenzione della corruzione, prevedendo l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione individuati e indicando gli interventi organizzativi predisposti dall'Azienda per la loro prevenzione e risoluzione.

Con l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nell'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione, il D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, novellando l'art. 10 del D. Lgs. 33/2013, ha unificato in un solo strumento la pianificazione di prevenzione della corruzione con la programmazione della trasparenza e dell'integrità.

Come evidenziato in precedenza, con l'entrata in vigore del DL n. 80/2021 si è previsto quale nuovo strumento amministrativo di pianificazione il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), al cui interno viene assorbito, ai sensi dell'art. 1 del DPR n. 81 del 24 giugno 2022, anche il PTPCT, che ne costituisce specifica sottosezione.

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della L. 190/2012.

In sede di redazione si è tenuto conto delle indicazioni contenute nelle linee guida nonché dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati dall'ANAC negli anni precedenti (da ultimo l'aggiornamento al PNA 2022 di cui alla delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023), oltre alle prescrizioni poste a tutela della Amministrazione, derivanti da norme primarie e secondarie, da provvedimenti collegati e da disposizioni organizzative interne, idonee a garantire tutela da prescrizioni penalmente rilevanti.

Il Piano tiene conto anche dei principali provvedimenti emessi in materia sanitaria da Regione Lombardia.

La pianificazione della prevenzione della corruzione si caratterizza come uno strumento volto ad individuare le misure concrete utili a prevenire gli eventi corruttivi, intendendo la nozione di "corruzione" in senso ampio, quale condotta lesiva dei principi di legalità, buon andamento, efficienza ed efficacia indipendentemente dalla sanzione applicata alla violazione, sia essa di natura penale, sia essa civile o amministrativa e disciplinare. L'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione avviene preliminarmente attraverso la mappatura dei processi Aziendali.

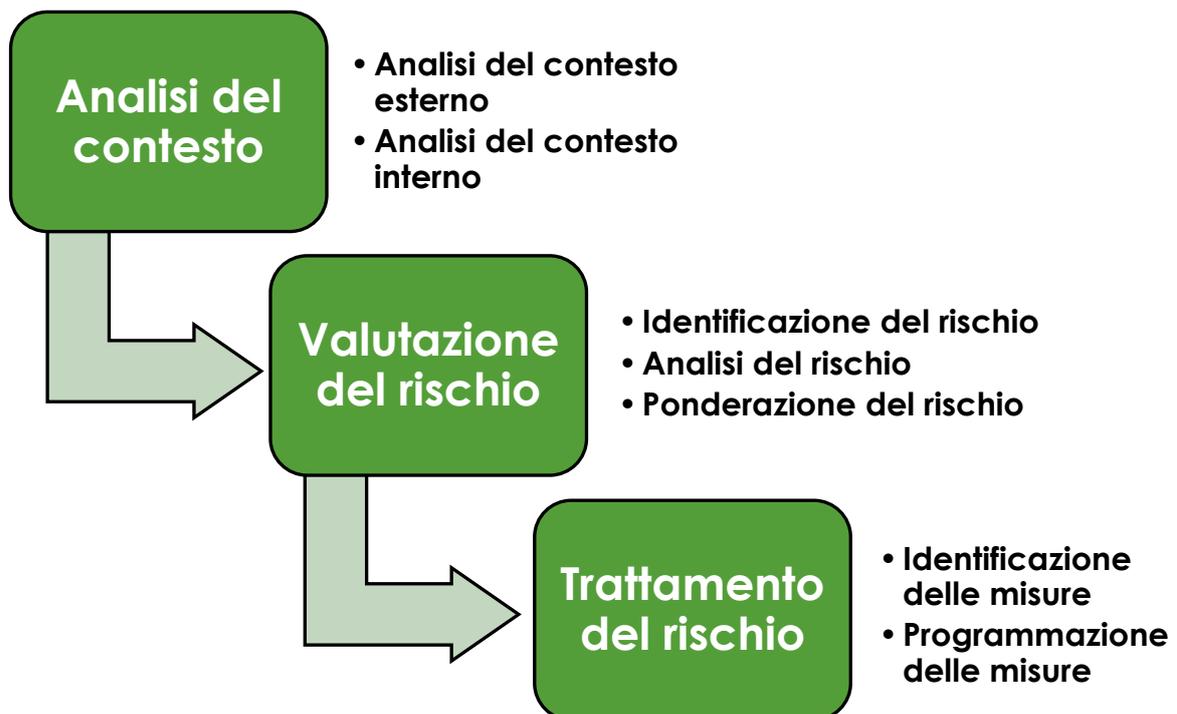


I destinatari della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO sono coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'Amministrazione (art.1, co. 2-bis, L. 190/2012). La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nella sezione è fonte di responsabilità disciplinare (L. 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, co. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza nel PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare.

### 2.3.1 Processo di gestione del rischio

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Nello specifico si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica articolandosi nelle fasi di analisi del contesto, valutazione del rischio e trattamento del rischio, ciascuna delle quali si declina a sua volta in relative sottofasi.



### 2.3.2 Analisi del contesto

L'analisi del contesto esterno ed interno costituisce il presupposto dell'intero processo di pianificazione mirando ad evidenziare tutti gli elementi utili e significativi per corrispondere alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).



### **2.3.3 Valutazione di impatto del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione

Nello specifico consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Come rappresentato nella sezione "*Scheda anagrafica*", da un punto di vista geografico ed economico l'ASST si colloca nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano, suddiviso in quattro distretti (Abbiatense, Castanese, Legnanese e Magentino).

Questa zona riveste particolare rilevanza nel panorama economico nazionale e rappresenta un polo strategico a livello industriale ed imprenditoriale anche per i facili collegamenti vari ed aeroportuali con l'estero. Il Servizio Sanitario Regionale lombardo si contraddistingue per l'eccellenza dei servizi e delle prestazioni cliniche erogate, attrattiva di numerosi utenti e pazienti da altre Regioni del Paese che migrano per ricevere cure sanitarie di alta qualità.

È noto altresì che le risorse finanziarie per la gestione e funzionamento del Servizio Sanitario Regionale lombardo assorbono notevole parte del fabbisogno complessivo della Regione Lombardia. L'imponente volume delle prestazioni cliniche erogate e delle ingenti risorse finanziarie impiegate, rende il territorio milanese (e dell'hinterland) attraente per gli imprenditori del settore sanitario, in termini di opportunità commerciale (appalti di servizi, lavori e forniture, ecc.).

Allo stesso modo, questo panorama potrebbe rappresentare un'opportunità per lo sviluppo di attività illecite da parte di organizzazioni criminali. Nel milanese, infatti, sono insediate da tempo storiche componenti della criminalità organizzata, che hanno dimostrato di saper sfruttare le opportunità offerte dal territorio, riuscendo ad inserirsi in diversi settori.

Si deve tener conto poi della complessa fase storica all'interno della quale si colloca il presente piano.

Come noto, per fronteggiare le conseguenze pregiudizievoli dovute alla pandemia è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), volto a pianificare la gestione dei finanziamenti erogati dall'Unione Europea. In particolare, è prevista a favore dell'Italia l'erogazione di 220 miliardi di euro.

L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, richiedono l'attivazione di apposite misure di prevenzione e controllo, volte ad evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi.

Considerato che il quadro operativo per l'attuazione del PNRR si innesta su un sistema amministrativo di prevenzione della corruzione, si pone l'esigenza di un efficace coordinamento che possa garantire il migliore perseguimento delle progettualità PNRR garantendo al tempo stesso un efficace controllo sotto i profili di legalità e regolarità amministrativo-contabile. Da questo punto di vista si inseriscono, da un lato, le attività di controllo e verifica ad hoc svolte da specifici gruppi di



lavoro aziendali, dall'altro la mappatura della relativa area di rischio all'interno del Registro dei rischi allegato al presente documento e il conseguente monitoraggio, cui si rinvia ai successivi paragrafi.

### **2.3.4 La valutazione di impatto del contesto interno**

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'Azienda, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione, al fine di individuare quegli elementi utili ad esaminare come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari. Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

Come già evidenziato in precedenza, nel corso dell'anno 2024 l'ASST Ovest Milanese ha aggiornato il Piano Organizzativo Aziendale Strategico, come da deliberazione n. 416 del 02/08/2024, recepita da regione Lombardia con DGR n. XII/3284 del 31/10/2024 di cui l'Azienda ha preso atto con provvedimento n. 589 del 14/11/2024.

Inoltre, è attualmente in itinere il percorso di attuazione della riforma sanitaria, ai sensi della normativa nazionale e regionale, finalizzato alla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali, nonché alla realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità.

#### **➤ Soggetti aziendali coinvolti**

Si rinvia alle altre sezioni del PIAO per quanto attiene la rappresentazione dell'organizzazione aziendale e la dotazione organica del personale mentre nel presente capitolo si forniscono indicazioni circa i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASST Ovest Milanese, che sono rappresentati dai seguenti soggetti:

- ✓ Il Direttore Generale;
- ✓ Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- ✓ I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- ✓ Dirigente Responsabile delle funzioni di Internal Audit;
- ✓ Il Comitato di coordinamento dei controlli interni;
- ✓ Commissione Controlli PNRR;
- ✓ Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- ✓ Il Collegio Sindacale;
- ✓ L'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- ✓ Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio;
- ✓ Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

#### **➤ Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale designa il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT) e adotta il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, su proposta del RPCT.



➤ **Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla L. 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa.

In particolare, l'articolo 1, comma 7, prescrive che venga individuato dall'organo di indirizzo di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio. La competenza di tale figura è stata poi rafforzata dal D. Lgs. n. 97/2016 che ha attribuito alla stessa anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

L'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 538 del 22/12/2022, ha disposto il rinnovo dell'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2023/2025 al dirigente amministrativo già titolare dell'incarico per il triennio precedente.

Spetta al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza la predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza provvede alla sua diffusione e alla verifica dell'efficace attuazione dello stesso. Al fine di realizzare una fattiva azione sinergica di prevenzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione potrà avvalersi della collaborazione di Referenti, che saranno individuati da ciascun Dirigente responsabile delle aree a rischio, con il compito di fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione informazioni e collaborazione nel monitoraggio dell'attuazione del Piano.

Spetta inoltre, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre ogni dovuta modifica ed aggiornamento della sezione del Piano, sia quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, sia quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha anche un ruolo propulsivo sulla formazione del personale in ordine alla diffusione della conoscenza della L. 190/2012 e degli strumenti individuati dalla vigente normativa ai fini di prevenzione della corruzione.

