



***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
2022***

Data di emissione: 28.04.2022



Sommario

PREMESSA	3
Acronimi	3
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
1.1 LA MISSION E LA VISION.....	5
1.2 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	6
1.3 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	8
1.4 AREA TERRITORIALE	8
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	11
2.1 VALORE PUBBLICO.....	11
<i>Analisi degli stakeholders</i>	12
<i>La SWOT Analysis</i>	19
<i>La programmazione</i>	20
2.2 PERFORMANCE	23
<i>Performance organizzativa e obiettivi</i>	24
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	34
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	80
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	80
<i>Rapporto sulla situazione del personale dipendente dell'ASST Santi Paolo e Carlo</i>	80
<i>Piano di Azioni Positive 2022-2024</i>	81
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	90
PARTE 1: Il lavoro agile durante lo stato di emergenza pandemica	90
PARTE 2: Modalità attuative	94
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	105
<i>Piano formativo aziendale</i>	106
MONITORAGGIO	109



PREMESSA

Il PIAO è lo strumento di programmazione introdotto dal decreto-legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Si tratta di un unico documento di programmazione relativo alla strategia dell'ente pubblico.

Esso contiene la scheda anagrafica dell'amministrazione all'interno della quale viene descritta l'amministrazione di riferimento ed è suddiviso in sezioni e sottosezioni, quelle previste dagli articoli 3, 4 e 5 del sopracitato decreto.

Il PIAO 2022 – 2024 che sarà pubblicato entro il 30 aprile 2022, comprenderà e sostituirà i seguenti documenti:

- Piano della Performance, poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzativa;
- POLA (Piano organizzativo del lavoro agile) e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, comprese le linee guida per il lavoro agile definite lo scorso anno dal POLA stesso;
- Piano triennale del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano per la prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT), come previsto dalle disposizioni di riferimento, che utilizza il sistema di misurazione e valutazione della Performance come uno strumento fondamentale attraverso cui si realizzano la trasparenza e la prevenzione dell'illegalità.
- Piano di azioni positive, che individua le misure temporanee speciali per garantire il principio di uguaglianza formale, mirando a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini.

Acronimi

PTPCT: Piano triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza

RPCT: Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

NVP: Nucleo della Valutazione delle Prestazioni

UPD: Ufficio Provvedimenti Disciplinari

BDNCP: Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici



1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo è stata costituita il 1° gennaio 2016 con deliberazione della Giunta Regionale n. X/4473 del 10.12.2015 ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Ha sede legale a Milano, in via A. di Rudinì, 8.

L'ASST Santi Paolo e Carlo comprende due presidi ospedalieri e le strutture territoriali.

Di seguito il dettaglio dei posti letto dei due presidi, entrambi riconosciuti dal Ministero della Salute quali "Ospedali di rilievo Nazionale".

PL (posti letto)	San Paolo	San Carlo
PL di Degenza Ordinaria	446	454
PL di Day Hospital	56	18
Totale	502	472

L'ASST è Polo Universitario, sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria e scienze infermieristiche dell'Università Statale di Milano, di cui ospita dal 1987 anche i relativi insegnamenti, grazie alla convenzione con l'allora Azienda Ospedaliera San Paolo. L'organizzazione dell'Azienda è di tipo dipartimentale. Il Dipartimento articola le relazioni tra le unità operative secondo modalità organizzative e gestionali che consentono, mediante regole condivise, di raggiungere obiettivi complessi non altrimenti realizzabili. In questo modo viene migliorata la qualità tecnico assistenziale, razionalizzando i costi, superando le disfunzioni organizzative, incrementando la ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza.

L'ASST è sede dei seguenti **Centri di Riferimento Regionale**:

- Labiopalatoschisi (Chirurgia Maxillo Facciale);
- Infezioni da HIV pediatriche e in gravidanza (Pediatria e Ostetricia e Ginecologia);
- Infezioni da HCV;
- Diagnosi prenatale (Ostetricia e Ginecologia);
- Centro donne immigrate;
- Centro ascolto soccorso donna;
- Fenilchetonuria, Dislipidemie, Glicogenosi e Galattosemia (Pediatria);
- Centro di riferimento per le adozioni internazionali;



- Epilessia (Centro Regionale per l'Epilessia);
- Retinite pigmentosa (Oculistica);
- Progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance);
- PMA (Procreazione Medicalmente Assistita);
- Centro di cura dell'autismo;
- Centro di cura della Dislessia;
- Centro per i disturbi del comportamento alimentari;
- Centro specialistico erogatore di terapia del dolore.

1.1 LA MISSION E LA VISION

Mission

L'ASST eroga attività sanitarie, prevalentemente ad elevata specializzazione, insieme a prestazioni di base e di media complessità; inoltre, promuove e garantisce attività di ricerca clinica e didattica, mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative.

I due presidi ospedalieri dell'ASST sono storicamente e culturalmente specializzati nelle seguenti aree:

- cura della donna, del neonato e del bambino;
- diagnosi e cura delle malattie epatologiche, cardiologiche, gastroenterologiche, metaboliche (diabete), nefrologiche, oncologiche, neurologiche, pneumologiche, infettivologiche e dermatologiche, nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria infantile;
- terapie chirurgiche, anche in robotica, dell'addome e del torace, della patologia oncologica della mammella, neurochirurgiche, maxillo facciali e otorinolaringoiatriche, oculistiche, vascolari, ortopedico-traumatologiche, andro-urologiche;
- assistenza medico-chirurgica in campo odontostomatologico;
- assistenza medica dedicata ai disabili gravi (Progetto DAMA);
- diagnostica avanzata cito-istologica, di biologia molecolare e di Anatomia patologica, di laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche e nell'attività di immunoematologia trasfusionale;
- diagnostica per immagini e di medicina nucleare;



- trattamento del cittadino per urgenze ed emergenze cliniche, di pronto soccorso e di rianimazione, di cure intensive;
- riabilitazione.

In quanto Polo Universitario dell'Università Statale di Milano, l'ASST si occupa anche di:

- formazione dei medici e nella loro specializzazione nelle discipline mediche e chirurgiche;
- formazione di operatori e tecnici sanitari e nella loro specializzazione;
- scuola di formazione robotica, come da DGR 5450 del 03/11/2021;
- ricerca e innovazione scientifica e tecnologica.

La *vision* verso cui si orienta l'organizzazione è:

- la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- il personale, come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;
- l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- la ricerca della massima efficienza possibile, anche per non gravare con disavanzi economici sul bilancio regionale;
- la qualità, come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;
- lo stretto collegamento tra le attività di diagnosi e cura con la didattica universitaria.

1.2 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

L'ASST viene qui di seguito descritta in cifre con riferimento alla dimensione economica, alla consistenza delle risorse umane e ai volumi di prestazioni erogate.

La consistenza del personale definita in unità equivalenti (FTE "full time equivalent") è sintetizzata nella seguente tabella:

MACRO CLASSI DI PROFILI/AREE CONTRATTUALI	2021	2019
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.760	1.717
PERSONALE AMMINISTRATIVO	380	366
ASSISTENTE SOCIALE	50	55
AUSILIARI SPECIALIZZATI COOPERATIVE	3	5
AUSILIARIO PROFESSIONALE	29	29
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	8	9
CONSULENTI NON SANITARI		0



MACRO CLASSI DI PROFILI/AREE CONTRATTUALI	2021	2019
CONSULENTI SANITARI		1
OPERATORE TECNICO	311	328
OSS (operatori socio sanitari)	358	321
TECNICI SANITARI (RX; LAB; RIAB)	319	311
OTA (operatore tecnico addetto all'assistenza)	38	25
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	2
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	3.255	3.169
MEDICI	740	705
MEDICI UNIVERSITARI	33	35
ALTRO PERSONALE UNIVERSITARIO	2	2
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	11	15
DIRIGENTI PROFESSIONALI	8	6
DIRIGENTI TECNICI	1	2
ALTRO PERSONALE SANITARIO	105	100
TOTALE ARIA DIRIGENZA	900	864
TOTALE COMPLESSIVO	4.155	4.034

L'incremento di personale del 2021 è dovuto alle assunzioni straordinarie e temporanee per la gestione dell'emergenza Covid.

Di seguito viene quantificata la produzione sanitaria:

		2021	2020	2019
Ricoveri Ordinari	N. Casi	26.553	26.520	33.248
	Giorni di degenza	248.327	251.342	283.871
	Giorni di degenza media	9,43	9,50	8,54
	Peso medio	1,13	1,13	1,11
Day Hospital	N. Casi	4.953	3.764	5.958
	N. Accessi	9.720	7.615	10.477
	Accessi medi	2,0	2,02	1,76
	Peso medio	0,80	0,82	0,84
Interventi Chirurgici		13.180	11.912	18.805
Prestazioni Ambulatoriali	Tot prestazioni	2.115.234	2.272.063	2.953.138
	Di cui BIC (bassa intensità chirurgica)	2.816	1.282	2.810
	Di cui MAC (macroattività complesse)	24.440	19.476	15.125
Pronto Soccorso (PS)	Totale accessi	111.675	100.395	154.404
	Ricoveri da PS	14.802	16.657	19.739
	% Tasso di ricovero da PS	13,3%	16,6%	12,8%



Il calo di produzione rilevato nel 2021, rispetto al 2019, è condizionato dalla chiusura delle attività di ricovero programmato a causa dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 e dalla progressiva riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari e day hospital, avvenuti nel primo semestre dell'anno.

Nello stesso periodo l'attività chirurgica è rimasta operativa solo per i casi oncologici e per le patologie urgenti, causando la diminuzione del numero totale degli interventi chirurgici. Questi, in parte, sono stati recuperati, grazie all'incremento delle ore di sala operatoria che, nel secondo semestre dell'anno, ha permesso di eseguire 850 interventi in più, rispetto allo stesso periodo del 2019.

1.3 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'Azienda riconosce e attua la divisione delle funzioni di "indirizzo politico-amministrativo-sanitario" assegnate alla Direzione Strategica, delle funzioni di "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa" assegnate ai dirigenti che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa, conferita secondo gli obiettivi ed i vincoli aziendali.

I precetti sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

L'Azienda, ad oggi, ha adottato regolamenti di organizzazione interna e di funzionamento delle proprie attività presenti in entrambi i presidi.

Inoltre, l'Azienda ha attuato il nuovo POAS, Piano Organizzativo Aziendale Strategico, nel corso del 2021, come da delibera n. 2884 del 03/12/2021.

1.4 AREA TERRITORIALE

Con la Legge Regionale 22 del 2021, la Regione Lombardia ha ridisegnato l'impostazione dei suoi servizi sanitari e sociosanitari per assicurare una risposta sempre più efficace ai bisogni di assistenza dei cittadini.

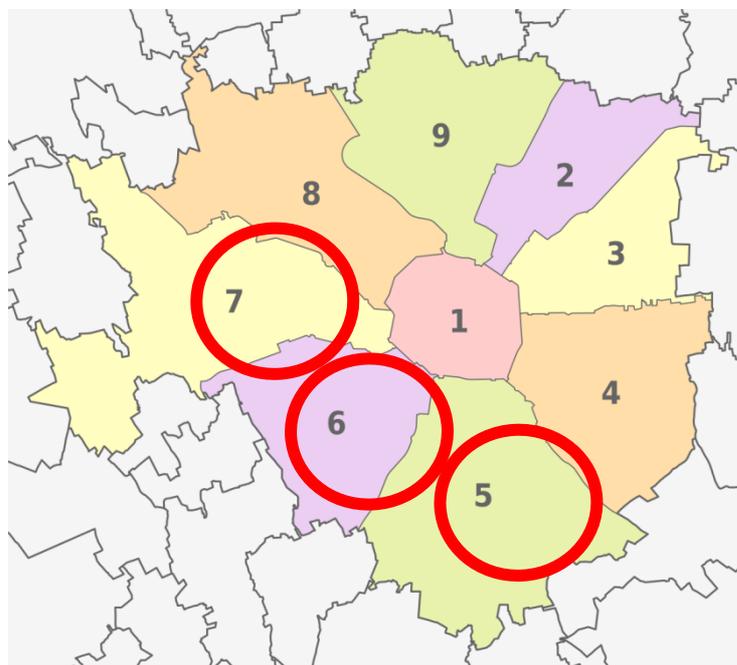
Con questa impostazione il territorio comunale del capoluogo lombardo ha una nuova geografia del sistema sanitario concepita per garantire una gestione coordinata e in continuità con le necessità del paziente.

Nella Comune di Milano, quindi, sono state coinvolte le aziende socio sanitarie territoriali: Sacco Fatebenefratelli, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Santi Paolo e Carlo.



Ciascuna Azienda Socio Sanitaria Territoriale si occupa di tutti i bisogni dei propri assistiti, dal trattamento delle malattie in fase acuta con il polo ospedaliero, all'assistenza nella fase cronica grazie ai servizi sociosanitari del polo territoriale che è stata riorganizzata in un'ottica distrettuale.

In particolare, all'ASST Santi Paolo e Carlo sono stati assegnati per competenza i Distretti corrispondenti all'ambito territoriale dei Municipi 5, 6 e 7.



Le attività svolte sono:

- Scelta e Revoca: ossia l'insieme delle attività che permettono ai cittadini di effettuare la prima iscrizione/revoca/scelta del medico di medicina generale e del pediatra, rinnovare l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, nonché richiede e/o rinnovare l'esenzione ticket per patologia/reddito/invalidità.
- Fragilità: ossia l'insieme dei servizi deputati all'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata e il sostegno ai pazienti affetti da disabilità gravissima, nonché la fornitura di contributi economici e interventi di sostegno per i soggetti fragili;
- Centro Vaccinale: l'ASST Santi Paolo e Carlo, grazie all'utilizzo dei suoi centri Vaccinali, ha il compito di assicurare la copertura vaccinale della popolazione;
- Consultorio: il Consultorio Familiare è un servizio multi-professionale che si prende cura delle singole persone, della coppia e della famiglia nei diversi



momenti del loro ciclo di vita offrendo risposte a situazioni di crisi, di difficoltà e a domande su come affrontare cambiamenti nei propri percorsi di vita e di relazione. Vi lavorano ginecologi, assistenti sanitarie, ostetriche, infermiere, infermiere pediatriche, psicologi, assistenti sociali, avvocati e personale amministrativo.

Sono presenti mediatori linguistico-culturali per facilitare l'accesso a persone di altre culture favorendo l'utilizzo dei servizi offerti.