➤ **I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**

I Dirigenti referenti del RPCT sono individuati nei responsabili di tutte le articolazioni aziendali afferenti alle aree considerate a più alto rischio corruttivo, ai sensi della Legge n. 190/2012 e delle indicazioni fornite da ANAC;

I già menzionati Dirigenti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di anticorruzione;
- assicurano l'osservanza del codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure disciplinari dirette a sanzionare i comportamenti dei propri collaboratori resi in violazione del codice di comportamento;
- segnalano i casi di conflitti di interesse riscontrati nell'ambito della propria struttura nei rapporti con i soggetti esterni fornitori/prestatori di servizi nei confronti dell'Azienda;
- osservano le misure di prevenzione della corruzione riportate nella sezione anticorruzione del PIAO, garantendo l'attuazione e il monitoraggio delle stesse;
- assicurano la trasmissione tempestiva delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale;



- concorrono con il RPCT ad individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione di materia di anticorruzione e trasparenza e ne garantiscono la partecipazione alle iniziative formative.

### ➤ **Dirigente Responsabile delle funzioni di Internal Audit**

La funzione di Internal Audit è deputata, nell'ambito della valutazione e dello sviluppo del sistema di controllo interno, a svolgere un'attività indipendente e obiettiva di supporto a tutte le funzioni aziendali e ai responsabili di processo nella individuazione, quantificazione e gestione del rischio, con particolare riferimento ai rischi operativi, amministrativo-contabili, di frode e di compliance.

Detta funzione si caratterizza per essere uno strumento di controllo di terzo livello caratterizzato da autonomia ed indipendenza rispetto a tutti i processi dell'Azienda, volto a valutare la completezza, la funzionalità e l'adeguatezza dei sistemi interni all'organizzazione, promuovendo, laddove necessario, interventi correttivi rispetto alle eventuali irregolarità rilevate.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Ovest Milanese, attribuisce la funzione di Internal Audit alla competenza della SC Controllo di Gestione.

Come tale, l'attività si inserisce altresì, nel contesto delle misure di prevenzione della corruzione. Le due funzioni vengono infatti programmate e definite in modo coordinato, onde evitare eventuali sovrapposizioni nel monitoraggio dei processi, a scapito della funzionalità amministrativa.

La funzione opera con il metodo della pianificazione, proprio delle attività di auditing e deve prevedere l'identificazione dei processi che sono oggetto dell'attività di audit, individuando quelli maggiormente esposti al rischio, definito come la possibilità che si verifichi un evento che può influire sul raggiungimento degli obiettivi o in base agli ambiti che la Direzione Strategica, sulla base delle proprie valutazioni, ritenga di sottoporre ad Audit.

Inoltre, la funzione opera nel rispetto ed in attuazione degli indirizzi definiti dall'Organismo regionale per le attività di controllo (ORAC), istituito con L.R. 13/2018 che, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera a), è competente a definire gli indirizzi e le linee guida dei Sistemi di Controllo Interno e delle funzioni di audit della Giunta Regionale e degli Enti del Sistema Regionale.

In attuazione del Piano di Audit 2024, adottato con deliberazione n. 26 del 30/01/2024, nel corso dell'anno 2024 sono stati svolti diversi audit e follow up in relazione a processi che si inseriscono nelle aree di rischio corruttivo. Tra queste si menzionano la gestione delle garanzie fideiussorie nei contratti pubblici, l'esecuzione dei contratti di servizio di pulizie e di smaltimento dei rifiuti, le procedure di acquisto dei beni di consumo, la rendicontazione in ReGiS dei finanziamenti PNRR, lo svolgimento dell'attività di formazione, l'esercizio dell'attività libero professionale e la gestione delle liste di attesa.

Entro il 31 gennaio 2025 l'Azienda provvederà ad adottare il Piano di Audit 2025 nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente.

Il personale afferente alla funzione di Internal Audit ha altresì avuto modo di partecipare a diverse iniziative formative aziendali e regionali aventi oggetto le attività di audit interno e il sistema dei controlli interni. Tra queste si segnala il coinvolgimento al gruppo di lavoro interaziendale a cura di Regione Lombardia relativamente ai Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC) con particolare riferimento alla gestione delle procedure amministrativo-contabili legate all'acquisto dei dispositivi medici. Nell'ambito del gruppo di lavoro in esame si è proceduto all'identificazione delle attività suscettibili a rischi di non conformità, alla quale è seguita la valutazione degli stessi secondo



il metodo di analisi degli indicatori di probabilità ed impatto per concludersi con la definizione delle misure di controllo.

### ➤ **Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni**

In attuazione delle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, di cui alla DGR n. XI/6278 del 11/04/2022, che prevedevano per gli enti interessati, tra cui le ASST, l'opportunità di costituire un Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni, al fine di favorire, in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità, una sinergia e armonizzazione delle funzioni di controllo, l'ASST Ovest Milanese ha provveduto all'istituzione dello stesso con deliberazione n. 191 del 26/04/2023, successivamente modificata con deliberazione n. 244 del 22/05/2023.

Come previsto nel POAS aziendale, il Comitato afferisce alla Direzione Generale ed è composto dalle seguenti figure:

- ✓ Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Controllo di Gestione o suo delegato;
- ✓ Responsabile Internal Auditing o suo delegato;
- ✓ Direttore del Dipartimento Amministrativo o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Legnano/Cuggiono o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Magenta/Abbiategrasso o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Qualità e Risk Management o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Affari Generali e Legali o suo delegato;
- ✓ un Direttore di Distretto - individuato dal Direttore Socio Sanitario - o suo delegato.

Sempre in conformità alle linee guida e al POAS aziendale, viene attribuito al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza il ruolo di Presidente del Comitato.

A seguito della costituzione del Comitato, con deliberazione n. 399 del 02/08/2023 è stato approvato il Regolamento sul funzionamento dello stesso, nel quale vengono definite le finalità, le modalità di svolgimento, gli strumenti e le procedure legate alle attività di controllo interno.

### ➤ **Commissione Controlli PNRR**

Le Amministrazioni chiamate all'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) devono predisporre delle adeguate misure volte a ridurre il rischio di gestioni illecite, conflitti di interessi, frodi e corruzione.

In questo senso appare necessario svolgere controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese e segnalare le eventuali irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse. Al riguardo sono stati previsti sia a livello nazionale, sia a livello regionale, diversi strumenti di monitoraggio e rendicontazione.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, ha sviluppato e reso disponibile il sistema informatico REGIS, quale strumento volto a supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del Next Generation EU.

Ad esso si aggiunge il Si.Ge.Co – Sistema di gestione e Controllo, adottato con Decreto n. 7 del 29/07/2022 dal Ministero della Salute e successive modifiche, che descrive l'assetto organizzativo, i processi di attuazione, monitoraggio, rendicontazione, controllo, le misure di prevenzione di irregolarità e frodi, conflitti di interesse e duplicazione di finanziamento, gli obblighi di informazione, comunicazione e pubblicità;



I principali flussi procedurali inerenti i processi di controllo e rendicontazione del PNRR sono altresì descritti dalle linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi del PNRR, allegate alla circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 30 del 11 agosto 2022, che richiamano l'attenzione su alcuni elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità posti in capo ai soggetti coinvolti a vario titolo e a vari livelli nell'attuazione degli interventi PNRR;

A livello regionale sono state fornite ulteriori indicazioni operative con il Decreto n. 7796 del 25/05/2023 da Regione Lombardia, in qualità di Soggetto Attuatore tenuto a svolgere attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri Enti delegati. In particolare, Regione Lombardia, nel riservarsi un controllo di secondo livello in ordine agli interventi delegati, ha previsto in capo alle strutture sanitarie, in qualità di soggetti attuatori esterni, l'effettuazione e la documentazione dei controlli di primo livello espletati.

Sulla scorta dei provvedimenti sopra richiamati questa Azienda ha ritenuto opportuno costituire nell'anno 2023 un'apposita "Commissione controlli PNRR", preposta alla verifica e documentazione dei controlli, il cui coordinamento è demandato al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Con deliberazione n. 36 del 21/02/2024 sono state implementate delle modifiche sulla composizione e sul funzionamento della Commissione, composta attualmente da:

- Responsabile SC Controllo di Gestione;
- Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- Responsabile SC Affari Generali e Legali.

Al fine di preservare una posizione di indipendenza e di imparzialità nell'ambito dei controlli interni, i componenti della Commissione non sono direttamente coinvolti in nessun progetto PNRR.

Nel corso dell'anno 2024 la Commissione ha avuto modo di coordinare le attività di verifica sugli interventi PNRR attraverso riunioni periodiche con la Direzione Strategica e con i soggetti coinvolti. La Commissione ha poi supervisionato l'effettuazione da parte dell'Azienda degli adempimenti ex art. 2, comma 1, DL n. 19/2024 - Interventi di Investimento Missione 6 Salute al fine di garantire l'osservanza dell'Azienda a plurime richieste di rendicontazione da parte del Ministero della Salute e di Regione Lombardia.

Nell'anno 2024, in un'ottica di implementazione e coordinamento delle attività di rendicontazione e monitoraggio dei progetti PNRR, alla Commissione Controlli si sono aggiunti i seguenti gruppi di lavoro aziendali:

- ✓ Gruppo di lavoro aziendale PNRR, costituito con deliberazione n. 36 del 21/02/2024, con funzioni di supporto alle strutture deputate alla realizzazione dei progetti PNRR;
- ✓ Gruppo di lavoro aziendale preposto all'effettuazione dei controlli amministrativo-contabili dei singoli progetti.

Nello specifico i controlli amministrativo contabili sono stati effettuati con particolare riferimento ai seguenti interventi:

- ✓ 1.1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) - Audit del 02/10/2024;
- ✓ 1.1.2 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature) - Audit del 25/11/2024;
- ✓ 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - Magenta - Audit del 16/10/2024;



✓ 1.1 Case di Comunità e presa in carico della persona - Magenta – Audit del 16/10/2024.

Per l'effettuazione dei suddetti controlli sono state predisposte e compilate delle checklist, ciascuna delle quali, agli atti dell'ASST Ovest Milanese, è registrata con una numerazione progressiva e con l'indicazione della data che tiene traccia dell'effettuazione dei controlli.

In aggiunta ai controlli sopra richiamati, quest'Azienda ha avuto modo di programmare nel Piano di Audit 2024, di cui alla deliberazione n. 26 del 30/01/2024, un audit sulla corretta rendicontazione in ReGiS dei finanziamenti PNRR, il quale si è svolto in data 13/12/2024.

Nel corso del 2025 proseguiranno le attività di controllo sugli interventi PNRR in funzione degli stati di avanzamento degli stessi.

➤ **Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni**

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, considerata la rilevante importanza delle funzioni svolte, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

Svolge inoltre i propri compiti connessi all'attività anticorruzione con le verifiche e le attestazioni afferenti al settore della trasparenza, prima tra queste, l'attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, alla quale si rinvia nel paragrafo "Organismo Indipendente di Valutazione".

L'anno 2024 ha visto la cessazione dell'incarico dei componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni a suo tempo nominati con deliberazione n. 335 del 30/07/2021.

L'ASST Ovest Milanese, in esito alla procedura ed in osservanza alle Linee Guida Regionali, con deliberazione n. 430 del 07/08/2024, ha quindi proceduto alla nomina dei nuovi componenti, il cui incarico, come da normativa vigente, avrà durata triennale a decorrere dal giorno 01/09/2024, con possibilità di rinnovo per una sola volta.

➤ **Il Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è un organo dell'Azienda, che espleta un'ulteriore attività di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso i controlli afferenti alle proprie competenze istituzionali.

Il Collegio Sindacale svolge le funzioni di verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, amministrativo, contabile e sull'osservanza delle leggi.

Nel corso dell'anno 2024, come da deliberazione n. 362 del 11/07/2024 l'ASST Ovest Milanese ha preso atto della nuova designazione da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze procedendo di conseguenza alla nomina del nuovo componente del Collegio Sindacale.

➤ **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari**

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari aziendale concorre alla prevenzione della corruzione mediante l'esercizio dell'azione disciplinare nei casi di violazione del Codice di Comportamento aziendale. Al riguardo si segnala che nell'anno 2024 l'ASST Ovest Milanese ha rinnovato la composizione della presente figura aziendale, declinata nella deliberazione n. 493 del 19/09/2024.

Nello specifico le figure di Presidente titolare e Presidente supplente sono rivestite rispettivamente dagli attuali Responsabili della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e della SC Area Accoglienza.

Ad essi si aggiungono i seguenti componenti:



AREA	TITOLARE	SUPPLENTE
<b>Dirigenza Medica e Sanitaria</b>	- Presidente - Dirigente Area Sanità - Dirigente Area Sanità	- Presidente supplente - Dirigente Area Sanità supplente - Dirigente Area Sanità supplente
<b>Dirigenza P.T.A.</b>	- Presidente - Dirigente P.T.A. - Dirigente P.T.A.	- Presidente supplente - Dirigente P.T.A. supplente - Dirigente P.T.A. supplente
<b>Comparto</b>	- Presidente - Dirigente P.T.A. - Dirigente DAPSS	- Presidente supplente - Dirigente P.T.A. supplente - Dirigente DAPSS supplente
<b>M.S.A. e altre professionalità sanitarie</b>	- Presidente - Dirigente Area Sanità - Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN	- Presidente supplente - Dirigente Area Sanità supplente - Medico/Professionista in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN supplente
<b>Medici di ruolo unico</b>	✓ Presidente ✓ Dirigente Area Sanità ✓ Medico in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN	- Presidente supplente - Dirigente Area Sanità supplente - Medico in rapporto di convenzionamento di cui al vigente ACN supplente

In sede di attivazione del singolo procedimento disciplinare, il Presidente dell'UPD, tenuto conto dell'Area a cui afferisce il personale nei confronti del quale è stato promosso il procedimento disciplinare, della natura del fatto contestato e dell'opportunità di individuare i componenti che per il loro ruolo possiedono maggiore competenza in materia, propone alla Direzione di volta in volta interessata i nominativi dei componenti della Commissione, che verranno formalizzati mediante specifico atto adottato dal Responsabile SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Le Commissioni disciplinari così costituite si occuperanno dei procedimenti disciplinari che verranno attivati dalla data di adozione del presente provvedimento.

Nell'anno 2024 si segnalano n. 8 procedimenti disciplinari.

### ➤ **Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Il Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio ha l'obbligo di segnalare le operazioni sospette ai sensi dell'art. 4 del Decreto Ministeriale 25 settembre 2015 del Ministero dell'Interno, inviando all'UIF (Unità Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia) una segnalazione, qualora venga a conoscenza, sospetti o abbia motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Le prescrizioni normative previste dal sistema antiriciclaggio e anticorruzione, indicano obiettivi e individuano modelli organizzativi che hanno lo scopo di prevenire e contrastare fenomeni di gravissima illegalità.



Tali modelli di prevenzione si basano sull'esigenza di affiancare al sistema di repressione un'attività di prevenzione. Entrambi fanno affidamento sull'integrità di quegli operatori disponibili a intercettare possibili condotte illecite, grazie ad efficaci presidi organizzativi, procedurali e di controllo.

L'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 219 del 25/06/2020, ha provveduto alla nomina del Gestore per le segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

L'Azienda ha altresì adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 247 del 23/07/2020 la procedura interna per la rilevazione di operazioni sospette e modalità di segnalazione alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia) per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

#### ➤ **Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda**

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento aziendale e nella sottosezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, nonché a prestare la loro collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge, a segnalare al RPCT eventuali situazioni di condotta illecita di cui siano venuti a conoscenza, anche attraverso l'istituto del Whistleblowing, ovvero a segnalare al proprio Responsabile gerarchico casi di conflitto di interessi.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda devono essere rispettate da tutti i soggetti che hanno un rapporto di lavoro con l'Ente, di qualsivoglia natura (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: dipendenti, specialisti ambulatoriali, incarichi libero professionali, borsisti, tirocinanti, ecc.) ai sensi di quanto disposto nel Codice di Comportamento aziendale. La violazione delle misure di prevenzione previste nel Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012 e s.m.i.).

### **2.3.5 Processi e valutazione del rischio**

La mappatura dei processi rappresenta una parte fondamentale dell'analisi del contesto interno. Essa costituisce un modo efficace di individuare le attività dell'amministrazione e comprendere l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi.

In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione spesso già presenti nelle organizzazioni (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.



La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento di Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

Le principali aree di rischio individuate dall'art.1, comma 16 della legge n. 190/2012 si riferiscono ai procedimenti di:

- ✓ autorizzazione o concessione;
- ✓ scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori), servizi e forniture;
- ✓ concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- ✓ concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

Nella fase di mappatura dei processi il Registro dei Rischi predisposto dal RPCT Aziendale è stato condiviso con i responsabili/referenti delle strutture complesse competenti per eventuali ulteriori aggiornamenti, modificazioni e/o integrazioni.

L'ASST Ovest Milanese ha adottato un criterio di mappatura delle aree maggiormente a rischio, ossia quelle che vengono ritenute di significativo impatto sul rischio di commissione di reati, prendendo a riferimento sia la L. 190/2012, sia le indicazioni di cui ai PNA.

Le aree di rischio si suddividono tra generali, obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, e specifiche, in funzione delle peculiarità dell'organizzazione dell'ASST.

Aree di rischio generali:

- ✓ Contratti pubblici;
- ✓ Acquisizione e gestione del personale;
- ✓ Incarichi e nomine;
- ✓ Affari legali e contenzioso;
- ✓ Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- ✓ Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

Aree di rischio specifiche:

- ✓ Attività libero professionale;
- ✓ Liste di attesa;
- ✓ Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- ✓ Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- ✓ Gestione fondi PNRR e fondi strutturali.

Per ogni area di rischio sono stati mappati i processi, per ciascuno dei quali sono stati individuati i possibili eventi rischiosi, il livello di rischio, le misure di prevenzione con relativa responsabilità di attuazione e le tempistiche di monitoraggio.



L'analisi del livello/grado di rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e dell'impatto che il rischio produce in caso di accadimento.

<b>IMPATTO</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Basso</b>
<b>PROBABILITÀ</b>			
<b>Alta</b>	alto	alto	medio
<b>Media</b>	alto	medio	medio
<b>Bassa</b>	medio	medio	basso

La valutazione del rischio ha un duplice obiettivo; il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. L'utilizzo di tale metodologia ha dato come esito valori di rischio "basso", "medio" e "alto".

I risultati della mappatura dei processi e la conseguente analisi di valutazione sono riportati nel Registro dei Rischi.

Nel corso dell'anno 2024 è stata predisposta una nuova matrice volta a definire e valutare i rischi attraverso un approccio di tipo qualitativo. Per l'anno 2025 la suddetta matrice sarà utilizzata per un'integrale revisione del registro dei rischi. Nello specifico in relazione alla stima del livello di esposizione al rischio, verranno utilizzati i seguenti indicatori di probabilità e impatto:

1) Probabilità

- ✓ Grado di discrezionalità;
- ✓ Livello di interesse esterno;
- ✓ Eventi sentinella;
- ✓ Grado di concentrazione del potere decisionale;
- ✓ Trasparenza;
- ✓ Controlli.

2) Impatto

- ✓ Impatto organizzativo;
- ✓ Impatto economico;
- ✓ Impatto reputazionale;
- ✓ Impatto funzionale.

Per ciascun evento rischioso si procederà ad una misurazione di ognuno degli indicatori sopra richiamati, applicando una scala di misurazione ordinale di cinque valori (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto). La scelta di prevedere cinque valori in luogo di tre deriva dalla necessità di stabilire con un maggior grado di precisione il livello di esposizione al rischio, anche al fine di declinare le misure preventive in modo calibrato al livello stimato.

Alla valutazione del rischio segue la fase di trattamento del rischio, volta 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.

Da questo punto di vista l'individuazione delle misure preventive deve avvenire con il coinvolgimento delle strutture organizzative, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati



(responsabili e addetti ai processi). In questo senso la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

Per le ragioni sopra evidenziate il procedimento di revisione del registro dei rischi, programmato per il 2025, avverrà coinvolgendo gli uffici competenti dei singoli processi delle aree di rischio.

### **2.3.6 Misure di prevenzione**

Una volta effettuata l'analisi del contesto e mappato i singoli processi con individuazione delle situazioni di rischio, è possibile procedere alla definizione delle misure preventive.

Ai fini di un'efficace integrazione e sinergia con la sezione relativa alla performance, nella programmazione delle misure di prevenzione della corruzione si è tenuto conto anche degli obiettivi di performance pianificati, in un'ottica di bilanciamento tra esigenze riconducibili all'imparzialità e al buon andamento dell'attività amministrativa. Si riportano di seguito le principali misure di prevenzione generali, fermo restando quanto previsto nel Registro dei Rischi in allegato.

#### **➤ Doveri di comportamento**

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla L. 190/2012 (nuovo art. 54 del D. Lgs. 165/2001) un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del D. Lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV».

Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell'Autorità.

A tal fine, il codice costituisce elemento complementare della pianificazione di anticorruzione e trasparenza di ogni amministrazione.