- Medicina Legale: comprende l'insieme delle attività deputate all'accertamento dell'inabilità dei dipendenti della pubblica amministrazione, le visite mediche collegiali e gli indennizzi per danni derivanti da trasfusione o vaccinazione.
- Centro Assistenza Limitata: si occupa di tutte le attività inerenti all'erogazione di prestazioni per pazienti dialitici, sia emodialitico che peritoneale, quali: medicazioni, prelievi e infusione di farmaci ambulatoriali; visite per la diagnosi e la terapia delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa;
- Centri e comunità per pazienti con disabilità psichiatriche (CPS, CPM, UONPIA).

Di seguito uno schema delle attività e delle strutture territoriali all'interno delle quali le sopracitate attività vengono erogate:

Struttura territoriale	Indirizzo
C.P.S. e Centro Diurno	Via Piave, 89 - Rozzano (MI)
C.R.A.	Via Emilia, 39 - Buccinasco (MI)
C.R.M. e C.P.M.	Via Assietta, 38 ang. Via Ippocrate 45 - Milano - Pad. 26 - Piani 1S-R-1
Consultorio Familiare Integrato	Via Monreale, 13 - Milano
SERD Territoriale	Via Gola, 24 - Milano
Centro autismo - CTR piccoli	Via Ovada, 34 - Milano
Centro Disturbi dell'apprendimento - UONPIA Polo Territoriale 1	Via Ovada, 38 - Milano
C.P.A.- Comunità protetta alta assistenza	Via Adige, 2 - Zibido S.Giacomo (MI)
Centro internazionale salute rurale	Via S. Vigilio, 43 - Milano
C.P.S. e UONPIA	Via Barabino, 8 - Milano
Centro Giovani	Via Ettore Ponti, 17/a - Milano
C.A.L. Dialisi	Via Mompiani, 5 - Milano
C.A.L. Dialisi	Viale Lazio, 56-58-60 - Rozzano (MI)
UONPIA - Serd Punto Blu	Viale Tibaldi, 41 - Milano



Struttura territoriale	Indirizzo
CPM - Comunità protetta media assistenza	Cascina Cantalupa - Via De Finetti, 6 - Milano
Odontoiatria e Stomatologia	Via Beldiletto, 1/3 - Milano
UONPIA	Via Remo la Valle, 7 - Milano
CRT	Via degli Anemoni, 6 - Milano
C.P.S. - UONPIA	Via val d'Intelvi, 1, angolo via G. Mosca, 12 - Milano
CENTRO DIURNO	Via Primaticcio, 8 - Milano
C.P.S.	Via Perosi, 1, angolo via Soderini - Milano
UONPIA	Via Petrarca, 19 - Buccinasco (MI)
C.P.S.	Via Travaglia, 5 - Corsico (MI)
SERD Territoriale - Consultorio Familiare - Centro vaccinale	Via Boifava, 25 - Milano
NOA - Scelta e revoca - Uff. Medicina di Comunità - Uff. MMG	Via Baroni, 48 - Milano
Attività Sociosanitaria e Fragilità	Via Tibaldi, 41 - Milano
Scelta e revoca	Via Gola, 22 - Milano
Consultorio Familiare Integrato	Via della Ferrera, 14 - Milano
Consultorio Familiare Integrato	Via Masaniello, 23 - Milano
SERD Territoriale	Via delle Forze Armate, 381 - Milano
Attività Sociosanitaria e Fragilità	Via Anselmo da Baggio, 54 - Milano
SERD Territoriale	Via Albenga, 2 - Milano
Centro vaccinale - Medicina di Comunità	Piazza Stovani, 5 - Milano
Dir. Area Territoriale - Medicina Legale - Convenzionata - Vaccini	Piazza Bande Nere, 3 - Milano
Consultorio Familiare Integrato	Via Remo la Valle, 7

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

In questa sottosezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte di tutti i cittadini, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione



e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

L'ASST Santi Paolo e Carlo, inoltre, esplicita come una selezione delle politiche dell'ente si traduce in termini di obiettivi di Valore Pubblico (outcome/impatti), anche con riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile (Sustainable Development Goals dell'Agenda ONU 2030; indicatori di Benessere Equo e Sostenibile elaborati da ISTAT e CNEL).

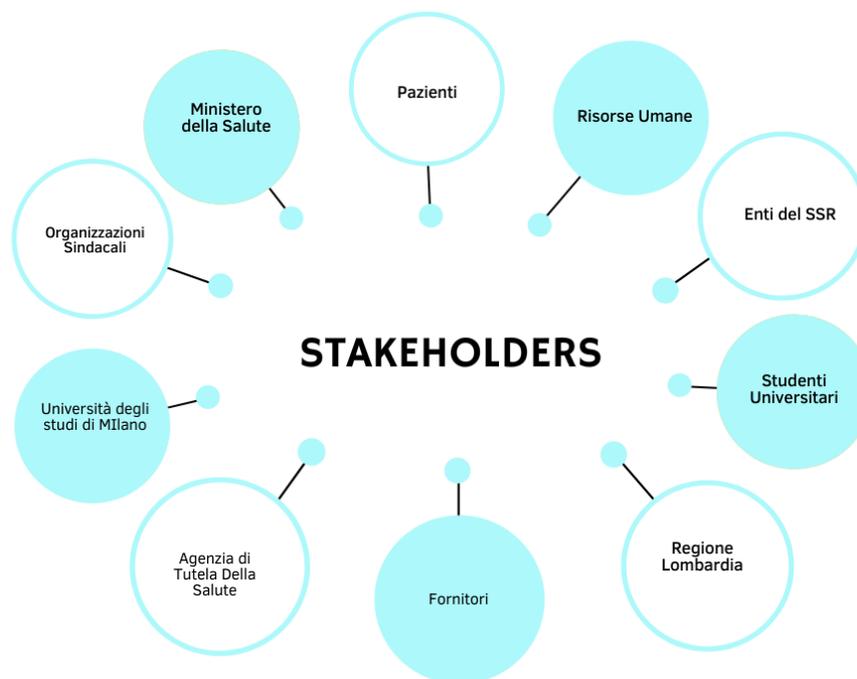
Gli obiettivi dall'ASST sono, inoltre, programmati secondo le linee guida ABCD della Pubblica Amministrazione.

Queste sono state presentate dal ministro Brunetta secondo le indicazioni della Missione 6 del PNRR: A come Accesso, B come Buona amministrazione, C come Capitale umano, un ABC propedeutico alla D di digitalizzazione.

Analisi degli stakeholders

L'analisi degli stakeholders, pilastro della pianificazione strategica, ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un'attesa legittima, di varia natura, sull'attività svolta dall'ASST Santi Paolo e Carlo e permette, al contempo, di individuare le modalità attraverso le quali l'Azienda contribuisce, tramite la soddisfazione delle aspettative dei sopracitati stakeholders, alla creazione di valore pubblico. Infatti, un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Di seguito gli stakeholder individuati:



1. Pazienti/cittadini

L'ASST Santi Paolo e Carlo riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'ASST pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, a tal fine, si impegna a garantire il diritto di ogni cittadino che si rivolge alla stessa a:

- accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio;
- accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e le modalità di utilizzo degli stessi;
- accedere a tutte le informazioni che gli consentano di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la sua salute;
- scegliere liberamente tra differenti procedure diagnostiche o terapeutiche sulla base di adeguate informazioni;
- rinunciare a sottoporsi ai trattamenti proposti o di interromperli in qualsiasi momento;



- mantenere la riservatezza delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le procedure sanitarie eseguite;
- ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato, compatibilmente con le risorse a disposizione dell'Azienda;
- accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base di precisi standard;
- usufruire di trattamenti sanitari che garantiscano elevati livelli di sicurezza e di essere protetto da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi;
- evitare per quanto possibile il dolore non necessario, usufruendo dei più efficaci metodi analgesici attualmente disponibili;
- presentare un reclamo ogni qualvolta ritenga di aver subito una lesione dei propri diritti e di ricevere una risposta;
- ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico, morale e psicologico causato da un trattamento sanitario.

Inoltre, all'interno dell'ASST è presente l'Ufficio Relazioni con il Pubblico con il compito di promuovere programmi per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente ed individuare idonei strumenti per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini.

2. Risorse umane

Il tema delle risorse umane, in ambito sanitario, è particolarmente strategico, in quanto il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni e influisce sulla soddisfazione del paziente/utente.

Pertanto, l'ASST Santi Paolo e Carlo pone le risorse umane al centro del proprio sistema organizzativo attraverso l'implementazione di politiche per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze tecnico/professionali, attraverso la creazione di sistemi incentivanti basati sulle performance organizzative individuali, promuovendo corsi di aggiornamento periodici e mediante l'attuazione dei seguenti principi:

- l'adozione di un apposito regolamento riguardante i sistemi di valutazione e incentivazione del personale dipendente;
- l'adeguata utilizzazione delle risorse umane disponibili in relazione alle loro specifiche competenze e agli obiettivi di risultato prescelti;
- la realizzazione di interventi volti a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro ed il benessere dei lavoratori;
- semplificazione delle procedure di reclutamento;



L'azienda fa propri gli obiettivi di valorizzazione del merito, del talento e della buone professionalità del personale utilizzato previsti dal d.lgs. n.150/09.

3. Le organizzazioni sindacali

L'ASST Santi Paolo e Carlo adotta degli stili relazionali improntati alla chiarezza, pubblicità e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie secondo i criteri e le prassi definite dai Contratti Nazionali di Lavoro, dalle disposizioni di legge in materia e nel rispetto delle funzioni e delle distinte responsabilità proprie dei Sindacati e dell'Azienda.

Le relazioni sindacali si articolano negli strumenti operativi della corretta gestione dell'informazione, della consultazione, della concertazione e della contrattazione integrativa aziendale, in riferimento alle materie per le quali è prevista l'applicazione di detti strumenti dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale.

L'Azienda periodicamente indice conferenze d'organizzazione con l'intento di aumentare la partecipazione dei propri dipendenti ai cambiamenti organizzativi.

I regolamenti relativi alle materie individuate dal contratto nazionale e dalla legge per le quali è prevista l'informazione, la consultazione o la concertazione, vengono emanati dal Direttore Generale dell'ASST.

La composizione delle delegazioni trattanti e le modalità di organizzazione e funzionamento delle sedute di concertazione e negoziazione sindacale sono stabiliti all'interno di un apposito regolamento aziendale.

4. I fornitori

Un'altra categoria di stakeholders essenziali è rappresentata dai fornitori che a vario titolo forniscono beni e/o servizi necessari per il corretto espletamento dell'attività sanitaria, nonché per garantire, attraverso incessanti meccanismi di fornitura, continuità assistenziale e l'erogazione delle migliori prestazioni sanitarie possibili.

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'ASST si ispira ai principi determinati dal D.Lgs. 50/2016 " Codice degli appalti".

L'ASST, in congruenza alle disposizioni sopracitate, conforma la propria attività contrattuale ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e nel rispetto dei vincoli di bilancio.



Inoltre, informa preventivamente gli operatori economici sui criteri e le modalità di individuazione dei contraenti avvalendosi, di volta in volta, di sistemi che privilegiano i profili economici, funzionali e qualitativi dell'offerta utilizzando consoni sistemi di comparazione delle offerte, comprese quelle pervenute per via telematica.

Inoltre, l'Azienda si impegna a utilizzare correttamente e tempestivamente le risorse finanziarie destinate al pagamento di fornitori di beni e servizi al fine di ridurre gli oneri legati ai ritardi ed ai contenziosi.

5. L'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano

L'Azienda partecipa e promuove l'organizzazione in rete dei servizi sanitari integrati con l'ATS Milano al fine di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, dalla prevenzione alla riabilitazione, e la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

L'Azienda, inoltre, si avvale di questo strategico stakeholder al fine di diminuire la durata della degenza, di promuovere la deospedalizzazione dei pazienti e di garantire la continuità assistenziale per i dimessi, specie nei casi di soggetti non autosufficienti e/o disabili.

L'ATS inoltre, svolge una fondamentale attività di programmazione ed indirizzo dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, favorisce la partecipazione dei soggetti rappresentativi della comunità con l'obiettivo di contribuire al miglioramento continuo della qualità del Sistema Socio-Sanitario Lombardo.

6. Altri Enti del SSR

Fondamentale appare il rapporto instaurato tra l'ASST Santi Paolo e Carlo e gli altri enti, sia pubblici che privati accreditati, del Sistema Socio-Sanitario Lombardo. La definizione dei rapporti istituzionali con le altre Aziende Socio Sanitarie Territoriali e le strutture accreditate favorisce la creazione di percorsi di cura integrati, garantisce un migliore utilizzo della rete ospedaliera, la continuità assistenziale e aumenta la possibilità di dislocare le cure sul territorio; in aggiunta, la collaborazione tra le diverse strutture riveste particolare importanza per cercare di utilizzare in maniera sinergica le risorse che deriveranno dall'attuazione del Piano Nazionale Resilienza e Resistenza (PNRR).

D'altronde, Regione Lombardia ha già attuato un sistema d'offerta sanitaria basato sul meccanismo Hub&Spoke che obbliga gli enti del sistema sanitario regionale ad instaurare rapporti d'interdipendenza e di coordinamento per assicurare una presa in carico dei pazienti quanto più tempestiva, efficace e di qualità. Inoltre, la pandemia da Covid-19 ha messo in rilevanza l'importanza di instaurare più nette collaborazioni con il mondo del



privato accreditato e la necessità, tra tutti gli enti territoriali, di scambi informativi epidemiologici/sanitari continuativi, anche attraverso il rafforzamento di task force inter-ospedalieri e strumenti informativi e decisionali condivisi.

7. L'Università degli Studi di Milano

L'ASST Santi Paolo e Carlo e l'Università degli Studi di Milano promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema della formazione ed il sistema assistenziale, nel reciproco rispetto delle proprie competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico.

L'università e l'ASST perseguono un obiettivo unitario e condiviso: prestare assistenza sanitaria che generi e usufruisca dei risultati della ricerca scientifica in campo biomedico, essendo al contempo fonte di formazione in ambito sanitario pre e post-laurea.

Inoltre, esse collaborano sinergicamente al fine di:

- sviluppare una convergenza di competenze ed esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali di gruppi o di singoli operatori sanitari;
- assicurare l'aggiornamento e il perfezionamento professionale degli operatori sanitari di ogni livello, anche ai fini di un'assistenza sanitaria sempre più qualificata;
- garantire l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e l'umanizzazione dei rapporti tra gli operatori della struttura sanitaria e gli utenti del servizio sanitario ed i loro familiari;
- promuovere principi e politiche di assicurazione della qualità delle attività accademiche

L'Università si impegna altresì a comunicare all'Azienda tutti i provvedimenti adottati sullo stato giuridico del personale, aventi conseguenze sulla gestione dell'attività assistenziale.