I codici sono approvati dall'organo di indirizzo politico-amministrativo su proposta del RPCT, cui è attribuito un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione, monitoraggio e aggiornamento del codice di comportamento, avvalendosi in tale ultimo caso dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari quale struttura di supporto.

L'ASST Ovest Milanese ha approvato il proprio codice di comportamento con delibera n. 10 del 29 gennaio 2016.

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASST Ovest Milanese definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Azienda sono tenuti ad osservare sulla base di quanto previsto dal DPR n. 62 del 16/04/2013.

Il Codice è pubblicato sul sito internet Aziendale nell'area "Amministrazione Trasparente".

Nel momento della sottoscrizione del contratto di assunzione tutti i neoassunti si impegnano a prendere conoscenza dei seguenti documenti Aziendali: Regolamento presenze assenze, Codice di Comportamento e Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza.



Tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto del principio della riservatezza e integrità dei dati Aziendali.

La violazione delle regole del Codice dà luogo a responsabilità disciplinare. Al fine di monitorare l'utilizzo del potere disciplinare volto al contrasto dei fenomeni corruttivi in applicazione del Codice di Comportamento e del Piano anticorruzione, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari è tenuto a comunicare al RPCT l'avvio dell'azione disciplinare e la conclusione del procedimento, precisando le norme che si assumono violate e le sanzioni comminate.

Tutto il personale è tenuto a prestare la sua collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza in relazione alla comunicazione di dati e segnalazioni.

Con DPR n. 81/2023 è entrato in vigore il *Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore il 14 luglio 2023.*

Nello specifico sono state previste nuove disposizioni volte a regolare l'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media.

Il Decreto si è altresì focalizzato sul comportamento dei dirigenti che deve essere improntato ai principi di "integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza".

In questo senso il dirigente ha la responsabilità diretta per la crescita professionale dei collaboratori, favorendo occasioni di formazione e opportunità di sviluppo di tutti i suoi collaboratori, e, più in generale, dovrà curare, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nelle proprie strutture, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, nonché di relazioni interne ed esterne basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia.

Si prevede poi espressamente che la misurazione della performance debba considerare sia il raggiungimento dei risultati che il comportamento organizzativo dei dipendenti.

Alla luce delle novità normative sopra citate è stata predisposta una bozza di aggiornamento al Codice di comportamento aziendale che per l'anno 2025 sarà condivisa alle figure competenti per la successiva adozione.

### ➤ **Rotazione**

La "rotazione del personale" è una misura di prevenzione della corruzione esplicitamente prevista dalla L. 190/2012 (art. 1, co. 4, lett. e), co. 5, lett. b), co. 10, lett. b).

Tenuto conto di alcune criticità operative che tale istituto presenta, l'ANAC nel PNA 2019, ribadisce quanto già disposto nei precedenti PNA e ha dedicato all'argomento un apposito approfondimento (ALL.2 PNA). L'orientamento dell'ANAC è stato quello di rimettere l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni e degli altri enti tenuti all'applicazione della L. 190/2012 in modo che queste possano adattarla alla concreta situazione dell'organizzazione degli uffici, indicando ove non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico) di operare scelte organizzative o adottare altre misure di natura preventiva con effetti analoghi.

Tuttavia, in sanità, l'applicabilità del principio della rotazione non deve compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e sanitaria e soprattutto non deve comportare lo spreco delle professionalità acquisite in ambito lavorativo, valori che vanno dunque temperati con le esigenze di rotazione.



Gli incarichi amministrativi e/o tecnici, ad esempio, richiedono competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno della ASST Ovest Milanese.

Qualora sussista una motivata ed oggettiva impossibilità ad attuare la rotazione, si adotteranno le misure utili ad attuare una separazione delle funzioni, così da garantire la plurisoggettività nel governo dei processi, con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di svolgere istruttorie ed accertamenti, adottare decisioni, attuare decisioni prese ed effettuare verifiche.

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nella programmazione anticorruzione o in sede di autonoma regolamentazione cui il Piano deve rinviare. L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. 1-quater) D. Lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

La citata disposizione stabilisce l'obbligo per l'amministrazione di disporre, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Per l'elenco dei reati si rinvia alla Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019; la Delibera ANAC n. 345 del 22 aprile fa invece riferimento all'individuazione dei soggetti tenuti all'adozione del provvedimento motivato di rotazione ovvero quello di permanenza del dipendente nell'Ufficio nel quale si sono verificati i fatti di rilevanza penale o disciplinare.

### ➤ **Conflitto di interesse**

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione. Esso è stato affrontato dalla L. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- ✓ astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- ✓ conflitto d'interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- ✓ ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi;
- ✓ adozione dei codici di comportamento;
- ✓ divieto di pantouflage;
- ✓ autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- ✓ tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing).



In merito all'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, si evidenzia che con l'art.1, co. 41, della L. 190/2012 è stato introdotto, nella Legge sul procedimento amministrativo (L. 7 agosto 1990, n. 241), l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

Ogni Dirigente ha l'onere di vigilare sull'applicazione della disciplina dell'astensione in caso di conflitto di interesse e ogni dipendente che svolge l'incarico di Responsabile del procedimento ha l'onere di segnalare i casi di conflitto di interesse al Dirigente responsabile (ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/90 e dell'art. 6 del DPR 62/13). Tale regola è contenuta nell'art. 6 del Codice di Comportamento dell'ASST Ovest Milanese e, in caso di violazione, dà luogo a responsabilità disciplinare.

Tra le azioni previste per la gestione del conflitto di interesse si evidenzia:

- ✓ mappatura di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);
- ✓ predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi e individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale;
- ✓ individuazione dei soggetti tenuti a ricevere e a valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
- ✓ attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia.

### ➤ **Contratti pubblici**

La disciplina in materia di contratti pubblici è stata oggetto di una sostanziale riforma. Con il decreto legislativo n. 36/2023 il legislatore ha infatti approvato il nuovo Codice dei contratti pubblici.

Diverse sono le novità. Tra queste si ricordano la codificazione dei principi generali, tra cui in particolare il principio del risultato che costituisce criterio prioritario per l'esercizio del potere discrezionale e per l'individuazione della regola del caso concreto, la nuova figura del responsabile unico del progetto (RUP), la digitalizzazione, la disciplina degli appalti sotto soglia e il diverso ruolo dell'ANAC.

Nel progetto del nuovo codice diviene centrale la digitalizzazione, quale strumento di attuazione degli obiettivi del PNRR e di prevenzione della corruzione, volto ad assicurare una maggiore trasparenza, tracciabilità, partecipazione e controllo di tutte le attività.

Le innovazioni normative rese dal nuovo Codice hanno spinto l'ANAC a revisionare con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 il PNA 2022 proprio con riferimento alla parte speciale relativa ai contratti pubblici. In particolare, sono stati rivisti i fattori di rischio e le raccomandazioni sulle misure preventive applicabili.



Tenuto conto delle nuove disposizioni normative e delle indicazioni fornite da ANAC, si è proceduto ad un aggiornamento del Registro dei rischi per quanto concerne l'area dei contratti pubblici.

➤ **Conflitto di interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici**

Alle fonti normative in materia di conflitto di interessi sopra indicate, sono state aggiunte specifiche disposizioni nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

La definizione di conflitto d'interesse è espressamente citata all'art. 16, comma 1 del nuovo Codice: *“si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.”*

La norma, pertanto, si riferisce al personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi, ai lavoratori subordinati e a tutti coloro che in base a un valido titolo giuridico sono in grado di impegnare l'ente nei confronti di terzi o hanno titolo per influenzare l'attività esterna.

Sulla base di tale ampia definizione, per l'ASST il conflitto di interessi riguarda tanto il personale che assume la qualifica di RUP e/o di DEC, quanto il/i propri collaboratori che, sulla base della specifica attività svolta e del ruolo ricoperto, possono influenzare la procedura di gara.

Il codice presenta una novità al comma 2 prevedendo che *in coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.*

Il comma 4 si focalizza poi sugli adempimenti in capo alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, i quali devono adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni, e vigilare sul rispetto degli obblighi di astensione e segnalazione.

A livello aziendale la nomina del RUP e del DEC e dei commissari di gara relativa alla singola procedura di gara è subordinata alla acquisizione della dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di conflitti di interessi.

Il RUP, il DEC e i commissari di gara che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interesse in riferimento a una specifica procedura di gara o che in base alle circostanze da loro conosciute potrebbero far sorgere conflitto di interesse, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

La dichiarazione deve essere rilasciata al responsabile del procedimento, essa ha come oggetto le situazioni potenzialmente idonee a porre in dubbio l'imparzialità e indipendenza. Il Responsabile Unico del Progetto rilascia la dichiarazione al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico (secondo POAS).



I controlli sulle dichiarazioni in virtù dell'art 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, sono fatti a campione, essi vengono fatti sempre quando insorgono sospetti sulla non veridicità delle dichiarazioni, sono fatti in contraddittorio con il dichiarante.

Nel caso il conflitto sia sorto successivamente, i soggetti devono darne comunicazione immediatamente al responsabile dell'ufficio e al RUP, nel caso il conflitto insorga in capo al RUP, egli lo deve dichiarare a chi lo ha nominato e al proprio superiore gerarchico.

Nel caso non vengano prodotte le dichiarazioni sopracitate, per i dipendenti pubblici si verifica la fattispecie di comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013 n. 62.

### ➤ **Patti di integrità**

I Patti di integrità sono degli accordi tra la Stazione appaltante e gli operatori economici. Essi sono disciplinati dall'art. 1, comma 17, della L. 190/2012, e hanno l'effetto di vincolare le parti contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

In attuazione di quanto sopra, i Servizi interessati utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse, inserendo negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia per il rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità.

Per lo schema di Patto di Integrità in materia di contratti pubblici, si rinvia alla DGR n. 1751 del 17/06/2019.

Azioni previste:

- ✓ Indicazione, a livello di promemoria, dell'obbligatorietà di sottoscrizione del patto già nelle fasi preliminari di procedura e non solo in fase di aggiudicazione/assegnazione di una fornitura/servizio, in modo da poter migliorare il monitoraggio della sottoscrizione di tale documento.
- ✓ Inserimento, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente.
- ✓ Segnalazione al RPCT di qualsiasi atto del candidato o dell'offerente che integri tentativi di influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti.
- ✓ Previsione, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti. In particolare:
  - a) esclusione dalla procedura di affidamento ed escussione dalla cauzione provvisoria;
  - b) applicazione di una penale sino al 5% del valore del contratto e/o revoca dell'aggiudicazione, o risoluzione di diritto del contratto eventualmente stipulato ed escussione della cauzione provvisoria o definitiva, in caso di violazione commessa e/o riscontrata nella fase successiva all'aggiudicazione e durante l'esecuzione del contratto.