8. Gli studenti universitari

L'ASST Santi Paolo e Carlo, quale azienda a supporto della formazione erogata dall'Università degli studi di Milano, pone lo studente con i suoi bisogni di apprendimento e le sue esigenze formative al centro della funzione didattica promuovendo ed alimentando la passione per la ricerca e lo studio. L'ASST, in particolare, persegue i seguenti obiettivi:



- favorire l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione attiva degli studenti al processo formativo teorico e di tirocinio;
- progettare attività di tirocinio mirate e ancorate alla complessità del tessuto organizzativo aziendale, al fine di assicurare l'interazione dell'attività didattica-teorica accademica con la pratica e la clinica;
- favorire l'integrazione tra l'Azienda e le Istituzioni esterne convenzionate per i tirocini degli studenti;
- valorizzare l'integrazione e la partecipazione ai percorsi di insegnamento pratico dei professionisti sanitari che operano nelle sedi di tirocinio;
- collaborare con la Direzione e tutte le strutture organizzative e cliniche dell'azienda su progetti coerenti alle esigenze di formazione degli studenti.

9. Regione Lombardia

La governance regionale lombarda è stata ridefinita a seguito dell'approvazione della legge di riforma del sistema sociosanitario, ossia la L.R. 33/2009. La riforma inquadra la Regione come stakeholder essenziale attraverso l'attribuzione di funzioni capaci di incidere profondamente sull'operato organizzativo ed amministrativo dell'ASST Santi Paolo e Carlo. Tra queste funzioni, a titolo esemplificativo, se ne elencano alcune che risaltano il ruolo centrale assunto da Regione Lombardia:

- esercitare le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo;
- assicurare il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale;
- definire le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni;
- stabilire i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti.

L'ASST, nei confronti di questo cruciale stakeholder, si propone di:

- erogare determinati livelli quali-quantitativi di prestazioni;
- garantire lo sviluppo dell'eccellenza;
- garantire l'equilibrio economico sostenibile;



10. Il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale e stakeholder per antonomasia di qualsiasi ente operante all'interno del SSN. Esso, infatti, esercita la funzione fondamentale di determinare i livelli essenziali di assistenza e di decretare l'ammontare complessivo delle risorse che saranno destinate e vincolate al finanziamento del sistema sanitario nazionale.

Nel quadro generale di tutela e promozione della salute, gli obiettivi che il ministero istituzionalmente persegue possono essere riassunti in quattro punti:

- garantire a tutti i cittadini l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con una comunicazione corretta ed adeguata;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni al fine di valutare le realtà sanitarie, correggerle e migliorarle;
- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare gli stati di emergenza che minacciano la salute pubblica.

Negli ultimi decenni sono state implementate diverse politiche di federalismo fiscale che hanno accentrato alle Regioni le funzioni di programmazione e controllo dei diversi sistemi sanitari regionali; nonostante ciò, è innegabile come il Ministero svolga l'essenziale ruolo di implementare e vigilare sulle politiche di coordinamento nazionale, detenendo una forte capacità di intervento e un notevole interesse all'erogazione dei livelli essenziali d'assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. D'altronde, la pandemia da Covid-19 ha enfatizzato la necessità di un maggior coordinamento epidemiologico/ sanitario a livello centrale che inevitabilmente dovrà essere assunto dal Ministero della Salute.

La SWOT Analysis

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni rappresentano presupposti obbligatori per assumere le decisioni strategiche. A tal proposito, l'analisi SWOT è una delle metodologie più diffuse per l'analisi di contesti economico-territoriali, così come per la valutazione di piani, progetti e programmi e, pertanto, è oggetto di trattazione per la stesura del Piano.

Attraverso questa analisi è possibile palesare i fattori endogeni, punti di forza e punti di debolezza del sistema aziendale, al fine di far emergere quelli capaci di favorire o



ostacolare il perseguimento degli obiettivi, e quelli esogeni, ovvero le opportunità o minacce del contesto esterno.

Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema, che possono condizionarlo sia positivamente che negativamente.

In conclusione, l'Azienda ha ritenuto di implementare un'analisi SWOT evidenziando i principali fattori, interni ed esterni al contesto d'analisi, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivi di sviluppo.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> ● Forte attrattività di alcune unità operative chirurgiche (Chirurgia Maxillo facciale, chirurgie robotiche) ● Alta eterogeneità e complessità del case mix trattato (no upcoding/cream skinning) ● Forte radicalizzazione con il territorio e accoglienza della multiculturalità ● Presenza del Polo universitario ● Informatizzazione di alcune aree aziendali ● Valorizzazione delle vocazioni verso l'emergenza urgenza e razionalizzazione dei ricoveri 	<ul style="list-style-type: none"> ● Stato di conservazione delle strutture ospedaliere ● Resistenza al cambiamento ● Mobilità figure professionali (alto turn over) ● Integrazione organizzativa dei due presidi ospedalieri e delle sedi territoriali ● Sviluppo rete ospedale territorio
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> ● Riorganizzazione del personale del comparto e rapporti sindacali ● Rafforzamento legame con università per scuola di robotica chirurgica ● Introduzione del nuovo POAS ● Informatizzazione ● Rinnovamento e motivazione middle management 	<ul style="list-style-type: none"> ● Competitors ad alta specializzazione e attrattività nelle zone limitrofe ● Aumento dei tempi di attesa per recrudescenze impreviste di emergenze sanitarie

La programmazione

La programmazione segue il ciclo della performance, cioè il processo annuale attraverso il quale si definiscono gli obiettivi e le relative risorse e si valutano e rendicontano i risultati ottenuti, tramite indicatori significativi, misurati a livello organizzativo e individuale.



Il processo si articola nelle seguenti fasi consecutive:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, con collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, verificata in sede di adozione del bilancio di previsione;
- monitoraggio intermedio e finale, misurazione e valutazione della performance con utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi mediante adozione e pubblicazione della "Relazione annuale sulla performance".

Le *dimensioni di analisi delle performance* sono riconducibili ai livelli decisionali e di programmazione, strategici o operativi.

I *driver del livello strategico*, in conformità con quanto previsto dalla Missione 6 – salute del PNRR possono essere riassunti come:

A -> accessibilità ai servizi, elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione;

B -> buona amministrazione, ovvero il principio di economicità come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento nel tempo;

C -> capitale umano, ovvero l'efficacia interna che misura la capacità di raggiungere gli obiettivi definiti, secondo le proprie finalità;

D -> digitalizzazione, sinonimo di efficacia nella gestione di tutti i processi dell'organizzazione e necessità per un sistema con un grado di digitalizzazione almeno pari a quello del sistema esterno;

E -> esiti, ovvero l'appropriatezza delle cure e della risposta ai bisogni esterni della popolazione, attraverso la misurazione degli esiti clinici (outcome).

Gli obiettivi di performance di livello strategico vengono tradotti in obiettivi di livello operativo, sia individuali che di struttura, con un orizzonte temporale più breve per permettere il monitoraggio e l'eventuale tempestiva attuazione di azioni correttive.

In questo caso i driver di riferimento sono:

- l'efficienza: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.
- la qualità dei processi e dell'organizzazione: fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi

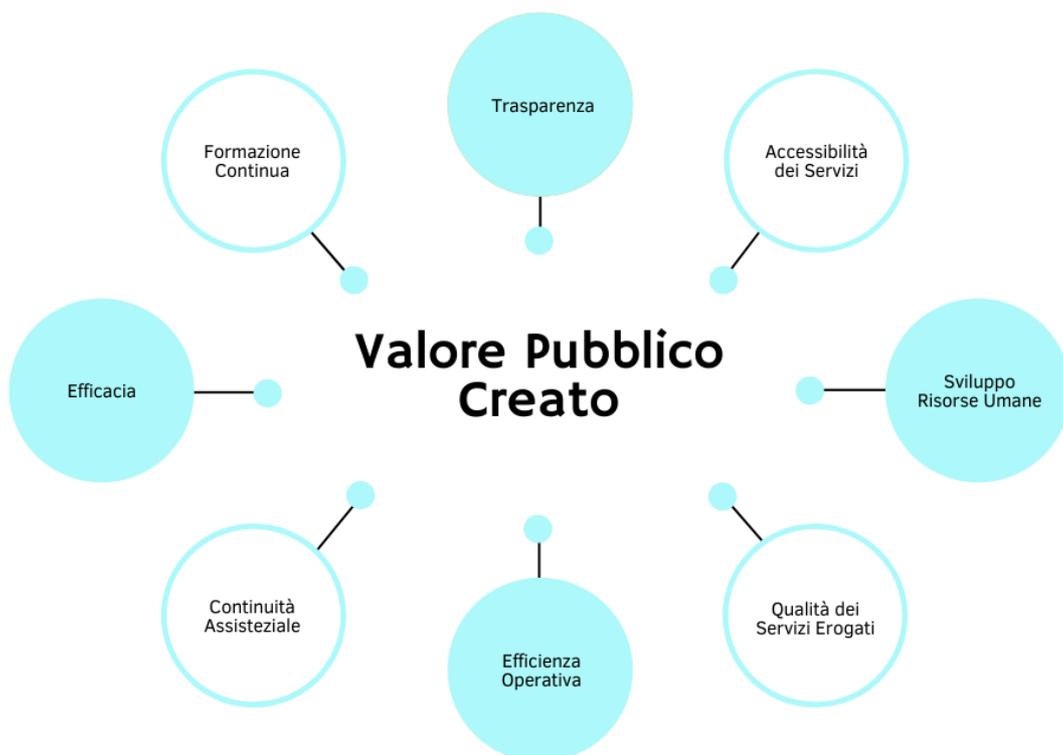


e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari.

Gli indicatori sono informazioni sintetiche, significative e prioritarie, che permettono di misurare l'andamento aziendale.

La misurazione delle performance delle attività e dei processi aziendali richiede la definizione di un sistema di indicatori che permetta di rappresentare, in un quadro unitario e completo, la capacità dell'impresa di perseguire i propri obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

L'Azienda, coerentemente con quanto premesso, ha identificato le dimensioni di analisi, e, per ognuna di queste, gli indicatori rappresentativi dell'operato aziendale.





2.2 PERFORMANCE

Il PIAO, secondo la legge 80/2021 integra e sostituisce il Piano della Performance (Piano), ossia il documento strategico programmatico, realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b, del D. Lgs. 150/2009, e ss.mm.ii., e ai sensi delle "Linee Guida per il piano della Performance" dell'Ufficio per la Valutazione della Performance, Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, definito su un orizzonte temporale triennale ed aggiornato annualmente.

Il Piano 2022/2024 della scrivente ASST, è stato adottato secondo l'assetto definito dal modello organizzativo, come previsto dall'art. 17 della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii., definito nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico adottato con delibera n. 0002884 del 03/12/2021 ed è stato denominato "Piano Ponte" in quanto era già prevista l'integrazione con il PIAO.

Sempre secondo queste linee guida, il Piano è lo strumento che avvia il ciclo di gestione della performance ed è elaborato in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Gli obiettivi contenuti nel Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione della performance organizzativa, vengono ripresi nel capitolo Performance del PIAO e si articolano su due livelli:

- strategico, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dalla Direzione Strategica aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;
- direzionale e operativo, definito tramite gli strumenti di programmazione (obiettivi e programmi aziendali) e la loro rendicontazione.

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori e i relativi target, ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale.

L'emergenza sanitaria internazionale, dovuta al Covid-19, ha influenzato l'attività dell'ASST nel biennio 2020-2021 e si presume continuerà anche nell'anno 2022.

Per questo motivo, la strategia per il prossimo triennio 2022-2024 avrà, tra i diversi obiettivi, quello di utilizzare l'esperienza maturata dalla pandemia e trasformarla in un'opportunità di cambiamento e di miglioramento per l'Azienda.

I principi su cui l'ASST vuole basare questo cambiamento sono:

- Ottimizzazione della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi;



- Riorganizzazione dei flussi di persone (percorsi dei pazienti), beni e dei dispositivi;
- Gestione delle relazioni esterne e interne;
- Valorizzazione delle competenze dei professionisti;
- Innovazione digitale.

Performance organizzativa e obiettivi

L'ASST nel corso del ciclo della performance integra agli obiettivi strategici aziendali, poi dettagliati per area di competenza, anche i seguenti punti:

- gli obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati per il 2022 ai Direttori Generali delle aziende sanitarie con Delibera di Giunta Regionale 5832 del 29/12/2021 "*Determinazioni in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (a.s.s.t.) e dell'azienda regionale emergenza urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022*";
- i sistemi di valutazione della performance in sanità cui fa riferimento Regione Lombardia, nel dettaglio:
 - PNE – Programma Nazionale Esiti
 - Network delle Regioni - MeS Scuola Universitaria Superiore S.Anna
 - Sistema di valutazione degli ospedali lombardi;
- gli obiettivi progettuali individuati dall'ATS Metropolitana in sede di negoziazione nel contratto annuale per la definizione dei volumi di attività sanitaria;
- il collegamento con il Piano della trasparenza e anticorruzione – PTPCT.

Con delibera n. 600 del 14/03/2022 è stato aggiornato e reso immediatamente operativo il nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance, mirato a definire, in un contesto unitario ed integrato, le informazioni sul raggiungimento della performance organizzativa tramite le schede di budget e della performance individuale tramite le nuove schede di valutazione individuale.

Dal momento che la digitalizzazione dei processi è uno degli obiettivi principali aziendali, anche la gestione del processo di valutazione della performance individuale, congiuntamente a quella organizzativa, subirà un'evoluzione in questo senso. Infatti, la gestione del processo, che è al momento cartacea, avverrà attraverso l'utilizzo di sistemi informativi.

Di seguito sono descritte le aree strategiche aziendali, gli obiettivi strategici e i rispettivi indicatori o valori attesi.



1. Innovazione e ammodernamento delle strutture

Il progetto attorno al quale si svilupperà l'organizzazione nel prossimo futuro riguarda l'adeguamento normativo antincendio e la messa in sicurezza delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle necessità di rispondere alle esigenze dettate nel piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR.

A seguito del finanziamento DL 34/2020 Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale e dell'aggiornamento dato dal DGR 11/5850 del 17/01/2022, nei prossimi anni 2022-23 si prevede la riprogettazione e ristrutturazione degli spazi dei reparti Pronto Soccorso dei due Presidi.

Tali interventi sono necessari per migliorare la presa in carico precoce dei pazienti acuti e, per affrontare le eventuali esigenze dovute alle emergenze epidemiologiche ed il potenziamento delle Aree Critiche (Terapia Intensiva e Sub Intensiva) con l'aumento dei posti letto.