### ➤ **Inconferibilità e incompatibilità**

La disciplina dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 165/2001.

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato.

Gli incarichi rilevanti ai fini dell'applicazione del regime delle incompatibilità e inconferibilità sono gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi amministrativi di vertice, di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati, i componenti di organo di indirizzo politico, come definiti all'art. 1 del D. Lgs. 39/2013.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del D. Lgs. 39/2013).

L'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni sul rispetto della disciplina con la Delibera n. 833 del 3 agosto 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», cui si rinvia.

L'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

L'Azienda ha adeguato le proprie procedure previste per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi – senza esclusione alcuna – di inconferibilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D. Lgs. 39/2013.

La SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, in qualità di struttura che svolge istruttoria, acquisisce le dichiarazioni al fine del conferimento dell'incarico dirigenziale, provvedendo alla pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del D. Lgs. 39/2013, nonché alla verifica a campione della veridicità delle dichiarazioni rese.

Nel corso dell'anno 2022 il RPCT, in collaborazione con la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, ha provveduto ad una revisione del modulo di autodichiarazione di assenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, al fine di renderne il contenuto maggiormente chiaro ed esaustivo.

Annualmente la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane richiede ai dirigenti interessati l'aggiornamento delle dichiarazioni al fine di verificare l'eventuale verificarsi di una causa di incompatibilità od inconferibilità.

### ➤ **Pantouflage – svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

L'art. 1, co. 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "Incompatibilità successiva" (pantouflage o revolvingdoors), introducendo all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.



La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Al fine di garantire l'ottemperanza alla disciplina prevista dall'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. 165/01, è stata adottata come misura di attuazione l'inserimento nei contratti di incarico e di assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Con deliberazione n. 493 del 25/09/2024 ANAC ha emanato delle linee guida con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al divieto di pantouflage non esaminati nei suoi precedenti atti. A tal riguardo, nell'ambito della revisione del registro dei rischi programmata per il 2025, si prevede di valutare l'opportunità di implementare delle eventuali ulteriori azioni da parte dell'Azienda.

#### ➤ **L'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali**

L'Azienda si è dotata di un regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.123 del 19/04/2018, in materia incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, così come previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/01 che contiene inoltre la disciplina dell'apposita procedura per il conferimento/autorizzazione degli incarichi con indicazione dell'attività istruttoria da espletare e le competenze dei soggetti coinvolti. Nel rispetto della normativa, tale disciplina regolamentare tiene conto e garantisce al dipendente la possibilità di non perdere occasioni di arricchimento professionale, culturale e scientifico, utili a determinare una positiva ricaduta sull'attività istituzionale.

#### ➤ **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower)**

Con il decreto legislativo, 10 marzo del 2023, n. 24, l'Italia ha recepito la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

In questo senso il legislatore ha raccolto in unico testo normativo l'intera disciplina volta a regolare, da un lato, i canali di segnalazione di atti illeciti, e, dall'altro, le misure di protezione che devono essere garantite al segnalante (c.d. Whistleblower).

In termini generali con l'espressione "Whistleblower" si fa riferimento alla persona che segnala, divulga, ovvero denuncia all'Autorità Giudiziaria violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

Come tale, l'istituto del Whistleblowing si annovera tra le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, costituendo uno strumento indispensabile volto a garantire l'applicazione dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento di cui all'articolo 97 della Costituzione.

Da questo punto di vista, assicurando una protezione, in termini di riservatezza e tutela da ritorsioni, ai soggetti che si espongono con segnalazioni, divulgazioni, denunce, si intende contribuire all'emersione e alla prevenzione di comportamenti e situazioni pregiudizievoli per le stesse amministrazioni o enti di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.



Il nuovo decreto, prevedendo all'articolo 23 il superamento della disciplina precedente, introduce diverse novità, tra cui:

- ✓ la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;
- ✓ l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- ✓ l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- ✓ la disciplina di tre canali di segnalazione e delle condizioni per accedervi: interno (negli enti con persona o ufficio dedicato oppure tramite un soggetto esterno con competenze specifiche), esterno (gestito da ANAC) nonché il canale della divulgazione pubblica;
- ✓ l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- ✓ la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- ✓ i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- ✓ la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- ✓ l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- ✓ la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e l'introduzione da parte dei soggetti privati di sanzioni nel sistema disciplinare adottato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Con delibera n. 311 del 12 luglio 2023 ANAC ha approvato le linee guida riguardanti le nuove misure in materia di whistleblowing, volte a fornire raccomandazioni sulle modalità di applicazione del decreto e indicazioni agli enti pubblici e privati sulla gestione dei canali di segnalazione e dei modelli organizzativi interni.

In attuazione della normativa sopra richiamata, e, tenuto conto delle linee guida ANAC, l'ASST Ovest Milanese ha aggiornato il proprio regolamento aziendale con deliberazione n. 683 del 21/12/2023.

Il nuovo regolamento, in aggiunta agli strumenti già in atto, ha previsto l'implementazione del canale di segnalazione interno mediante apposita piattaforma informatica volta a garantire con maggior efficacia la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Il canale criptato, è liberamente accessibile dalla Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale [www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it).

Nel corso dell'anno 2024 si sono registrate n. 4 segnalazioni, pervenute tramite la piattaforma sopra richiamata. Il RPCT ha provveduto a gestire le stesse nel rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente.

Il RPCT ha provveduto altresì fornire riscontro sull'applicazione del whistleblowing a Regione Lombardia nel rispetto della scadenza del 16/02/2024.

### ➤ **Formazione**

Ai sensi dell'art 1, comma 9, lett. b) della L. 190/2012, nella pianificazione anticorruzione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di esposizione a fenomeni corruttivi, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio.



Nell'anno 2024 si sono tenute diversi eventi formativi per il personale aziendale. In particolare, durante il primo semestre (10 aprile e 8 maggio) si sono svolte delle apposite sessioni dedicate al personale sanitario e socio sanitario, mentre nel secondo semestre (12 e 19 novembre) è stato erogato uno specifico corso di formazione per il personale tecnico amministrativo.

Gli eventi sopra richiamati si sono svolti mediante formazione in house a cura del personale afferente all'Uff. Anticorruzione e Trasparenza. Al fine di consentire la massima partecipazione possibile tutte le sessioni formative si sono tenute in modalità mista (in presenza e da remoto).

Gli eventi formativi hanno avuto ad oggetto il quadro normativo in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, con un focus dedicato alla c.d. riforma Nordio (L. 114/2024 e D.L. n. 92/2024), al nuovo codice dei contratti pubblici e all'istituto del whistleblowing.

Durante lo svolgimento degli eventi formativi si sono verificate numerose occasioni di confronto con i partecipanti che hanno permesso di approfondire diversi aspetti pratici e di chiarire le questioni controverse nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Per l'anno 2025 si prevede di proseguire l'attività formativa per il personale dell'Azienda.

#### ➤ **Rischi connessi all'attuazione del PNRR**

L'ingente flusso di finanziamenti legati al PNRR costituisce una particolare area di rischio rispetto alla quale appare indispensabile prevedere degli appositi presidi volti a monitorare la corretta gestione degli stessi.

Al riguardo ANAC ha previsto nel PNA 2022 e nel relativo aggiornamento apposite indicazioni nell'individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza agili e al contempo utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi.

Le suddette raccomandazioni sono state successivamente integrate nell'aggiornamento al PNA 2022, adottato con delibera n. Nel recepire le raccomandazioni di ANAC è stata inclusa nel Registro dei rischi una specifica area di rischio dedicata alla gestione dei fondi PNRR, ove sono stati mappati i processi relativi e individuate le misure di prevenzione di fenomeni corruttivi.

Al riguardo si precisa come nell'anno 2024 quest'Azienda ha provveduto a mappare l'area di rischio correlata alla gestione dei fondi PNRR. A queste si aggiungono le attività di controllo svolte dalle apposite figure aziendali costituite, come già descritte nel paragrafo "Commissione Controlli PNRR".

### **2.3.7 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

La ASST Ovest Milanese attua l'attività di monitoraggio a più livelli:

- ✓ monitoraggio di primo livello, in capo ai Dirigenti apicali delle strutture organizzative, tenuti ad assicurare, per i procedimenti di rispettiva competenza, la verifica della piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza contenute nel PTPCT ed a segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate;



- ✓ monitoraggio di secondo livello, in capo al RPCT, chiamato a verificare, attraverso la richiesta e l'acquisizione di documenti e informazioni, la funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio";
- ✓ monitoraggio di terzo livello, attraverso l'esecuzione di audit, nelle aree a più alto rischio di corruzione, individuate annualmente nel Piano di Audit.

Il RPCT, con cadenza semestrale, verifica lo stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nell'allegato Registro dei Rischi, mediante la richiesta ai responsabili degli uffici della rendicontazione rispetto agli indicatori riportati nel Registro. Nell'anno 2024 è stato effettuato il consueto monitoraggio semestrale e annuale coinvolgendo ciascuna struttura competente nella gestione dei processi a rischio corruttivo. Dagli esiti del monitoraggio non si sono riscontrati scostamenti sostanziali tra quanto previsto nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e quanto effettivamente attuato.

Con riferimento infine al terzo livello, come già evidenziato nel paragrafo "Dirigente Responsabile delle funzioni di Internal Audit" si fa presente che nell'anno 2024 si svolti diversi audit e follow up in diverse aree ad alto rischio di corruzione, con particolare riferimento all'area dei contratti pubblici, attività libero professionale e liste di attesa. Per l'anno 2025 entro il 31 gennaio si prevede l'adozione del Piano di audit 2025, all'interno del quale, sulla base delle linee guida e del Piano di Audit di Regione Lombardia, nonché delle indicazioni di ORAC, verranno individuate le aree oggetto di controllo.

### **2.3.8 L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013**

Con la L. 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

L'art. 1 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" definisce la Trasparenza come "l'accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche."

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il D. Lgs. n. 97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

In particolare, è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Di fondamentale importanza per la stesura della presente sezione del Piano, rivestono le seguenti deliberazioni dell'ANAC:



- ✓ La deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art.5 co 2 del D. Lgs. 33/2013”;
- ✓ La deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 “Line guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute del D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016”.

Come disposto dall’art. 10, comma 3 del D. Lgs. 33/2013, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali tale per cui, il tema della Trasparenza costituisce obiettivo inserito nel Piano della Performance e posto a carico di ciascun responsabile di unità operativa che detiene dati oggetto di pubblicazione.