Parallelamente a tali interventi nel triennio 2022-23-24 sono in programmazione i seguenti interventi:

- PO S. Carlo realizzazione di nuovo impianto idrico antincendio e di vasca di accumulo idrico-antincendio, ammodernamento e ampliamento dell'impianto di Rivelazione Fumi ed incendio, realizzazione di compartimentazioni;
- PO San Paolo realizzazione di compartimentazioni antincendio vani scale blocco B ed impianti Sprinkler impianti di rilevazione fumi per la protezione dei piani seminterrati ed interrati;
- Ammodernamento e sostituzione di 25 impianti elevatori dei due presidi;
- Adeguamento impianti di trattamento aria e riqualificazione comparto operatorio Presidio San Paolo;
- intervento di adeguamento normativo e potenziamento finalizzato all'unificazione della centrale di sterilizzazione Presidio San Paolo;
- Adeguamento e potenziamento degli impianti di distribuzione Gas Medicinali dei due Presidi;
- Adeguamento Impianti Elettrici sostituzione quadri elettrici e conduttori anello di bassa tensione Presidio San Carlo;
- Verifiche della resistenza e vulnerabilità sismica dei Presidi e interventi di miglioramento dell'evento sismico dei Presidi;
- Interventi di eliminazione delle barriere architettoniche dei Presidi.



Inoltre, con DGR 5835 del 29 dicembre 2021, è stato approvato da Regione Lombardia il documento programmatico del nuovo atto integrativo all'Accordo di programma Quadro in materia di Sanità, che prevede per l'ASST Santi Paolo e Carlo due importanti interventi di ampliamento e adeguamento strutturale e tecnologico delle strutture della nostra Azienda, precisamente:

- realizzazione del nuovo DEA e adeguamento strutturale-impiantistico e tecnologico del monoblocco San Carlo
- adeguamento strutturale-impiantistico e tecnologico del presidio San Paolo.

Nel corso del 2022 sono previste tutte le attività propedeutiche necessarie per espletare la gara di progettazione e la ristrutturazione dei due presidi già esistenti.

2. Innovazione e ammodernamento tecnologico delle apparecchiature

Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dell'offerta di prestazioni sanitarie, di adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, e di garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operatori, l'ASST intende investire in innovazione del parco macchine, precisamente, per il Presidio San Paolo:

- Angiografo fisso presso la sala di Radiologia Interventistica;
- TAC (tomografia assiale computerizzata) 128 slices presso la Radiologia Centrale, che sostituirà una TAC 64 slices;
- SPECT-TC (tomografia a emissione di fotone singolo) presso la Medicina Nucleare, che sostituirà una Gamma Camera e integra gli algoritmi di ultima generazione e la tecnica TC associata.

Per il presidio San Carlo:

- una nuova Risonanza Magnetica a 3 Tesla (attualmente in Radiologia sono in funzione due risonanze 1,5 T);
- realizzazione di una sala ibrida per Chirurgia Vascolare e Neurochirurgia.

Inoltre, è previsto di installare tecnologie attualmente non presenti, specificatamente:

- un laser Tullio per il San Carlo, che rappresenta una metodica innovativa per il trattamento della patologia prostatica;



- diversi dispositivi per il reparto di Oculistica del San Paolo (laser a diodi, yag laser, biometro);
- nuove apparecchiature per i reparti di Riabilitazione Specialistica di entrambi i presidi (tecar terapia e onde d'urto);
- un navigatore per interventi di Otorino;
- un microscopio per interventi di Maxillo;
- un microscopio per la Neurochirurgia.

Si procederà inoltre alla realizzazione di una nuova Centrale di Sterilizzazione presso il presidio San Paolo, completa di nuovi arredi, apparecchiature e sistemi di tracciabilità.

Parallelamente a tali interventi, l'ASST procederà alla progettazione, ai lavori di adeguamento strutturali-impiantistici e all'acquisizione di nuove apparecchiature elettromedicali per realizzare nuovi posti di Terapia Intensiva e Semi Intensiva, come previsto nel Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale, approvato dal Ministero della Salute.

3. Riorganizzazione del sistema produttivo

L'ASST si propone di fornire strumenti e metodi applicativi per ottimizzare i flussi del paziente dall'ingresso programmato o pronto soccorso alla dimissione dall'ospedale, con la diretta conseguenza di:

- rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a crescere la posizione di eccellenza per il trattamento di patologie e, in particolare, nell'alta specialità chirurgica, sia robotica che tradizionale;
- rendere l'ospedale più ricettivo possibile tramite il controllo della programmazione delle dimissioni, attraverso strumenti di programmazione, di gestione del boarding e *bed management*;
- migliorare continuamente l'organizzazione per processi;
- ridurre le attese di posto letto per i pazienti in emergenza e urgenza, anche con riferimento ad eventi pandemici.

Le azioni strategiche previste sono:

- supportare gli organici;
- ottimizzare le risorse e gli asset attraverso la riduzione degli sprechi e gli approcci di *lean management* in sanità;



- adeguare l'offerta alla domanda, tramite modelli di previsione anche in considerazioni di eventi pandemici.

Gli indicatori di riferimento sono:

- il valore della produzione;
- il numero di interventi chirurgici;
- i tempi di attesa in pronto soccorso (a visita, a ricovero, a dimissione);
- la degenza media dei reparti tramite l'eliminazione delle giornate inappropriate a causa di motivi organizzativo-logistici;
- il rispetto della programmazione in elezione;
- il tempo di attesa ambulatoriale e di ricovero.

Inoltre, come previsto da DGR 5832 del 29/12/2021, la riorganizzazione del sistema produttivo prevedrà:

- un ampliamento della capacità di erogare tamponi, anche attraverso i punti drive through ospedalieri e territoriali, per contrastare l'emergenza Covid-19;
- un miglioramento dei percorsi di donazione di organi e tessuti, per il rispetto del target indicati dalla DG Welfare in merito alla percentuale sul totale dei decessi.

4. Allineamento assetto accreditato, e qualità DM 70/2015

L'Azienda si propone di deliberare il nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare, anche attraverso la nomina dei Direttori di Distretto, come da linee guida regionali L. 22/2022.

È in corso, inoltre, un'analisi puntuale dei requisiti di accreditamento, sia dal punto di vista strutturale, sia organizzativo, nell'ottica di migliorare l'aderenza agli stessi, non solo nel polo ospedaliero, ma anche nel polo territoriale. Il percorso prevede l'elaborazione di procedure generali volte a uniformare i comportamenti, e comprenderà anche una revisione delle attività all'interno dei dipartimenti, al fine di allineare l'organizzazione ai criteri e ai volumi del DM 70/2015 e s.m.i., nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'incremento della sicurezza delle cure.



5. Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali

Obiettivo strategico aziendale è l'ottimizzazione e la digitalizzazione dei processi sanitari e amministrativi.

5.1 Riorganizzazione dei sistemi informativi

A tale scopo, l'ASST ha già deciso di intervenire sul proprio sistema informativo ospedaliero, al fine a favorire l'integrazione dei processi e la condivisione delle informazioni, sia come supporto alle decisioni, sia come fonte informativa per la definizione di obiettivi e strategie di programmazione e previsioni.

5.2 Digitalizzazione e riorganizzazione dei processi gestionali

Per quanto riguarda la digitalizzazione dei sistemi gestionali, l'obiettivo per il triennio è quello di migliorare l'analisi dei processi attraverso personale specializzato con profilo gestionale e organizzativo. In questo modo si intende sviluppare ulteriormente i sistemi di dematerializzazione e ottimizzare i processi e i flussi gestionali.

Sono in corso ulteriori interventi strategici di sviluppo, quali il cruscotto aziendale, il Datawarehouse e l'integrazione con la gestione dei flussi informativi, l'informatizzazione dei magazzini, la digitalizzazione delle dimissioni protette e i necessari adeguamenti relativi alla nuova Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021.

In particolare, nel 2022 è prevista la dematerializzazione del processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, attraverso l'acquisto di un nuovo software che permetterà di rendere l'intero processo digitale.

5.3 Digitalizzazione dei processi clinici e assistenziali

La digitalizzazione dei processi clinici è uno degli obiettivi strategici più importanti del prossimo triennio. Infatti, l'emergenza da Covid-19 ha messo in luce alcune criticità dovute alla mancanza di digitalizzazione di tali processi.

Le principali implementazioni digitali che vogliono essere apportate sono:

- Tele-visite e tele-consulti

Come previsto dalla missione 6 – Salute del PNRR, la telemedicina sarà uno dei punti saldi della strategia del prossimo triennio.

Nel 2021 l'ASST ha introdotto tale metodologia, tramite l'acquisizione di una piattaforma che ne permetta il corretto uso, in ottemperanza alle normative



sulla privacy, che nel corso del 2022 verrà estesa a tutte le aree cliniche ed assistenziali che ne possono usufruire, così da diminuire, dove possibile, il flusso di pazienti in entrata nel presidio ospedaliero.

- Monitoraggio automatico dei tempi chirurgici tramite strumenti di wearable technology. L'ASST vuole introdurre un nuovo sistema di monitoraggio automatico dei tempi chirurgici, per migliorarne l'analisi e conseguentemente il processo generale e il percorso del paziente chirurgico.
- Potenziamento della cartella clinica informatizzata. Al momento, la cartella clinica informatizzata è presente in entrambi i presidi, ma con diversità di utilizzo e funzioni. L'obiettivo è quello di renderne omogeneo l'uso e di implementare maggiori componenti cliniche al suo interno, al fine di avere una maggiore facilità di consultazione e completezza dei dati in un'unica cartella digitalizzata con riferimento particolare alla gestione della terapia e alla cartella infermieristica.

6. Assistenza alle carceri

L'ASST Santi Paolo e Carlo gestisce anche l'assistenza sanitaria ai reclusi negli istituti penitenziari milanesi (Istituto Penale Minorile Beccaria, Casa Circondariale di Milano San Vittore, Casa di Reclusione Milano Bollate, Casa di Reclusione di Milano Opera).

A causa dell'emergenza da Covid-19, nel 2021, non è stato possibile adottare tutte le misure previste, che quindi vengono riproposte per essere adottate nel 2022.

Attualmente, infatti, il modello di medicina predominante negli istituti penitenziari milanesi è ancora quello fondato sulla medicina di attesa, che fa riferimento alle richieste provenienti dai detenuti. Coerentemente con quanto specificamente previsto dal recente "Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo 2019-2023", la ASST si pone l'obiettivo di introdurre un modello di assistenza sanitaria di base di tipo proattivo, fondato sulla presa in carico del detenuto in modo da garantirgli, al pari dei cittadini in stato di libertà, prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, tempestive ed appropriate. Si prevede, inoltre, di introdurre anche presso gli istituti penitenziari l'utilizzo della cartella clinica informatizzata nonché la trasmissione e refertazione a distanza delle immagini radiografiche e degli esami di laboratorio.



Con questo percorso l'Azienda prevede di ottenere come immediato beneficio un notevole aumento della competitività aziendale, sia direttamente, in termini di aumento della capacità produttiva, sia per l'ottimizzazione dell'utilizzo degli asset.

Il modello è stato utilizzato e continuerà ad esserlo per la campagna vaccinale contro il Covid-19, nella quale l'ASST è promotrice del vaccino negli istituti penitenziari milanesi con almeno 1 linea vaccinale al giorno.

7. Integrazione della rete ospedale territorio e servizi territoriali

L'ASST intende implementare il percorso di attuazione della Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021, con riferimento a:

- Case di comunità
- Ospedali di comunità
- Centrali Operative Territoriali

Inoltre, sempre come previsto dalla suddetta legge regionale e dalla missione 6 – salute del PNRR verrà fatto un focus particolare relative alle cure domiciliari.

L'area territoriale continuerà nell'attività vaccinale sia per la campagna vaccinale anti-Covid 19, che per le vaccinazioni territoriali.

8. Valorizzazione della sinergia con Università Statale di Milano

Obiettivo dell'Azienda è incrementare la collaborazione con l'Università Statale di Milano nel riconoscimento reciproco delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali e condividere strategie rispetto ai settori da sviluppare.

Come da DGR 5450 del 03/11/2021, l'Università degli Studi di Milano avrà l'ASST Santi Paolo e Carlo come sede della Scuola di Formazione Robotica per gli specializzandi in discipline chirurgiche.

L'ASST si propone, quindi, di valorizzare questa nuova scuola di formazione, facendone il punto di forza della convenzione.

L'ASST declina gli obiettivi strategici alle articolazioni aziendali, mediante lo strumento della performance organizzativa, al fine di consentire un'azione coordinata e funzionale.

Di seguito si individuano gli obiettivi strategici declinati sulla performance organizzativa e i relativi indicatori, oggetto di più puntuale dettaglio nelle schede annuali di budget.



L'articolazione degli obiettivi operativi e la strutturazione dei relativi indicatori saranno indicativamente i seguenti:

Area strategica	Obiettivo strategico (triennale)	Indicatore	Valore storico	Valore target (al netto di emergenze pandemiche)
Innovazione e ammodernamento delle strutture	Mettere in sicurezza di tutti gli edifici, anche con riferimento alla normativa antincendio Ristrutturare e potenziare area critica	Rispetto del cronoprogramma dei lavori		Affidamento lavori di progettazione
Innovazione e ammodernamento tecnologico delle apparecchiature	Sviluppare ed introdurre di nuove tecnologie Potenziare i servizi diagnostici	Rispetto del piano di sostituzione e ammodernamento		
Riorganizzazione del sistema produttivo	Differenziare l'offerta valorizzando l'area chirurgica Ottimizzare le risorse	Incremento del Nr interventi chirurgici Incremento del valore della produzione al netto dell'emergenza Covid Ampliamento della capacità di erogare i tamponi Rispetto delle percentuali target per la donazione di organi Rispetto del piano di ripresa 2022 per il recupero dei tempi di attesa	13.180 136.576.729,00 € 3 linee SP/SC/Trenno	> 2021 >2021 # linee >2021 Target regionale Target regionale
Allineamento assetto accreditato qualità, DM 70/2015	Approvare e deliberare il nuovo POAS	Adozione del nuovo POAS secondo le linee guida regionali Nomina dei Direttori di Distretto		



Area strategica	Obiettivo strategico (triennale)	Indicatore	Valore storico	Valore target (al netto di emergenze pandemiche)
Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali	<p>Riorganizzare i sistemi informativi</p> <p>Digitalizzare e riorganizzare i processi gestionali</p> <p>Digitalizzare i processi clinici e assistenziali</p>	<p>Ulteriore sviluppo dei sistemi di dematerializzazione</p> <p>Avvio della telemedicina e teleconsulti</p> <p>Avvio monitoraggio automatico dei tempi chirurgici</p> <p>Avvio cartella clinica informatizzata infermieristica</p>	<p>Presentazione progetti</p> <p>Acquisizione piattaforma</p>	<p>Avvio progetti dematerializzazione e</p> <p>Formazione e avvio</p> <p>Avvio progetto entro dicembre 2022</p> <p>Avvio progetto entro dicembre 2022</p>
Assistenza alle carceri	Sviluppare un modello di assistenza sanitaria proattiva	<p>Miglioramento modello di presa in carico del detenuto</p> <p>Introduzione cartella clinica informatizzata</p>		<p>Estensione del modello Covid-19</p> <p>Avvio progetto entro dicembre 2022</p>
Integrazione della rete ospedale territorio	Implementare il percorso di attuazione della Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021	<p>Rispetto della Campagna vaccinale territoriale e anti Covid-19</p> <p>Evidenza della riorganizzazione secondo la LR n.22/2021</p>		<p>Obiettivi regionali</p> <p>Presentazione nuovo POAS</p>
Valorizzazione della sinergia con Università Statale di Milano	Migliorare e valorizzare la collaborazione con l'Università	Incremento del numero di interventi in robotica	300	>250



2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

1. Premessa

1.1 Il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) costituisce il documento fondamentale dell'amministrazione per definire strategie di prevenzione dell'illegalità, aumentare la capacità di scoprire eventuali situazioni corruttive e creare un contesto sfavorevole al loro verificarsi, ricomprendendo non solo la gamma di delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal codice penale, ma anche i casi in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – si evidenzia un malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa (c.d. *maladministration*).