I dati oggetto di pubblicazione sul sito internet Aziendale sono quelli declinati dal D. Lgs. 33/2013 e delle linee guida ed analiticamente e puntualmente elencati nella griglia allegata alla delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016.

In ossequio a quanto disposto dalla normativa citata, è stata inserita nella home page del sito istituzionale dell’Azienda: [www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it) una sezione denominata “Amministrazione Trasparente”. Tale sezione è stata suddivisa, così come richiesto dal D. Lgs. 33/2013, nelle sotto-sezioni espressamente richiamate da detto decreto legislativo. All’interno di ciascuna sotto-sezione sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

L’Azienda è tenuta ad assicurare la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla L., garantendone l’integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell’amministrazione, l’indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza, è l’indicazione dei nominativi dei soggetti e uffici responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni.

Tutti i documenti pubblicati devono riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l’oggetto al fine di garantire l’individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato. Ogni soggetto dell’Azienda, in qualità di “Fonte Responsabile”, fornirà i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto e accessibile. L’aggiornamento dei dati contenuti nella sezione “Amministrazione Trasparente” avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. La struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale entro tre giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta.

Attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli Stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l’andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance. La verifica periodica della Sezione Trasparenza, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l’Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli Stakeholder.

Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengono anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza.



Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, la L. 190/2012 contiene riferimenti al formato aperto (art. 1, commi 32, 35 e 42). In particolare, il comma 35 stabilisce che *“per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità”*.

L'Azienda, al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, si impegna ad un progressivo allineamento alle previsioni normative, avendo come riferimento le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, in particolare le sezioni relative agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati, e i documenti tecnici della ANAC.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 8, comma 3 del D. Lgs. 33/2013, sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative.

Un'importante modifica è quella apportata all'art. 8 comma, 3 dal D. Lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini stabiliti dall'art. 14, comma 2 e art. 15, comma 4, gli atti e i dati non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno.

Con l'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici il legislatore ha dettato una nuova disciplina sulla pubblicità legale.

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto:

- ✓ che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- ✓ che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- ✓ la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato “Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture” con il seguente:
  1. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.*
  2. *Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.*
- ✓ che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;



- ✓ che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Sulla scorta delle novità normative sopra riportate ANAC ha fornito indicazioni sulle modalità di pubblicazione dei dati.

In particolare, nella deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- ✓ con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- ✓ con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- ✓ con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della deliberazione n. 264/2023, aggiornata con deliberazione n. 601/2023.

Nel corso dell'anno 2024 è stata aggiornata la sottosezione "*bandi di gara e contratti*" in conformità alle indicazioni dell'allegato 1 della delibera ANAC n. 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

### **2.3.9 Responsabilità e misure organizzative**

Ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza sono previste diverse figure, rappresentate dai seguenti soggetti:

- ✓ Responsabile della Trasparenza;
- ✓ Dirigenti responsabili;
- ✓ Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

#### **➤ Responsabile della Trasparenza**

La modifica apportata all'art.1 comma 7 della L. 190/2012 dal D. Lgs. 97/2016, in cui si è previsto che siano assegnate ad un unico soggetto le due responsabilità, comporta che il RPCT dovrà svolgere la regia complessiva della pianificazione dell'anticorruzione e della trasparenza, in costante coordinamento con le strutture dell'amministrazione.

Al Responsabile sono attribuite le funzioni previste dall'art.43 del D. Lgs. 33/2013, così modificato dall'art.34 del D. Lgs. 97/2016 e nello specifico svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

#### **➤ Dirigenti responsabili**

Ulteriore ruolo fondamentale in materia di trasparenza è ricoperto dai Dirigenti responsabili/referenti delle strutture individuate, ai quali spetta adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti dal presente Piano.

In particolare, i Dirigenti, nell'esercizio della propria funzione di responsabile del procedimento:



- ✓ curano la selezione, la raccolta dei dati da pubblicare ed il successivo invio degli stessi all'unità operativa preposta all'aggiornamento del sito internet Aziendale;
- ✓ garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla Legge;
- ✓ garantiscono 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'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- ✓ controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico istituito regolamentato dall'art. 5 del presente decreto;
- ✓ partecipano alle iniziative di formazione sul tema della trasparenza e curano la formazione sul tema del proprio personale, promuovendo la diffusione della conoscenza delle norme di riferimento e la cultura della trasparenza all'interno della propria unità operativa.

Ciascun Responsabile ha la facoltà di individuare un "Titolare della funzione operativa", ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta e pubblicazione dei dati, dandone comunicazione al Responsabile per la Trasparenza. Il Responsabile svolge le proprie funzioni in stretto raccordo con i Responsabili per materia, dei Sistemi Informativi, i Responsabili del sito istituzionale e della Comunicazione al fine di costantemente garantire l'efficacia dell'azione e il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Nel 2024 si è dato avvio al procedimento di implementazione del nuovo sito istituzionale, ivi compresa la sezione "Amministrazione Trasparente", rispetto alla quale si è proceduto ad una rimappatura delle strutture e delle personale competenti alla pubblicazione dei dati per ciascuna sottosezione. Si prevede di concludere il procedimento nel corso dell'anno corrente.

#### ➤ **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'OIV ha il compito di verificare la coerenza degli obiettivi di trasparenza con quelli indicati nel Piano delle Performance, valutando l'adeguatezza degli indicatori ivi contenuti e di tenere conto dell'apporto delle diverse strutture alla attuazione del Programma Trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa, sia individuale, del Responsabile e dei Dirigenti degli uffici deputati a mettere a disposizione i dati.

L'organismo di valutazione è altresì tenuto a fornire attestazione all'ANAC circa le verifiche dalla stessa richieste sugli adempimenti dell'Azienda.

Per l'anno 2024 l'attestazione a cura del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni è avvenuta nella seduta del 09/07/2024.

Il RPCT ha quindi provveduto a pubblicare l'attestazione unitamente alla griglia di rilevazione nella piattaforma ANAC e in Amministrazione Trasparente, nella sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione", in conformità alle indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 213 del 23/04/2024.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il responsabile non risponde se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.



### **2.3.10 Accesso civico semplice e Accesso civico generalizzato**

L'Accesso civico semplice è disciplinato dall'art. 5, comma 1 del D. Lgs. 33/2013. Si tratta di uno strumento che la normativa fornisce ai cittadini per ottenere dalla Pubblica Amministrazione il rispetto dell'obbligo di pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti dal Decreto stesso.

La richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione circa il soggetto che vi fa ricorso, è gratuita e non richiede motivazione. La richiesta di accesso civico semplice riguarda esclusivamente i casi previsti dal D. Lgs. 33/2013 e non può comportare l'obbligo per la Azienda di pubblicare informazioni diverse, peraltro ottenibili con altre modalità.

Essa si realizza mediante la presentazione di richiesta scritta indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza avente ad oggetto "Accesso Civico" ([trasparenza@asst-ovestmi.it](mailto:trasparenza@asst-ovestmi.it)), in alternativa: direttamente con consegna al Protocollo Aziendale ([protocollo@pec.asst-ovestmi.it](mailto:protocollo@pec.asst-ovestmi.it)), in entrambe le ipotesi la richiesta di accesso dovrà essere corredata di copia del documento di identità richiedente.

Nella sezione Trasparenza del sito Aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.1 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

La richiesta di accesso deve essere riscontrata dall'Amministrazione entro 30 giorni, con risposta scritta, ovvero con pubblicazione diretta dei dati richiesti, fermo restando il rispetto delle regole di cui alla normativa sulla privacy.

L'Accesso civico generalizzato, introdotto con il D. Lgs. 97/2016, riguarda i dati ed i documenti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, detenuti dall'Amministrazione; l'istanza può essere avanzata da chiunque, senza necessità di specifica legittimazione e senza obbligo di motivazione. Si tratta di un diritto, che deve essere esercitato nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso deve essere presentata all'Ufficio o Servizio che detiene i dati o i documenti di interesse. Qualora tale informazione non sia nota, la richiesta può essere presentata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ([protocollo@pec.asst-ovestmi.it](mailto:protocollo@pec.asst-ovestmi.it)), che la inoltra alla struttura competente.

Nella sezione Trasparenza del sito Aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.2 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

È stato istituito a cura della SC Affari Generali e Legali il registro degli accessi i cui esiti sono pubblicati con cadenza semestrale, nella sezione Trasparenza- dati ulteriori-accesso civico.

### **2.3.11 L'equilibrio con la Privacy**

La richiesta continua di trasparenza dell'azione amministrativa si accompagna alla tutela della privacy. In questo senso appare di fondamentale importanza assicurare entrambe le esigenze in un'ottica di equilibrio e di bilanciamento.

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ha apportato importanti novità in materia di trattamento dei dati personali e di privacy.



In particolare, all'art. 37, ha stabilito l'obbligo per il titolare del trattamento di nominare un responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una figura interna o esterna all'Ente.

Al riguardo, nell'ipotesi in cui il RPD venga individuato fra soggetti interni all'Amministrazione, l'ANAC ha ritenuto che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT.

Alla luce di quanto sopra, questa Azienda, nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore Generale n. 42 del 01 febbraio 2018.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento e confronto anche per il RPCT e svolge i compiti di cui all'art. 39 del GDPR e, in particolare: informa e fornisce consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 679/2016 nonché da altre disposizioni normative relative alla protezione dei dati e funge da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento.

Dal punto di vista organizzativo, l'ASST Ovest Milanese, oltre ad aver nominato un RPD "interno", ha previsto di delegare alcune funzioni del Titolare alle figure dirigenziali di seguito indicate, tenuto conto della complessità e della eterogeneità strutturale della stessa ASST:

- ✓ i Direttori di Struttura Complessa (SC) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice di Staff (SS di Staff);
- ✓ i Responsabili di specifiche funzioni assegnate agli staff della Direzione strategica.

Il restante personale viene autorizzato al trattamento dei dati per le funzioni e le mansioni ad esso attribuite.

In azienda sono nominati gli amministratori di sistema che operano presso la SC Sistemi Informativi.

Con delibera n. 93/2024 è stato riconfermato il gruppo di lavoro privacy, composto dai Responsabili di tutte le funzioni trasversali in azienda.

L'azienda è dotata delle seguenti policy aziendali:

- ✓ Reg. Privacy (deliberazione n. 551/2022);
- ✓ Reg. Data Breach (deliberazione n. 554/2022);
- ✓ IAP106 (istruzione operativa di emissione informative privacy);
- ✓ Reg. Sperimentazioni, contenente specifica disciplina per la gestione privacy nell'ambito della ricerca.