In ASST il ruolo di RPCT è stato attribuito con deliberazione n 349 del 1.3.2019 a Francesco Giglio, dirigente amministrativo a tempo indeterminato con incarico di Struttura Complessa, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, da Cristiana Mariga assistente amministrativo della S.C. Gestione Operativa Area Territoriale.

Premesso quanto sopra, in relazione all'attuazione degli adempimenti del pregresso PTPCT T2021-2023, si precisa che nell'anno 2021, nonostante il persistere della grave situazione emergenziale Covid-19 che ha caratterizzato l'intero anno e che ha comportato un rallentamento di gran parte delle attività, anche amministrative, le azioni e le misure ivi previste e programmate sono state comunque attuate e completate, come dettagliato nella relazione annuale redatta sullo schema predisposto dall'ANAC che rendiconta le attività dell'intero anno di riferimento. Le relazioni annuali sono pubblicate sul sito *internet* dell'ASST nella sezione Amministrazione Trasparente -Altri Contenuti- Corruzione.

In particolare, nel PTPCT dell'anno 2021, fondamentale importanza ha rivestito l'analisi e la nuova mappatura di tutti i processi e delle attività, con specifica indicazione dei rischi di processo/attività e delle relative misure preventive, nonché degli indicatori di controllo. Le misure previste sono state attuate dalle strutture competenti, monitorate da parte del RPCT e rendicontate dai relativi responsabili.

Di tali esiti si è tenuto conto nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali da parte dei dirigenti.

Al fine di una maggiore sensibilizzazione, è stata attivata, per l'anno 2022, la formazione di base in modalità e-learning in materia di anticorruzione e trasparenza rivolta al tutto il



personale in aggiunta alla formazione residenziale rivolta ai dirigenti e referenti dei settori interessati dal PTPCT.

1.2 La legge n. 190/2012 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D. Lgs. n. 165/2001, debbano adottare un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ai sensi dell'art. 1, co. 5 e 60 della stessa legge.

Il PTPC dell'ASST Santi Paolo e Carlo non è inteso né come un mero adempimento amministrativo, né come un ulteriore regolamento aziendale, bensì come una risposta puntuale, fondata sulla mappatura dei processi ed analisi dei rischi, volta a prevenire ogni condotta che possa dar luogo a fenomeni corruttivi e, in senso più ampio, come strumento finalizzato a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, nonché a garantire la trasparenza, la legalità e la legittimità dell'attività amministrativa. Pertanto, con il PTPC è possibile perseguire, nell'ambito delle strategie di prevenzione, i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la massima trasparenza degli atti e dell'azione organizzativa.

Altro contenuto indefettibile del PTPC riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per effetto della nuova disciplina dettata dall'art. 10, co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

L'ASST, in coerenza con le novità legislative intervenute, ha provveduto alla redazione del **Piano per la trasparenza** quale apposita sezione, parte integrante, del presente PTPCT, nella quale sono illustrate le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente in materia.

In esso vengono anche chiaramente identificati i Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Il presente PTPCT è redatto secondo criteri di semplicità ed intelligibilità allo scopo di renderlo il più possibile uno strumento di agevole fruizione per tutto il personale, i collaboratori e gli **stakeholders** dell'Azienda.



Nell'elaborazione del PTPCT 2022-2024 e nella definizione delle misure di prevenzione della corruzione si è data partecipazione agli **stakeholder** nella fase propedeutica alla predisposizione del presente PTPCT, in una logica di sensibilizzazione dei cittadini e delle imprese alla cura della legalità.

Nella logica di un'effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione, al **Direttore Generale**, quale Organo di indirizzo, compete l'individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co 8 D. Lgs. n. 33/2013, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016). Detti obiettivi sono esplicitati nel Piano Triennale delle Performance dell'ASST, aggiornato annualmente. Tra questi, già l'art. 10, co 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni Amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Anche il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)** è chiamato a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle Amministrazioni e delle performance degli uffici e dei dirigenti responsabili. Detto organismo, anche ai fini della validazione della relazione annuale sulle performance, verifica che gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale siano coerenti con i contenuti del PTPCT e che nella valutazione e misurazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza.

Il presente documento risulta pertanto uno strumento preventivo, redatto in conformità alle disposizioni normative ed alle indicazioni che promanano dall'ANAC.

2. Oggetto e finalità del PTPCT

Il PTPCT disciplina il complesso degli interventi organizzativi della ASST volti ad individuare le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione a livello aziendale, utilizzando strumenti che vengono affinati, modificati, o aggiornati in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione ed è concepito in una logica di essenzialità, coinvolgimento e condivisione preventiva con i soggetti interni all'amministrazione che concorrono, ciascuno per il proprio grado di responsabilità, a mettere in atto le azioni volte a rafforzare la cultura e la prassi dell'integrità.

Il PTPCT rappresenta, quindi, lo strumento attraverso il quale la ASST descrive un processo articolato, in fasi tra loro collegate, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi. Vengono definite misure di prevenzione oggettiva,



che mirano attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche, e misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento ad una decisione amministrativa.

In attuazione di quanto previsto dall'aggiornamento 2016 al PNA, adottato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3/08/2016, che conferma la trasparenza quale misura fondamentale di prevenzione della corruzione, all'interno del presente documento è contenuta la specifica sezione dedicata all'attuazione degli obiettivi strategici di trasparenza ed integrità, denominata **Piano della Trasparenza**, con l'indicazione dei responsabili della pubblicazione dei dati obbligatori.

Il PTPCT ed eventuali aggiornamenti sono adottati dal Direttore Generale su proposta del RPCT, dopo che sono state acquisite e valutate proposte e osservazioni da parte degli *stakeholders* interni ed esterni, tramite avviso di consultazione pubblica sul sito web aziendale.

Quanto sopra al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati in fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi dei rischi.

Il RPCT, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte, elabora e predispone il PTPCT, che viene adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato dalla legge.

Il PTPCT, una volta adottato, viene pubblicato in forma permanente sul sito web aziendale, nella specifica sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del RPCT, ovvero su richiesta dell'ANAC, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

L'arco temporale di validità del presente PTPCT è relativo al triennio 2022-2024 a scorrimento, e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano e sostituiscono quelle di cui al PTPCT 2021-2023, approvato con deliberazione n. 765 del 30/03/2021

Il presente PTPCT rappresenta lo strumento attraverso il quale la ASST descrive i processi a maggiore rischio corruttivo, attraverso l'articolazione in fasi tra loro collegate ed è finalizzato a formulare adeguate strategie che consentono la prevenzione della corruzione.

In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi



che consiste nell'esaminare l'organizzazione della struttura aziendale, i suoi processi e prassi di funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo.

Rappresenta uno strumento dinamico, che consentirà eventualmente di procedere alle necessarie integrazioni ed adeguamenti, anche in relazione all'evoluzione normativa di riferimento.

Secondo quanto previsto dalla L. 190/2012, art. 1 co. 5 il PTPCT «fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio». Pertanto, il PTPCT non è «un documento di studio o di indagine ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione».

3. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

3.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 alla Legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla Legge n. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) D.Lgs. n. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT. Da un lato, si è attribuito al RPCT il potere di indicare all'UPD ufficio aziendale competente all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, dall'altro lato, è stabilito il dovere del RPCT di segnalare all'organo di



indirizzo e al NVP *“le disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza”*.

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l’elaborazione della proposta del piano di prevenzione aziendale;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell’efficace attuazione del Piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione;
- la verifica, d’intesa con il Dirigente competente, dell’effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione integrato con il piano della trasparenza;
- l’individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web dell’Azienda, di una relazione recante i risultati dell’attività svolta e trasmissione della stessa relazione al Direttore Generale ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzando il *format* predisposto dall’ANAC;
- riferire sull’attività nei casi in cui la Direzione Strategica lo richieda, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall’incarico di Responsabile della Trasparenza ed in particolare:

- svolgere stabilmente un’attività di controllo sull’adempimento da parte dell’ASST degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l’aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, al NVP e all’ANAC e, nei casi più gravi, all’UPD dell’ASST, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all’aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell’accesso civico e dell’accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:



- all'UPD, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- al Direttore Generale e al NVP, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie quindi non più solo in caso di revoca dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, co. 3 del D. L.gs. 8 aprile 2013, n. 39 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"*.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 1, co. 12, della Legge n. 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Tuttavia, a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare *"di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano"* (art. 41, co. 1, lett. I), D.Lgs. n. 97/2016).

Per un'esauritiva specifica del ruolo e dei poteri del RPCT, si rimanda al capitolo 4 del PNA 2018, alla deliberazione del presidente dell'ANAC n. 840 del 2/10/2018 e alla Parte IV e Allegato 3 del PNA 2019, con cui si è espresso sulla corretta interpretazione dei compiti del RPCT.

Il RPCT è tenuto a registrarsi e ad accreditarsi nella piattaforma ANAC, utile alla rilevazione da parte dell'Autorità delle informazioni sulla predisposizione del PTPCT e sulla loro attuazione; attraverso la piattaforma ANAC vigila sulle misure di prevenzione della corruzione e interloquisce con RPCT.

La performance individuale del RPCT può essere valutata in relazione alla specifica funzione affidata, inserendo, a tal fine, nel Piano delle Performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'eventuale adeguata remunerazione mediante trattamento



accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

In ASST il ruolo di RPCT è stato attribuito con deliberazione n 349 del 1.3.2019 a Francesco Giglio, dirigente amministrativo a tempo indeterminato, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, da Cristiana Mariga assistente amministrativo della S.C. Gestione Operativa Area Territoriale.

3.2 Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Al RPCT è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della ASST:

1. il Direttore Generale;
2. il Dirigente della funzione di Internal Auditing ;
3. i Dirigenti di Struttura;
4. Il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio
5. Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)
6. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
7. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
8. i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda;
9. gli *stakeholder* (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

3.2.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- approva il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali ad esempio i



Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento;

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

3.2.2 Il Dirigente della funzione di Internal Auditing

Il Dirigente della funzione di Internal Auditing

- individua i processi da sottoporre all'attività di Internal Auditing (I.A.), compresi i processi a rischio di corruzione;
- contribuisce alla composizione dei Piani Annuali di I.A.;
- individua le competenze degli auditor;
- definisce il personale necessario allo svolgimento dell'attività;
- valuta gli esiti delle verifiche e i risultati dei *follow up*.

Supporta, tra l'altro, il RPCT nell'attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

In particolare esso deve:

- individuare nell'ambito delle strutture aziendali le attività in cui sia maggiore il rischio di corruzione;
- prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
- collaborare nella stesura delle schede dell'analisi dei processi a rischio corruttivo e nella valutazione del rischio;
- assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- monitorare e valutare il grado di raggiungimento delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

3.2.3 I Dirigenti di Struttura

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, del dirigente preposto alla



- funzione di Internal Auditing e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
 - assicurano al RPTC il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
 - inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione;
 - rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione.
 - propongono le misure di prevenzione della corruzione;
 - svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
 - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento in vigore in Azienda e verificano le ipotesi di violazione;
 - adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
 - assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure contenute nel PTPCT;
 - adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano e dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del presente Piano sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano stesso. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza del Piano.

A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 *-Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte-* la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del



D. L.gs.n. 165 del 2001 e s.m.i.;

- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web aziendale sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

3.2.4 Il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

In ottemperanza all'art. 6 del D.M. del Ministero dell'Interno del 25.09.2015, che prevede la nomina di un Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del Terrorismo, con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio, l'ASST, ha individuato come Gestore, il RPCT, incarico ricoperto dal dr. Francesco Giglio, in quanto figura in possesso di idonee competenze in ogni area ritenuta a rischio e pertanto in grado di effettuare una valutazione corretta ed imparziale delle segnalazioni, da inoltrare all'U.I.F.

3.2.5 Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

In ottemperanza alle prescrizioni normative vigenti, richiamate anche nel PNA 2016 (approvato dall'ANAC con la deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016), l'Azienda ha disposto la nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA). Per assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), è stato individuato il Direttore S.C. Provveditorato, dr Paolo Pelliccia, quale soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa, abilitando a tal fine il suo profilo RASA nella sezione dell'area Servizi del portale internet dell'ANAC. Tale obbligo informativo, consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo, sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del D.Lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

3.2.6 Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione delle performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. L.gs. n. 150/2009.



Il NVP della ASST:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale, assicurando il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale e il rispetto del principio della trasparenza;-
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'ASST, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale e in coerenza con il D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, e verifica, altresì, l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del Comparto;
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance organizzativa e individuale del personale secondo i principi di merito ed equità, verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del Comparto titolari degli incarichi di funzione o incarichi di coordinamento e propone al Direttore Generale la valutazione dei dirigenti;
- valida la relazione sulle performance, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse impiegate;-
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del NVP;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e,

in particolare:

- svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento;
- anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si



tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT, relazione annuale che viene predisposta dal Responsabile e trasmessa al NVP, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della Legge n. 190/2012;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il NVP, inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art. 43 e 44 D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.).

3.2.7 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- partecipa all'aggiornamento del Codice etico e di comportamento.

3.2.8 I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASST

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASST:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e contenute nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, 46



comma 14, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.;

- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente tramite la casella di posta elettronica prevenzione.corruzione@pec.asst-santipaolocarlo.it oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

3.2.9 Gli stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli *stakeholders* partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'ASST, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

4. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione

Come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, ai quali si rimanda all'apposita sezione.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la ASST si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2022 l'ASST si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra il PTPCT ed il Piano delle Performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- realizzare un'integrazione tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso il dirigente preposto alla funzione di Internal Auditing;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata;



- adottare il Regolamento di funzionamento per l'individuazione e gestione delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio (art. 6 del DM Ministero dell'Interno 25 settembre 2015).

5. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione

La legge n. 190/2012 prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo 4; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione aziendale devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- Analisi del contesto esterno
- Analisi del contesto interno
- Mappatura dei processi
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

5.1 Analisi del contesto esterno

La ASST è un Ente socio-sanitario di Regione Lombardia, operante nella zona sudoccidentale della Città di Milano, caratterizzata da condizioni socio-ambientali tipiche delle periferie metropolitane. Il bacino di utenza di competenza si sviluppa, rispetto all'area metropolitana milanese, dal quadrante nord ovest (Pero-Settimo Milanese) a quello sud ovest (Rozzano, Opera) arrivando a lambire Abbiategrasso a ovest. Per alcuni importanti Comuni della cintura (Cesano Boscone, Settimo, Cusago, Buccinasco, Corsico, ecc.) i Presidi dell'ASST rappresentano il riferimento primario, mentre per la Città di Milano il complesso dei due Presidi sviluppa un'attrattività comparabile a quella dei principali nosocomi cittadini. L'articolazione dei servizi ospedalieri cerca quindi di dare risposta alle esigenze di zona, specie in ambito emergenza e urgenza, associando a questa vocazione quella per la ricerca e la didattica propria di un ospedale universitario, unitamente all'alta specialità in alcuni ambiti di eccellenza. Dal punto di vista della composizione demografica, l'ambito territoriale "proprio" di riferimento è costituito dai



Municipi 5,6, 7. In quest'area prevalgono i fenomeni di invecchiamento della popolazione di origine italiana, autoctona o di prima immigrazione, e di afflusso di nuova immigrazione di origine extraeuropea, con valori comunque omogenei rispetto al complesso della città. All'interno del dato della popolazione residente (411.000 abitanti, c.a 30% del Comune di Milano) si registrano il 18% di popolazione di origine straniera, il 24% di popolazione sopra i 65 anni di età, e il 16% di giovani di età inferiore ai 19 anni. Per la descrizione degli elementi di rischio, si prende in considerazione il documento della Camera dei Deputati "Relazione sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica esulla criminalità organizzata – anno 2015)" dove si evidenzia che: "... la Regione Lombardia è interessata da molteplici manifestazioni di criminalità, che allineandosi alle trasformazioni del Paese, adeguano gli strumenti di penetrazione dell'economia legale, orientandole allo sfruttamento delle opportunità offerte dal tessuto socio-economico locale. Sul territorio si vanno palesando anche segnali, da parte dei sodalizi di tipo mafioso, di infiltrazioni all'interno della Pubblica Amministrazione e nell'aggiudicazione di lavori pubblici, riproponendo assetti di mercificazione dell'interesse pubblico e situazioni di connivenza sperimentati nell'area d'origine.

L'azione di contrasto alle organizzazioni criminali si sta dunque spingendo all'esplorazione della c.d. "zona grigia", ovvero di illeciti che spesso emergono con fattispecie di natura fiscale o amministrativa, che potrebbero costituire il terreno su cui realizzare l'intreccio d'interessi tra criminali, politici, amministratori ed imprenditori (con la costituzione di "sistemi criminali" apparentemente disomogenei ma in realtà efficacemente integrati), nei quali la corruzione e, in generale, i reati contro la P.A., permettano alla criminalità organizzata di infiltrarsi ed espandersi ulteriormente, a danno dell'imprenditoria sana.

Il rischio di comportamenti illeciti ed illegali e/o di infiltrazioni da parte della criminalità organizzata nell'attività degli enti Sanitari è risultato accentuato nel periodo della Pandemia Covid 19, esplosa nell'anno 2020 e che sembra assestarsi nei primi mesi dell'anno 2022. La necessità di approvvigionamenti necessari ed urgenti di dispositivi di protezione e di attività e materiali di contenimento e di contrasto alla malattia, ha generato gravi comportamenti illeciti ed interferenze criminali nei settori commerciali e sanitari interessati. Di qui l'elevazione dei livelli di controllo per prevenire ed impedire deviazioni e distorsioni del corretto utilizzo delle risorse pubbliche, pur nell'urgenza dettata dalla situazione.

Analoga attenzione viene prestata dal legislatore e dalle istituzioni preposte all'attuazione del PNRR, che prevede l'impiego di ingenti risorse economiche per la rinascita e l'ammodernamento del Paese.



La riforma avviata con la L.R. 23 del 2015 prevedeva un quinquennio di applicazione sperimentale. Al termine del quinquennio Regione Lombardia ha avviato l'analisi dei risultati

raggiunti anche in considerazione delle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

In esito dell'analisi, Regione Lombardia ha considerato che sono presenti alcune aree di miglioramento la cui introduzione nell'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo è necessaria per una valutazione positiva e coerente del sistema regionale con il disegno nazionale delineato dal decreto legislativo n. 502/1992. E' stato dunque elaborato un progetto di legge con l'ambizione di fare sintesi delle indicazioni del Ministero della Salute, di Agenas nonché di quanto previsto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza.

La Legge regionale 14 dicembre 2021 n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", pubblicata nel Burl nr. 50/2021 completa il percorso avviato.

La citata legge, oltre a modifiche di afferenza di attività e strutture precedentemente in capo alle Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) prevede la realizzazione degli ospedali di comunità, delle case della comunità e le centrali operative territoriali, le quali, secondo le disposizioni regionali, verranno portate a compimento nell'ambito del citato PNRR e con l'utilizzo delle risorse economiche dallo stesso previste.

Considerata la rilevanza e la portata, anche pluriennale, degli investimenti che si realizzeranno, è necessario implementare la conoscenza delle disposizioni sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza oltre che rilevarne l'importanza nell'ambito della mappatura dei rischi e delle misure di prevenzione nell'ambito del PTPCT.

5.2 Analisi del contesto interno

Con L.R. n. 22 del 14.12.2021 la Regione Lombardia ha approvato la modifica alla L.R. 33/2009, introducendo importanti novità, quali ad esempio:

- l'istituzione di Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali;
- l'introduzione dell'infermiere di famiglia;
- "equivalenza e integrazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate" e "parità di diritti e di doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del Servizio Sanitario Locale";



- la separazione di funzioni: alle ATS la programmazione, l'acquisto, il controllo; alle ASST e alle strutture sanitarie e sociosanitarie l'erogazione di servizi;
- l'Ospedale di Comunità che si occuperà di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica; di norma con 20 posti letto; gestione prevalentemente infermieristica;
- la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali. Ospedali e Case di Comunità; per il 40% entro il 2022, per il 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024.

La realtà aziendale, comprendente due Presidi Ospedalieri e su una Rete Territoriale Socio Sanitaria, articolata in tre Distretti Socio Sanitari per una estensione territoriale che comprende le i municipi 5,6 e 7 del Comune di Milano, dovrà essere completata con un maggior impegno verso il territorio, proprio in attuazione della legge regionale di riforma che rivolge la sua attenzione alla vicinanza al cittadino, portando i servizi nell'ambiente in cui vive.

Relativamente ai servizi erogati, con i suoi circa 4335 dipendenti di ogni ruolo e qualifica, oltre che consulenti, personale universitario e medici specialistici convenzionati, si prende cura della Persona in risposta ai suoi bisogni di salute, erogando prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie specialistiche, di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità. L'ASST è pertanto chiamata ad assicurare, sul territorio di competenza, l'erogazione dei servizi ospedalieri, dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

La struttura organizzativa è definita e rappresentata dal Piano Organizzativo Strategico Aziendale (POAS), che identifica l'ASST stessa, le proprie regole e strategie di organizzazione interne, finalizzate all'ottimizzazione del proprio funzionamento. Il POAS costituisce pertanto l'elemento fondamentale, con una funzione programmatica e senza alcun ulteriore onere finanziario rispetto alle già previste assegnazioni Regionali.

Il documento ad oggi vigente, evidenzia in maniera forte e marcata l'assetto Dipartimentale, pur mantenendo un proprio contesto fortemente unitario, superando il rigido e tradizionale approccio divisionale, a netta dipendenza gerarchica; anche il POAS, per effetto della recente riforma regionale, sarà oggetto di imminente nuove redazione.

I Dipartimenti di area sanitaria sono costituiti da Unità Operative Complesse e Semplici contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche comunque omogenee; essi sono il livello organizzativo nel quale si sviluppano in misura maggiore le funzioni di governo clinico.



I Dipartimenti sanitari costituiscono l'interlocutore della direzione aziendale per tutte le reti di patologia, individuate quale strumento sostanziale di governo a garanzia della continuità delle cure nel percorso della persona assistita ma anche dell'individuazione e intercettazione della domanda di salute con presa in carico globale; hanno inoltre il compito di garantire l'integrazione dei processi di cura anche con il percorso delle cure territoriali.

L'area sociosanitaria è organizzata secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune basato su regole esplicite di professionisti/gruppi, la cui opera è interdipendente.

La continuità assistenziale, l'appropriatezza e la diversificazione dei *setting* di cura sono parole chiave di un modello che non considera più l'Ospedale come l'esclusivo centro di erogazione di assistenza, ma come nodo di una rete di servizi sanitari, sociosanitari e sociali centrati su un maggior potere di scelta da parte del malato, della famiglia, della rete di sostegno.

L'area amministrativa è caratterizzata da funzioni trasversali di gestione tecnico amministrativa svolte da strutture in capo al Dipartimento Amministrativo e da Strutture e Funzioni aziendali in *Staff* alla Direzione aziendale.

L'assetto organizzativo risponde alla concezione di servizio di supporto strettamente pertinente ai processi *core* dell'azienda sia ospedalieri che territoriali, in una logica di revisione dei servizi di supporto amministrativo, con l'obiettivo principale di semplificarne e essenzializzarne i processi.

La struttura Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si colloca tra le strutture in *Staff* alla direzione aziendale e si interfaccia, a livello trasversale, con tutte le strutture tecnico amministrative della ASST, supportandole attivamente nell'ottica di prevenire e controllare le c.d. aree e processi a rischio di illecito e corruzione.

Tenuto poi conto che l'ultimo biennio è stato fortemente caratterizzato dal persistere della situazione emergenziale dettata dal Covid-19 che ha inciso sulla capacità di offerta sanitaria, focalizzando l'attenzione sulla necessità di aumentare la capacità di somministrazione vaccinale a tutta la popolazione, nonché un forte sostegno alla esecuzione dei tamponi.

Contestualmente alla flessione del momento pandemico, l'ASST ha programmato e sta realizzando il recupero delle prestazioni sospese o ridotte nei momenti più critici di diffusione del virus Covid-19 e delle sua varianti.



Inoltre, l'ASST sta procedendo alla attivazione delle sedi delle unità d'offerta da realizzare nell'ambito della riforma sanitaria in atto, individuate da Regione Lombardia quali sedi delle Case di Comunità.

Per quanto attiene alle specificazione delle attività ed al dettaglio dell'organizzazione della ASST, si rinvia al Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) di prossima emanazione, di cui il presente PTPCT costituirà una sezione specifica.

5.3 Mappatura dei processi

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione della ASST, 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 (mappatura dei processi) che saranno definiti compiutamente con la prossima revisione del Piano di Organizzazione Aziendale strategico (POAS).

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.

I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e quindi anche la ASST, e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso l'analisi delle attività e delle funzioni delle competenti Strutture, con il coordinamento del RPCT.

Con il presente Piano è stata rivista la mappatura dei processi e conseguentemente riformulata l'analisi e la valutazione dei rischi, come risulta dall'allegato 1. Il metodo utilizzato è coerente con lo schema dettato da ANAC, incentrato sulle "aree di rischio" di cui al PNA 2019 e non sulle singole Strutture, in ossequio alla *vision* in chiave aziendale e non settoriale della mappatura dei processi, intesa come un percorso da compiere su base pluriennale che porti, tramite un progressivo affinamento, alla graduale completezza dell'analisi dei rischi, anche in vista di successive integrazioni che potranno comunque essere apportate nei futuri Piani.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso



l'analisi delle attività e delle funzioni delle competenti Strutture, con il coordinamento del RPCT.

Operativamente, il percorso compiuto è stato il seguente:

Fase 1: nel Piano sono state individuate complessivamente 13 aree di rischio: n. 7 generali già indicate da ANAC e n. 6 specifiche per le Aziende ed Enti del SSN:

AREE DI RISCHIO GENERALI:

- Contratti Pubblici
- Acquisizione e gestione del personale
- Incarichi e nomine
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso
- 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
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
- Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti il decesso in ambito intraospedaliero
- Situazioni emergenziali (es.: Covid-19).

Fase 2: la mappatura ha comportato per ciascun processo l'inserimento dei dati sotto riportati:

- Area di rischio (Classificazione Piano Nazionale Anticorruzione 2019)
- Descrizione dell'area di rischio
- Processo
- Fasi del processo / attività
- Strutture coinvolte nell'attività di mappatura e valutazione
- Rischi identificati
- Fattori abilitanti
- Livello di esposizione al rischio (giudizio sintetico)
- Categoria misura
- Descrizione misura



- Definizione dell'indicatore,
- Descrizione dell'indicatore e valore atteso
- Tempistica di attuazione (eventuali fasi intermedie)
- Responsabile dell'attuazione della misura.

Fase 3: per quanto riguarda la stima del livello di esposizione al rischio, nell'ambito dell'approccio qualitativo utilizzato, i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi sono stati tradotti operativamente in "indicatori di rischio" (*key risk indicators*), in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività. Di seguito si illustrano gli indicatori che sono stati nel presente Piano:

1 - Grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti. L'attività è discrezionale quando la normativa lascia un margine di apprezzamento in ordine ad uno o più degli elementi che connotano l'attività stessa, quali ad esempio se eseguirla, il momento più idoneo per eseguirla ed il mezzo con cui realizzarla; l'indicatore esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite.

2 - Modalità di attuazione. Indica se le modalità attuative sono adeguatamente definite da norme di legge o regolamentari e/o se il sistema normativo risulta stabile, adeguato e applicabile. Misura la coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso

3 - Livello di interesse esterno. Misura l'incremento del rischio derivante dalla presenza di interessi, non necessariamente economici, e/o di benefici per i destinatari del processo.

4 - Presenza di eventi sentinella. Riguarda la presenza o meno di procedimenti giudiziari, eventi, segnalazioni, per fatti/atti corruttivi inerenti il processo in esame. Se l'attività/processo interessato è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato, il rischio aumenta poiché quella attività/processo ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi.