I regolamenti aziendali sopra richiamati costituiscono applicazione della normativa vigente e declinano le disposizioni volte a regolare la tutela della riservatezza dei dati personali e particolari nell'ambito aziendale nonché per l'adozione di provvedimenti ed atti amministrativi. Sono altresì declinate le misure e i procedimenti da osservare in caso di Data Breach.

Ad essi si aggiunge la Procedura aziendale gestione dell'attività di audit privacy interni (PAP163 – Rev. 0 del 28/10/2024) con la quale vengono definiti il processo di pianificazione, conduzione e gestione degli audit interni, in materia di privacy.

Nell'ambito della relazione annuale del DPO viene proposta la programmazione delle principali attività privacy relative agli audit, allo sviluppo/approfondimento dei temi principali (es. telemedicina), allo svolgimento di valutazione d'impatto (DPIA), sui trattamenti a maggior rischio in base alle necessità.



Nell'ambito del piano di formazione aziendale viene formulata la proposta formativa in materia di privacy che, negli anni, è stata modulata in differenti modi: rivolta a tutti i dipendenti dell'azienda o mirata a favore di determinate categorie professionali. Le attività formative vengono erogate sia in modalità FAD che con presenza in aula.

In questa sede appare opportuno evidenziare altresì che, con riferimento all'applicazione del GDPR in materia di trasparenza della pubblica amministrazione, il Garante è intervenuto con apposite linee guida (provvedimento n. 243 del 15/05/2014) per assicurare la protezione dei dati personali.

Nello specifico le linee guida:

- ✓ individuano le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nel momento in cui diffondono dati personali sui propri siti web istituzionali in base alla normativa sulla trasparenza;
- ✓ precisano che l'ente pubblico deve limitarsi a pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati per adempiere agli obblighi di trasparenza;
- ✓ precisano che i dati sensibili possono essere trattati solo se indispensabili ai fini degli obblighi di trasparenza, ovvero quando la trasparenza non può essere raggiunta con dati anonimi o di altro tipo;
- ✓ vietano la diffusione di dati personali che rivelano lo stato di salute o di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici o psichici;
- ✓ stabiliscono che prima di procedere alla pubblicazione sul proprio sito di dati personali, l'ente pubblico deve:
  - 1) individuare se esiste un presupposto di L. o di regolamento che legittima la diffusione del documento o del dato personale;
  - 2) verificare se ricorrono i presupposti per l'oscuramento di determinate informazioni;
  - 3) sottrarre all'indicizzazione (cioè alla reperibilità sulla rete da parte dei motori di ricerca) i dati sensibili e giudiziari;
- ✓ si occupano di determinati obblighi di pubblicazione:
  - 1) le dichiarazioni dei redditi dei componenti degli organi di indirizzo politico e dei loro familiari, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza e delle previsioni a tutela dei dati;
  - 2) i compensi di alcuni soggetti (i titolari di incarichi amministrativi di vertice) evitando di pubblicare la versione integrale dei documenti contabili e fiscali o altri dati eccedenti (i recapiti individuali e le coordinate bancarie utilizzate per effettuare i pagamenti);
  - 3) i provvedimenti amministrativi (concorsi e prove selettive);
  - 4) gli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici e l'elenco dei soggetti beneficiari;
  - 5) in merito alla concessione di benefici economici a particolari categorie, non possono essere pubblicati:
    - ✓ dati identificativi dei soggetti beneficiari di importi inferiori a 1000€ nell'anno solare;
    - ✓ le informazioni idonee a rivelare lo stato di salute o la situazione di disagio economico-sociale degli interessati;
    - ✓ i dati eccedenti o non pertinenti.

Nell'ambito del bilanciamento degli obblighi di trasparenza e di tutela della riservatezza si segnala altresì il Comunicato del Presidente dell'ANAC, pubblicato il 3 luglio 2024 relativo alle "indicazioni



in merito all'inserimento di dati personali nelle informazioni trasmesse alla Banca Dati Nazionale del Contratti Pubblici e/o pubblicate sul sito istituzionale delle Amministrazioni", con cui vengono fornite specifiche indicazioni rispetto alla pubblicazione di dati personali nei provvedimenti pubblicati online o trasmessi alla BDNCP, tenuto conto del parere del Garante del 7 febbraio 2013.

### **2.3.12 Coordinamento con sezione performance**

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è stato chiaramente indicato dal legislatore che la programmazione di anticorruzione e trasparenza debba essere coordinata rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di pianificazione presenti nell'amministrazione, tra cui in particolare quello relativo alla performance.

Così l'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il legame, inoltre, è rafforzato dalle disposizioni contenute nell'art. 44 del D. Lgs. 33/2013 in cui si prevede, in primo luogo, che l'OIV ed altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nella programmazione anticorruzione e quelli indicati nella pianificazione sulla performance e valutino l'adeguatezza dei relativi indicatori; in secondo luogo, che le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione siano utilizzati sempre dagli OIV ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

Tale esigenza di coordinamento ha, da ultimo, trovato nel PIAO, quale unico strumento di programmazione, istituito con la duplice finalità, da un lato, di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dall'altro, di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e di procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, la concreta applicazione.

È dunque necessario un coordinamento tra la sezione anticorruzione e trasparenza e quella relativa alla performance.

Annualmente vengono sviluppate le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel PTPCT, declinate in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato.

Il Nucleo di Valutazione dell'Azienda (con funzioni di O.I.V.) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che la pianificazione per la prevenzione della corruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'Anticorruzione e alla trasparenza.

## **3. Organizzazione e capitale umano**

### **3.1 Struttura Organizzativa**

Il vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato dall'Ente regione con DGR n. XI/6796 del 02/08/2022 ed adottato con la deliberazione n. 347 dell'8/8/2022,



nel corso del 2024 è stato aggiornato in linea con quanto indicato dalla DG Welfare con nota G1.2024.0024531 del 21/06/2024.

L'aggiornamento del suddetto Piano è stato adottato dall' Azienda con deliberazione n. 416 del 02/02/2024 e approvato da Regione Lombardia con DGR n. XII/3284 del 31/10/2024.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo interno, l'Azienda è così strutturata:

- in Presidi Ospedalieri e in Dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza agli standard ospedalieri a cui afferiscono le Strutture Complesse
- in Distretti e in Dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali della ASST in cui si svolge l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di assistenza distrettuale

Alla data del 31 dicembre 2024, l'Azienda conta n. 4.253 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Medici	635	35
Dirigenza sanitaria non medica	67	1
Altri dirigenti	23	1
<b>Totale dirigenza</b>	<b>725</b>	<b>37</b>

Comparto	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Ruolo sanitario	2178	9
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	270	13
Ruolo Sociosanitario	603	1
Ruolo Amministrativo	407	7
<b>Totale comparto</b>	<b>3461</b>	<b>30</b>

Per assolvere alla propria *mission* l'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

### 1) Direzione Strategica

**Direttore Generale (DG):** rappresenta legalmente l'ASST, è responsabile della gestione complessiva, assicura il perseguimento della *mission* con l'ausilio degli organi e delle strutture Aziendali, in particolare avvalendosi del Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario e del Direttore Amministrativo;

**Direttore Sanitario (DS):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre al governo Aziendale. È responsabile del governo clinico dell'Azienda sia con riferimento alla qualità e all'efficienza tecnica e operativa della produzione e distribuzione dei servizi sanitari, che attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in singole prestazioni o in programmi di assistenza;

**Direttore Socio Sanitario (DSS):** è responsabile della conduzione delle strutture afferenti alla rete territoriale dell'ASST e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il



polo ospedaliero. Garantisce l'integrazione delle prestazioni erogate tra i due poli dell'ASST (ospedaliero e territoriale) e assicura ai pazienti la continuità assistenziale verso il territorio.

**Direttore Amministrativo (DA):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo Aziendale coadiuvando, in particolare, il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario Aziendale.

## 2) Incarichi di direzione

**Direttore di Dipartimento:** garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso, esercitando le funzioni di direzione, organizzazione e gestione dell'insieme della struttura dipartimentale, avvalendosi del Comitato di Dipartimento;

**Direttore di Struttura Complessa (SC) e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD):** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura ha una sua propria valenza strategica definita dal livello dei rapporti con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, dal valore delle risorse da gestire, dalla rilevanza della funzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi Aziendali, dal livello di intersectorialità che caratterizza gli interventi specifici della funzione e dell'estensione dell'articolazione organizzativa per numerosità e complessità delle dotazioni organiche, strumentali e tecnologiche ed eterogeneità dei servizi erogati;

**Responsabile di Struttura Semplice (SS):** ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

## 3) Incarichi dirigenziali

**Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici e professionali:** svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione volto a individuare le posizioni dirigenziali Aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera. La graduazione degli incarichi dirigenziali valorizza la diversa rilevanza e responsabilità organizzativo-gestionale e/o professionale richiesta ai diversi ruoli organizzativi rispetto alle finalità Aziendali, con scopi motivazionali a livello individuale ed equativi a livello Aziendale. La graduazione delle posizioni dirigenziali avviene in base ad un sistema che prevede *items* che descrivono le competenze e conoscenze specialistiche, il coinvolgimento in attività complesse o in progettualità specifiche, l'utilizzo di tecniche innovative, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il grado di autonomia e responsabilità, lo svolgimento di attività di tutoraggio e formazione interna ed esterna. Alla graduazione delle posizioni è agganciata parte della retribuzione accessoria riconosciuta ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

## 4) Incarichi di funzione del personale del comparto

Per il personale del comparto, l'Azienda ha adottato il regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione, che comportano assunzione diretta di responsabilità e compiti addizionali e complessi



rispetto al profilo di appartenenza, nonché eventuali funzioni di coordinamento del personale assegnato. Anche gli incarichi del personale del comparto sono graduati, in relazione all'ampiezza delle attività svolte e alla loro complessità, alle risorse gestite, al grado di competenze richieste, al grado di responsabilità ed autonomia previsti dal ruolo ricoperto, alla rilevanza strategica dell'incarico in ambito Aziendale, e sono sottoposti a specifica verifica.

“Regolamento per l'individuazione, la graduazione, l'affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi” sottoscritto il 22/12/2023 tra la delegazione di parte pubblica, la RSU e le OO.SS. del Comparto Sanità.

È possibile visionare l'organigramma completo dell'Azienda al seguente link:

[www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente](http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente) Organizzazione – Organigramma.

### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'art. 14 della L. n. 124 del 07 agosto 2015, in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche e la L. n. 81 del 22 maggio 2017 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, hanno disciplinato nell'ordinamento italiano una nuova modalità di svolgimento della prestazione lavorativa denominata smart-working, di seguito anche "lavoro agile”.

Il lavoro agile è un metodo di lavoro dinamico, attraverso il quale il dipendente può svolgere la propria attività lavorativa al di fuori dell'Azienda, gestendo in maniera autonoma il proprio tempo, concentrandosi al meglio nello svolgimento dei propri compiti e con lo scopo di favorire un miglior equilibrio tra vita privata e professionale.

In particolare:

- ✓ il predetto art. 14 ha stabilito che: *le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente comma costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associati.*
- ✓ l'art. 18 della L. 81/2017, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ha promosso il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività



lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali Aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Nel corso del 2024 questa ASST, in forza della normativa sopra citata e delle disposizioni previste dai CC.CC.NN.LL. delle due Aree Dirigenziali e dell'Area del personale del Comparto Sanità, ha provveduto ad adottare, con la deliberazione n. 489 del 19/09/2024, il *Regolamento in materia di lavoro agile*.

Nel 2024, preso atto che il D.L. Milleproroghe n. 198/2022, convertito con modificazioni dalla Legge n. 14 del 24/02/2023, non aveva più prorogato l'attività di lavoro agile in modalità semplificata, nelle more dell'adozione del predetto Regolamento, in un'ottica di miglioramento della qualità del lavoro e di benessere organizzativo, è stato disposto che, in continuità di quanto indicato nella nota del 27/12/2023 prot. 48645, la modalità di lavoro agile era prorogata esclusivamente per i lavoratori fragili. In tale periodo n. 9 dipendenti dell'area del comparto, afferenti a diverse strutture aziendali, e che hanno presentato specifica documentazione di lavoratore fragile, hanno svolto la loro prestazione lavorativa in modalità agile.

### **3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale**

L'art. 6 del D. Lgs. 165/2001 prevede l'adozione, da parte di ciascuna Pubblica Amministrazione, del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che viene adottato annualmente al fine di recepire eventuali modifiche legate alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale. Il PTFP si basa sull'assunto fondamentale di coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, pertanto, i costi ivi rappresentati, che hanno carattere programmatico, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.

Il PTFP 2024-2026, contenente la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi, è stato adottato, da ultimo con deliberazione n. 79 dell'11/03/2024 e successivamente approvato con la DGR n. XII/2537 del 17/06/2024.

Il predetto Piano è stato predisposto in forza di quanto dettato nella DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 e nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e servizi".

Nel PTFP oltre alla parte riguardante il personale strutturato è stato riportato anche il fabbisogno in FTE del personale non strutturato (convenzionato universitario, convenzionato ACN, somministrazione lavoro, incarichi di lavoro autonomo e CO.CO.CO.).

Per quanto riguarda il personale strutturato le procedure di reclutamento e di governo delle risorse umane, nel rispetto dei vincoli numerici del sopraindicato Piano e di bilancio, hanno determinato al 31/12/2024 una consistenza organica di n. 4254 dipendenti; per l'anno 2025, nelle more delle indicazioni che perverranno dalla DG Welfare nell'ambito della predisposizione del nuovo PTFP 2025-2027, le soprarichiamate procedure saranno aderenti ai vincoli economici del BPE 2025 e numerici del PTFP oggi vigente.

Per quanto riguarda il personale non strutturato, il PTFP prevede l'inserimento del fabbisogno in FTE collegato agli specifici vincoli economici indicati da Regione nei diversi decreti assunti nel corso del 2024 e che assumerà nel corso del 2025. Per entrambe le annualità questa ASST ha pienamente rispettato i seguenti parametri approvati nelle specifiche schede del già citato PTFP 2024-2026:



Personale Universitario:	FTE	2
Specialisti Ambulatoriali e altre professionalità:	FTE	36
Personale somministrato:	FTE	1,6
Lavoratori autonomi:	FTE	45,2

Si allegano al presente documento le schede del PTFP 2024-2026 relativi agli anni 2024 e 2025. (Allegato n.4)

### 3.4 Piano formativo Aziendale

Il Piano Formativo Aziendale anno 2024 è stato approvato con deliberazione n. 113 del 27/03/2024. Secondo le nuove disposizioni di ECM Regione Lombardia è consentito caricare in piattaforma ECM/CPD eventi considerati “in piano” fino al 30 giugno dell’anno di riferimento.

Come da indicazioni regionali in materia la rendicontazione degli eventi accreditati è da effettuarsi entro i tre mesi dalla data di chiusura dell’evento stesso; pertanto, alcuni dei dati riportati sono provvisori.

L’attività formativa effettuata nell’anno 2024 è così suddivisa:

- ✓ N. 299 eventi accreditati (di cui 289 “in piano” e 10 “fuori piano”)
- ✓ N. 13 eventi cancellati
- ✓ N. 12 eventi non accreditati (14 edizioni) in quanto rivolti a personale esente da crediti o non accreditabile secondo le regole ECM
- ✓ N. 593 edizioni previste
- ✓ N. 564 edizioni erogate
- ✓ N. 29 edizioni di eventi cancellate

Il personale dell’Ufficio Formazione ha garantito una costante consulenza ai Responsabili Scientifici per la realizzazione di nuovi percorsi e/o la revisione di quelli approvati in sede di piano. Si è fornita piena collaborazione anche all’utilizzo ed all’attivazione della piattaforma Zoom, migrata poi su piattaforma Teams, per favorire la partecipazione dei discenti sia ai corsi residenziali che alle iniziative di formazione sul campo.

Nel corso dell’anno 2024 si è implementato l’utilizzo della piattaforma Moodle per la realizzazione e l’erogazione sia di FAD aziendali (realizzati in autonomia progettuale, metodologica e tecnica) sia di percorsi FAD proposti e resi disponibili da Regione Lombardia per il raggiungimento di obiettivi specifici per determinati settori o per soddisfare esigenze trasversali e normative (vedasi ad esempio il corso “Formazione ICA – Modulo B” corso legato alla Missione 6 Salute del PNRR).

Quanto sopra ha permesso la realizzazione delle seguenti edizioni di iniziative formative rivolte sia al personale sanitario che al personale tecnico ed amministrativo:

Tipologia formativa	Iniziative
Addestramento (con edizioni BLSD parte pratica)	108
Gruppi di miglioramento/Audit	76
Corsi (sia residenziali che in videoconferenza)	257
FAD	27



Blended (Fad + altra tipologia formativa)	96
Totale	564

Le 564 edizioni di attività formative hanno consentito la partecipazione e la rendicontazione, al 14 gennaio 2025, di circa 12.000 accessi.

Le schede di customer, nonché le diverse tipologie di valutazione finale, testimoniano la buona riuscita dei vari percorsi proposti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di progettazione, nonché, in taluni casi, la ricaduta organizzativa.

Per l'anno 2025, l'Ufficio Formazione sta provvedendo a redigere il Piano delle attività di formazione del personale attraverso la raccolta del fabbisogno formativo che dovrà essere presentato al Comitato Tecnico Scientifico per la sua approvazione, come previsto dalla procedura aziendale. Nel mese di dicembre 2024 si sono riviste le tematiche aziendali, regionali, professionali, di sistema e normative alle quali fare riferimento per la progettazione delle iniziative formative.

Le predette tematiche, di seguito dettagliate, sono state validate dalla Direzione Strategica:

1. Tematiche aziendali e regionali
2. Tematiche professionali
3. Tematiche di sistema e normative

e sono state trasmesse ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Responsabili Uffici di Staff e Strutture Semplici Dipartimentali in data 10/01/2025 al fine di raccogliere il fabbisogno formativo di tutte le Strutture afferenti a questa ASST e che, a seguito di approvazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico, costituiranno il Piano Formativo Aziendale anno 2025.

La predisposizione del Piano e la relativa quantificazione economica, dopo confronto con le OO.SS. delle due Aree dirigenziali e del comparto, verrà dapprima approvato con deliberazione aziendale e successivamente inserito nel Sistema Regionale ECM-CPD. La conclusione di tutto il processo è prevista per fine febbraio 2025 ai fini dell'adozione del provvedimento deliberativo entro la data del 15/03/2025 così come definito dal *Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia*.

## 4. Monitoraggio

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili.

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

Il monitoraggio delle sezioni "Valore Pubblico" e "Performance", avviene secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i.

L'Azienda, come descritto nella sottosezione di riferimento, effettua un monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale e organizzativa delle strutture



dell'Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

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

La Direzione Strategica, in collaborazione con le strutture preposte e con la SC Controllo di Gestione, presidia i processi dell'Azienda monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso l'implementazione di un cruscotto di indicatori di varia natura, regionali ed Aziendali, alimentato e aggiornato con cadenza mensile in corrispondenza dell'invio dei flussi delle SDO e 28SAN.

Nel rispetto della normativa vigente, Nucleo di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi pianificati, segnalando all'organo di indirizzo politico-amministrativo l'esigenza di eventuali interventi correttivi anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo.

Per quanto riguarda il monitoraggio della soddisfazione degli utenti sui servizi di supporto ricevuti si rinvia al paragrafo 2.1 Valore Pubblico.

Nell'ambito del funzionamento del "*sistema di prevenzione dell'anticorruzione*", in particolare rispetto all'attività di monitoraggio cui si rimanda alla specifica sottosezione di riferimento, l'Azienda attua un controllo a più livelli che implica una piena collaborazione da parte dei Responsabili dei servizi coinvolti nei confronti del RPCT.

In particolare, viene effettuato un periodico monitoraggio interno rispetto all'attuazione e all'idoneità delle singole misure di prevenzione previste nel Registro dei Rischi, mediante la richiesta di specifiche relazioni in merito allo stato di avanzamento delle misure stesse, anche al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità.

Con riferimento alla sezione "*Organizzazione e capitale umano*", in linea con quanto definito dal DM 30 giugno 2022, n. 132, il Nucleo di Valutazione, su base triennale, ne monitora l'effettiva coerenza con gli obiettivi di performance attraverso la predisposizione della relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009). In particolare, con attenzione al monitoraggio del PTFP, oltre ai sistemi di monitoraggio interni, si sottolineano i controlli esterni regionali attraverso le rendicontazioni mensili accolte dal flusso regionale FLU.PER, il monitoraggio congiunturale trimestrale allegato al CE e le rendicontazioni trimestrali di bilancio (Modello A del CET).



**Allegati:**

- 1. Allegato 1\_Scheda matrice obiettivi - Sezione Performance**
- 2. Allegato 2\_Registro dei rischi - Sezione Rischi corruttivi e trasparenza**
- 3. Allegato 3\_Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti - Sezione Rischi corruttivi e trasparenza**
- 4. Allegato 4\_Schede del PTFP 2024-2026 relativi agli anni 2024 e 2025 – Sezione Organizzazione e capitale umano**