5 - Presenza di un sistema strutturato di controlli. L'adozione di un maggior numero di controlli e una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio. Indica se l'attività/processo è già presidiata da strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi sia interni (Collegio Sindacale, OIV, *Internal Audit*, ...) che esterni (Regione..)



6 - Grado di concentrazione del potere decisionale. Il cumulo in capo ad un medesimo soggetto di incarichi e/o poteri decisionali o istruttori può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri, determinati dalla volontà del dirigente stesso.

7 - Grado di trasparenza del processo. Ogni fase del processo deve generalmente essere controllabile, verificabile e accessibile, a tutela dell'imparzialità dell'azione della PA. L'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio corruttivo.

5.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

Si rinvia all'allegato 1.

5.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente Piano si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

5.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

Ai sensi della Legge n. 190 del 2012 e s.m.i., l'attuazione e l'efficacia del PTPCT, oltre alle azioni ivi contemplate, deve essere assoggettata ad una costante attività di monitoraggio da parte dei Dirigenti Responsabili delle aree a più elevato rischio di corruzione, così come individuata nei Piani stessi, i quali riferiscono gli esiti, oltre ad eventuali reclami e/o



segnalazioni ricevute, al RPT. Quest'ultimo provvede poi, periodicamente, a relazionare agli Organi e Organismi competenti, anche ai fini di un costante e continuo miglioramento delle azioni e misure preventive.

Il RPCT può inoltre chiedere in ogni momento le ulteriori informazioni ritenute necessarie, oltre a procedere ad ispezioni e verifiche direttamente presso le strutture coinvolte nei processi.

In attuazione di quanto sopra, i Dirigenti Responsabili delle aree a più elevato rischio di corruzione come individuati nell'allegato 1) al presente Piano, provvedono a relazionare, per ogni misura di prevenzione riportata, l'esito della stessa, in riferimento agli indicatori di monitoraggio previsti.

L'attività di tale monitoraggio viene effettuata con riguardo alle seguenti azioni:

- commissione di Illeciti, violazione di norme o codici
- rotazione del personale
- astensione in caso di conflitto di interessi
- formazione di commissioni
- rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti
- istanze di accesso civico semplice, generalizzato e documentale

Il RPCT provvede ad effettuare periodici *audit*, sottoscritti e verbalizzati, sia in tema di trasparenza e pubblicazione dei dati e documenti, sia in materia monitoraggio delle azioni e misure di prevenzione dei rischi.

Il RPCT, annualmente, entro i termini previsti dall'ANAC, sottopone al Direttore Generale e al NVP, la relazione recante i risultati dell'attività svolta, che viene pubblicata sul sito *internet* dell'Azienda nella sezione Amministrazione Trasparente.

La scheda, redatta sul modello predisposto dall'Autorità ANAC, è composta da tre fogli:

- "anagrafica" che contiene le informazioni relative al RPCT,
- "considerazioni generali" che riporta le valutazioni generali del RPCT in merito all'effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e al proprio ruolo all'interno dell'azienda, oltre alle informazioni sulla adozione e attuazione delle misure e relative criticità riscontrate,
- "misure anticorruzione" che contiene informazioni dettagliate e specifiche in merito alla concreta ed effettiva adozione delle singole misure di prevenzione della corruzione ed i relativi controlli svolti, unitamente ad un giudizio sul livello di adempimento.



Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, diventa fondamentale il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto è svolto dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza. In relazione ad eventuali specifiche esigenze e/o fatti emergenti, saranno valutate modalità e soluzioni organizzative per l'attivazione di ulteriori canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e corruzione.

In tale ambito si prevede la richiesta di dati ed eventuale audit con il Responsabile dell'URP al fine di monitorare le segnalazioni che pervengono all'ASST.

5.7 Misure di prevenzione del rischio di corruzione e collegamento con il Ciclo della Performance

L'ANAC, nell'aggiornamento del PNA 2015, ha ribadito che:

"Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della performance o documento analogo, sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa."

Pertanto, le misure di prevenzione della corruzione, previste nel presente PTPCT, compresi gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza (Allegato 2) e le misure aggiuntive individuate nella mappatura dei rischi (Allegato1), costituiscono adempimenti dei rispettivi Dirigenti Responsabili e sono strettamente correlati al Ciclo delle Performance che dovrà prevederne l'inserimento sotto forma di obiettivi da raggiungere e/o nelle schede di budget dei Dirigenti delle strutture aziendali.



5.8 Le misure generali trasversali

5.8.1 .Formazione

Ai sensi dell'art. 1, comma. 9, lett. b) della Legge 190/2012, il Piano deve prevedere, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'ASST si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Per l'anno 2022 sono stati attivati corsi di base in materia anticorruzione e trasparenza. Nel Piano formativo i percorsi di formazione saranno programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, all'Internal Auditing, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

La ASST monitora e verifica la partecipazione del personale alla formazione sopra indicata.

5.8.2 Tutela del whistleblower

Il RPCT accerta che chi denuncia (sia egli dipendente dell'ASST cfr. art. 54-bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i. o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti) all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'ASST condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato, ovvero nel caso si comportamenti palesemente persecutori nei confronti del soggetto denunciato

La ASST svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione



sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 51 della Legge n. 190/2012 e s.m.i. e dal Codice di comportamento, l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.

Sul portale del sito web aziendale www.asst-santipaolocarlo.it nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Altri contenuti - Corruzione, è pubblicata la procedura per la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, nonché le modalità per effettuare le segnalazioni.

5.8.3 Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di "maladministration", secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.

Tra gli obblighi previsti dal Codice di comportamento, nel rispetto del D.P.R. 62/2013 vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Nel corso del 2018, la ASST con deliberazione n. 2016 del 18.12.2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e s.m.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29.12.2016 "Approvazione del nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia".

Nel corso dell'anno 2021 è stato adottato un nuovo regolamento alla luce delle nuove linee guida in materia di codice di comportamento delle amministrazioni pubbliche dell'ANAC con delibera n. 177 del 19/02/2020.



Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale www.asst-santipaolocarlo.it.

La diffusione capillare a tutti i soggetti a cui è rivolto, l'interpretazione e la violazione del Codice di comportamento rappresenta un'indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche. In tal senso è stato dato mandato al Servizio Risorse Umane di procedere alla diffusione capillare del Codice di Comportamento vigente.

E' inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice di comportamento sono sanzionabili.

Il giusto comportamento chiesto ai propri dipendenti ed ai collaboratori della ASST, è la guida dell'agire in maniera corretta secondo eticità, così come fortemente chiesto dalle norme che sono state emanate per prevenire la corruzione.

Nel corso dell'anno 2020 è stato adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'UPD.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'UPD predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

5.8.4 Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito



delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine d'imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale addetto alle aree a rischio è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".



I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti per l'area della Dirigenza Sanitaria e per l'area della Dirigenza Area Funzioni Locali, che includono infatti, tra i criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, anche il "criterio della rotazione ove applicabile". In data 24.7.2013 è intervenuta specifica Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della citata Legge 190/2012, in cui si è previsto, in particolare per quanto concerne la rotazione degli incarichi nell'ambito delle funzioni maggiormente a rischio, che:

- a) ciascun ente, previa informativa sindacale, adotti dei criteri generali oggettivi;
- b) la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico la cui durata deve essere contenuta;
- c) l'attuazione deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni;
- d) non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti.

In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;-
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.

Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

La rotazione è in ogni caso assicurata in caso di avvio di procedimento disciplinare a carico dei dipendenti, per fatti di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I *quater* e dell'art. 55 *ter*, comma 1 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i..

Per il personale non dirigenziale invece si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. I *quater* del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i..



L'applicazione di tale misura può, all'opposto, subire deroghe se l'effetto diretto della rotazione comporta la sottrazione di profili professionali infungibili.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, la ASST adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

La ASST, in applicazione ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Azienda Sanitarie, provvederà ad effettuare la rotazione dei Dirigenti e del personale del Comparto

In particolare la rotazione ordinaria può riguardare le seguenti Aree:

- a) Area amministrativa, professionale e tecnica;
- b) Area Sanitaria comprensiva, a mero titolo esemplificativo, della vigilanza-ispezione, accettazione, liste d'attesa, accertamento diagnostico delle commissioni invalidi civili.

5.8.5 Gestione dei conflitti di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi *"quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte"*. L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della



informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc. A tal riguardo, in attuazione di quanto richiamato al paragrafo 2.2.3 dell'Aggiornamento 2015 al PNA e del successivo aggiornamento 2016 - Sezione Sanità, la ASST, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'ASST.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

In quest'ottica la ASST, prevede l'adozione un Regolamento in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica), tenendo conto di due aspetti fondamentali:

1. creare consapevolezza dell'obbligo di astensione da parte dei dipendenti;



2. coadiuvare il Responsabile dell'ufficio che deve decidere sull'astensione.

In base al Codice di comportamento aziendale, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse dell'ASST e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell'azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

Si ricorda la delibera n. 494 del 5/06/2019 dell'ANAC "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i., che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.

5.8.6 Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

La legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma, nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

Pertanto, ai dipendenti dell'ASST che, nel corso degli ultimi tre anni di servizio:



- ✓ hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi;
- ✓ che comunque, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto;
- ✓ oppure ancora che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.lgs. n. 163 del 2006)

E' fatto divieto, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'ASST, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), di avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi con controparte l'Azienda stessa.

In caso di violazione del predetto divieto:

- 1) i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;

i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali.

5.8.7 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Il nuovo art. 35 *bis*, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede che:

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*



- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”.*

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto di lavoro, il RPCT deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Al riguardo, si precisa che:

- la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 *bis* riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

A tal fine si prevede che:



- nel provvedimento per l'attribuzione di incarichi, si dia evidenza di aver proceduto alla verifica della insussistenza di condizioni ostative al conferimento;
- il dipendente assegnatario di incarico ed i membri esterni e interni anche con funzioni di segreteria di commissioni di concorso o di gara sottoscrivano una dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità.

I Responsabili del Procedimento operano verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni. Qualora venga accertata una non veridicità delle dichiarazioni rese, ne dovrà essere data tempestiva comunicazione al RPTC. I dipendenti interessati saranno soggetti a responsabilità disciplinare oltre che alla segnalazione ai competenti Organi Giudiziari.

Il RPCT ha attribuito ai Responsabili del Provveditorato e Risorse Umane di acquisire la dichiarazione da parte dei dipendenti assegnatari di incarichi e dei membri esterni e interni anche con funzioni di segreteria di commissioni di concorso o di gara, attestante l'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità.

5.8.8 Patti di integrità negli affidamenti

L'ASST, in qualità di stazione appaltante, inserisce negli avvisi, bandi, lettere d'invito riferite all'affidamento di lavori, forniture e servizi, convenzioni nonché sponsorizzazioni, una specifica clausola di salvaguardia di conoscenza e rispetto del Codice di Comportamento, nonché del PTPCT al momento vigente.

Il Codice e il Piano sono pubblicati sul sito *internet* dell'azienda.

5.8.9 Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale

La ASST considera quali misure ulteriori e trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, le seguenti:

- l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:
 - Sistema Qualità: la ASST è certificata in alcuni ambiti secondo la norma ISO, applica e monitora un efficace sistema di procedure interne in diversi ambiti di attività;
 - Controllo di Gestione: la funzione è costituita ed è disciplinata, in particolare, dalle "Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia";
 - processi di controllo interno, Internal Auditing, anche a supporto degli



organismi istituzionali di controllo esterno (quali il NVP);

- l'insieme dei Regolamenti Aziendali, che disciplinano gli ambiti di attività dell'ASST;
- l'informatizzazione diffusa dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione nella ASST viene realizzata ulteriormente attraverso i controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza.

6. Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.

La Legge n. 190/2012 e s.m.i. ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e della garanzia di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

In attuazione della predetta normativa, è stato emanato il D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" che ha operato una complessiva sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, raggruppando ed integrando le previgenti normative in materia di:

- prevenzione e repressione della corruzione,
- amministrazione digitale,
- ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed efficienza e trasparenza della Pubblica Amministrazione,
- procedimento amministrativo, accesso civico e potere sostitutivo.

Importanti innovazioni sono state dettate dal D.lgs. n. 97 del 25.5.2016 (decreto FOIA), recepite nei Piani aziendali, quali ad esempio la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle PA unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il medesimo Decreto Foia, a far tempo dal 2017, ha previsto l'accorpamento tra programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e programmazione della trasparenza, prevedendo -in luogo del pregresso Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) la "Sezione Trasparenza" all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT).



ANAC con periodiche e specifiche Linee Guida fornisce indicazioni per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, trasparenza e accesso civico delle PP.AA. sui propri siti *internet*.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) aziendale annualmente certifica l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, sulla base di apposita griglia predisposta dall'Autorità ANAC. Le relazioni sono permanentemente pubblicate sul sito aziendale dell'ASST.

6.1 Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati

Come sopra citato, dal 2017, l'art. 10 del D.l.gs. 14 marzo 2013, n. 33, così come novellato dal D.l.gs. 25 maggio 2016, n. 97, ha previsto l'apposita "Sezione Trasparenza" all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT), abrogando il Programma Triennale per la Trasparenza precedentemente previsto.

In detta Sezione ogni Amministrazione deve indicare i nominativi dei soggetti Responsabili della trasmissione dati, cioè tenuti all'individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, consentendo la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il Responsabile del Servizio/Ufficio.

Sotto l'aspetto operativo sono pertanto i Dirigenti Responsabili dei settori interessati che provvedono, direttamente o avvalendosi di personale dedicato (indicato nella tabella allegata - Allegato 2), alla puntuale e tempestiva pubblicazione dei dati e delle informazioni nelle apposite sezioni del sito *internet* aziendale, nel rispetto delle scadenze monitorate dal RPTC, garantendo, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 43, comma 3, del D.l.gs. n. 33/2013, il tempestivo e regolare flusso dei dati e delle informazioni da pubblicare nelle apposite sezioni del sito *internet* aziendale, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Inoltre, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti (AUSA), l'ASST ha individuato il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, nella persona del Dirigente Responsabile della S.C. Provveditorato al momento in carica, in qualità di Responsabile (RASA), abilitando il profilo della stessa secondo le modalità operative indicate da ANAC.

6.2 Il supporto del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) in materia di Trasparenza

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) è assegnatario delle funzioni previste dall'art. 14 del D.l.gs. 27 ottobre 2009, n. 150 e monitora il funzionamento complessivo



della trasparenza, dei controlli interni e del sistema di misurazione delle *performance*.

In particolare, per quanto qui di interesse, **il Nucleo di Valutazione**, cui spetta, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del D.lgs. n. 150/2009, il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, **attesta la corretta pubblicazione delle informazioni e dei dati per i quali sussiste uno specifico obbligo**; detta attestazione è pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'ASST www.asst-valleolona.it e costituisce anche lo strumento di cui si avvale l'ANAC per la verifica sull'effettività degli adempimenti in materia di trasparenza ai sensi della Legge n. 190/2012 e del D.lgs. n. 33/2013.

In particolare nella sezione anzidetta è riservato anche un apposito spazio dedicato alla voce *performance*, articolato nelle seguenti sotto-pagine:

- Sistema di misurazione e valutazione della Performance
- Piano delle *Performance*
- Relazione sulla *Performance*
- Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla *Performance*
- Ammontare complessivo dei premi
- Dati relativi ai premi

Sono inoltre pubblicate, in apposita sezione, le attestazioni del Nucleo di Valutazione sulla verifica dell'aggiornamento/completezza e apertura del formato delle informazioni presenti.

Il RPCT relaziona, ove richiesto, al Nucleo di Valutazione nelle materie di competenza relative alla trasparenza e alle azioni del Piano Anticorruzione

6.3 Modalità di attuazione degli obblighi di pubblicazione

Al fine di garantire un processo continuo di miglioramento verso la massima trasparenza per una buona amministrazione aziendale, risulta indispensabile che ogni professionista fornisca l'apporto relativo alla propria area specifica di conoscenza e responsabilità nel cammino intrapreso. I contenuti dell'obbligo sono stati individuati conformemente a quanto previsto relativamente agli ambiti soggettivi di applicazione degli obblighi.

Per ogni singolo obbligo previsto dalla delibera ANAC 28.12.2016, n. 1310 è stata individuata ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 33/2013 come novellato dal D.lgs. 97/2016 la Struttura aziendale competente alla predisposizione del contenuto, il nominativo del responsabile della trasmissione e parallelamente la Struttura aziendale competente alla pubblicazione ed il nominativo del responsabile della stessa, con la relativa responsabilità



di monitoraggio dell'aggiornamento da garantire (v. Allegato 2). Si precisa che i nominativi elencati nell'allegato 2) risultano i responsabili in carica all'atto della redazione del presente Piano; eventuali variazioni in corso d'anno non comporteranno la revisione del documento e verranno inserite nell'aggiornamento riferito all'annualità successiva a quella di riferimento. Il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge è ricompreso nella responsabilità dirigenziale. Nella pubblicazione dei documenti e delle informazioni rilevanti sul sito l'ASST ha rispettato le indicazioni circa le modalità di pubblicazione e circa i dati da pubblicare per le varie aree di attività, che sono contemplate e descritte dal D.lgs. n. 33/2013. L'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza si connota quale opportunità aziendale verso una amministrazione operante in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, curando gli adempimenti di trasparenza, seguendo le indicazioni contenute nell'Allegato A) al D.lgs. n. 33/2013, nonché nelle delibere ANAC, con particolare riferimento alle informazioni essenziali che le stazioni appaltanti pubbliche devono pubblicare sulla sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito ai sensi dell'art. 1, c. 32, della L. n. 190/2012.

6.4 Monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, in quanto permette di:

- conoscere il nominativo del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione;
- attuare forme di responsabilizzazione dei funzionari;
- conoscere i presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e l'esistenza di eventuali "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- visionare i provvedimenti adottati e valutarne efficienza, efficacia e congruità;
- conoscere il modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e valutare possibili deviazioni verso finalità improprie.

Ai sensi dell'art. 43, comma 1, del D.lgs. 33/2013 il RPTC svolge stabilmente un'attività periodica di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo ai Dirigenti e Responsabili degli uffici e delle strutture interessate, segnalando gli esiti di tale controllo alla Direzione Strategica e al Nucleo di Valutazione deputato alla Vigilanza. Di norma il RPCT svolge verifiche almeno semestrali, direttamente sul sito



aziendale, in merito agli adempimenti degli obblighi di pubblicazione, anche a mezzo *audit* verbalizzati e sottoscritti con i rispettivi responsabili indicati nell'allegato al PTPCT. Segue, sempre a cura del RPCT, accurato monitoraggio sull'assolvimento delle eventuali azioni proposte, al fine di eliminare e/o ridurre le criticità riscontrate. Nei casi più gravi RPCT può anche inoltrare segnalazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione e all'UPD per l'attivazione delle forme di responsabilità a carico dei responsabili, per inerzia. Anche il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni provvede ad effettuare specifici monitoraggi sugli adempimenti in tema di trasparenza e, in sede di predisposizione dell'attestazione, il Nucleo si avvale della collaborazione del RPTIC per le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati, tenuto conto di quanto stabilito dalla normativa e regolamentazione al momento vigente in materia.

7. Accesso Civico

Il D.lgs n. 97/2016, finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa, ha apportato alcune significative modifiche al D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, con i seguenti obiettivi:

- ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza;
- prevedere misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche;
- razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione;
- individuare i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza.

Ha inoltre introdotto una nuova forma di accesso civico ai dati pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information Act* (FOIA) o "Atto sulla libertà di informazione", che riconosce il diritto dei cittadini ad accedere alle informazioni detenute dalle Pubbliche Amministrazioni, rappresentando una svolta nel nostro Paese, classificato tra gli ultimi nel mondo per corruzione percepita. Questa nuova forma di accesso prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge. Si tratta, dunque, di un regime di accesso più ampio di quello previsto dalla versione originaria dell'articolo 5 del D.lgs. n. 33/2013, in quanto consente di accedere non solo ai dati e documenti per i quali esistono specifici obblighi di pubblicazione (per i quali permane, comunque, l'obbligo dell'amministrazione di pubblicare quanto richiesto, nel caso in cui



non fosse già presente sul sito istituzionale), ma anche ai dati per i quali non esiste l'obbligo di pubblicazione e che l'amministrazione deve quindi fornire al richiedente. Infine, questa nuova forma di accesso si distingue dalla disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, la richiesta di accesso non richiede alcuna qualificazione e motivazione, per cui il richiedente non deve dimostrare di essere titolare di un *"interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso"*, così come stabilito invece per l'accesso ai sensi della legge sul procedimento amministrativo.

Dal punto di vista oggettivo, invece, i limiti applicabili alla nuova forma di accesso civico (di cui al nuovo articolo 5 *bis* del D.lgs. n. 33 del 2013) sono più ampi e dettagliati rispetto a quelli indicati dall'articolo 24 della Legge n. 241 del 1990, consentendo alle amministrazioni di impedire l'accesso nei casi in cui una norma di legge sottrae alcune informazioni e documenti alla conoscibilità del pubblico, oppure nei casi in cui questo possa compromettere alcuni rilevanti interessi pubblici generali, tassativamente elencati.

Ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013 e s.m.i. l'istanza può essere presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'UPD;
- c) ad eventuale altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale;
- d) al RPTC, solo ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.lgs. n. 33/2013.

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

Fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, l'ASST, se individua soggetti controinteressati, ai sensi dell'articolo 5 *bis*, comma 2, è tenuta a dare comunicazione agli stessi, nelle forme previste dal regolamento aziendale. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione alla richiesta di accesso. A decorrere dalla comunicazione ai controinteressati, il termine è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati. Decorso tale termine, l'ASST provvede sulla richiesta, accertata la



ricezione della comunicazione.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti, ovvero, nel caso in cui l'istanza riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del presente decreto, a pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta, il richiedente può presentare richiesta di riesame al RPTC, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Avverso la decisione del RPTC, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Lombardia ai sensi dell'art. 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.lgs. 2 luglio 2010, n. 104. Ai sensi dell'art. 5 *bis* del D.lgs. 33/2013, l'accesso civico di cui all'articolo 5, comma 2, è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso è altresì rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
- c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Se i limiti riguardano soltanto alcuni dati o alcune parti del documento richiesto, deve



essere consentito l'accesso agli altri dati o alle altre parti. Qualora l'inoltro da parte del cittadino della richiesta di accesso civico faccia emergere posizioni di responsabilità per inadempimento totale o parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, il RPTC, in relazione alla loro gravità, è tenuto ad effettuare la segnalazione di cui all'art. 43, comma 5, del D.lgs. n. 33/2013:

- all'UPD qualora si reputino sussistenti profili di responsabilità in capo al Responsabile dell'ufficio che abbia omesso la pubblicazione;
- al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

A tal fine si dà conto che l'ASST:

- ha istituito e pubblicato il registro degli accessi in materia di accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso documentale, aggiornandolo periodicamente;
- ha predisposto specifica regolamentazione e modulistica in merito all'accesso, tenuto conto delle indicazioni regionali e nazionali, nonché delle disposizioni e circolari delle Autorità competenti, al fine di una coerente ed uniforme attuazione della disciplina.

8. Pianificazione Triennale Anticorruzione (Cronoprogramma)

Nell'ottica di progressivo sviluppo e implementazione del processo di programmazione attuazione e sviluppo delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l'Azienda si impegna a rispettare, nell'arco del triennio di riferimento, le scadenze temporali riportate nella seguente tabella, oltre a quelle già indicate nelle "Attività programmate" dei rispettivi capitoli del presente Piano:

Termine di attuazione	Attività prevista
31.1.2022	Predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale (2021) svolta da parte del Responsabile Aziendale, trasmissione al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e pubblicazione sul sito aziendale
31.1.2022	Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della



prorogato al 30.4.2022	Corruzione 2022-2024; pubblicazione sul sito aziendale e trasmissione agli Organi ed Organismi competenti ai sensi di Legge
30.6.2021	- Primo monitoraggio - Procedure di controllo interne (<i>Audit</i>)
Alla scadenza	Azioni/Proposte di rotazione degli incarichi
31.12.2022	- Secondo monitoraggio - Procedure di controllo interne (<i>Audit</i>)
31.12.2022	Completamento delle azioni e procedure previste nel PTPCT, compreso il Piano Formativo annuale
31.12.2022	Monitoraggio delle misure preventive e degli indicatori previsti nel PTPCT
31.1.2023	Predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale (2022) svolta da parte del Responsabile Aziendale, trasmissione al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e pubblicazione sul sito aziendale
31.1.2023	Adozione aggiornamento del PTPCT 2023-2025; pubblicazione sul sito aziendale e trasmissione agli Organi ed Organismi competenti ai sensi di Legge
30.6.2023	Definizione di procedure specifiche per le eventuali criticità riscontrate; verifica elenco attività a rischio ed eventuale integrazione, modifica od aggiornamento; eventuale adeguamento delle misure di prevenzione alle intervenute variazioni nelle attività censite
30.6.2023	- Monitoraggio semestrale - Procedure di controllo interne (<i>Audit</i>)
31.12.2023	Completamento delle azioni e procedure previste nel PTPCT, compreso il Piano Formativo annuale
31.12.2023	Monitoraggio delle misure preventive e degli indicatori previsti nel PTPCT
31.1.2024	Predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale (2023) svolta da parte del Responsabile



	Aziendale, trasmissione al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e pubblicazione sul sito aziendale
31.1.2024	Adozione aggiornamento del PTPCT 2024-2026; pubblicazione sul sito aziendale e trasmissione agli Organi ed Organismi competenti ai sensi di Legge
30.6.2024	Definizione di procedure di monitoraggio specifiche per le criticità riscontrate, verifica elenco attività a rischio ed eventuale integrazione, modifica od aggiornamento; eventuale adeguamento delle misure di prevenzione alle intervenute variazioni nelle attività censite
Alla scadenza	Azioni/Proposte di rotazione degli incarichi
31.12.2024	- Secondo monitoraggio - Procedure di controllo interne (<i>Audit</i>)
31.12.2024	Completamento delle azioni e procedure previste nel PTPCT, compreso il Piano Formativo annuale
31.12.2024	Monitoraggio delle misure preventive e degli indicatori previsti nel PTPCT

9. Sanzioni

In materia di sanzioni si applicano le disposizioni di legge vigenti nel tempo e le indicazioni di ANAC.

10. Disposizioni finali

Il presente PTPCT viene approvato con deliberazione del Direttore Generale, è immediatamente eseguibile e viene pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente"

Per quanto non previsto, si rimanda alle disposizioni di legge ed alle indicazioni di ANAC.



3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Nell'Allegato 3 si riporta l'organigramma dell'ASST Santi Paolo e Carlo, con delibera n. 0002884 del 03/12/2021 secondo le linee guida regionali - DGR XI/ 4861 del 14/06/2021.

Rapporto sulla situazione del personale dipendente dell'ASST Santi Paolo e Carlo

Alla data del 31 dicembre 2021, la percentuale di uomini e donne in servizio era: genere femminile 71% e genere maschile 29%.

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

	% UOMINI	% DONNE
DIRIGENZA	39%	61%
COMPARTO	26%	74%

INCARICHI	% uomini	% donne
Struttura Complessa	75%	25%
Struttura Semplice Dipartimentale	64%	36%
Struttura Semplice	45%	55%
Incarico Altissima Professionalità	55%	45%
Incarico Alta Professionalità	83%	17%
Alta Specializzazione	38%	62%
Incarico Studio e Ricerca	34%	66%
Incarico di Base	31%	69%
COMPARTO	26%	74%

Come si evince dalla tabella successiva, tra il personale del comparto che beneficia di contratto a tempo parziale (part-time) il 94% sono donne:

	Uomini	%	Donne	%	Totale
Part-time comparto	21	6%	324	94%	345

Se consideriamo tutto il personale dipendente la percentuale di persone del comparto che utilizza il part-time è solo del 10%.



Piano di Azioni Positive 2022-2024

All'ASST Santi Paolo e Carlo, con deliberazione del Direttore Generale n. 233 del 9/2/2022, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), che unifica le competenze dei precedenti comitati per le Pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Com'è noto, la legge 4 novembre 2010 n. 183 aveva istituito tale organo avente compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo ed infine contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori.

All'art. 48 del D. Lgs. n. 198 del 2006 ("Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"), si stabilisce che le P.A. predispongano piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro.

Tra i compiti del CUG, come previsto anche dall'art. 3.2 della Direttiva del Ministro per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione ed il Ministro per le Pari Opportunità contenente le Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei CUG (04.03.2011), integrata dalla successiva Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario Delegato alle Pari Opportunità, risulta quello relativo alla predisposizione di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne.

In riferimento quindi al quadro complessivo sopra esposto, questa ASST intende adottare a breve il Piano Triennale di Azioni Positive (PAP) per il triennio 2022-2024.

Con il PAP si intende portare a compimento quanto non realizzato nei piani precedenti, proseguire nel monitoraggio di azioni positive già iniziate e introdurre nuovi progetti ritenuti idonei al miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori e delle lavoratrici.



Nel periodo di vigenza saranno raccolti pareri, consigli, osservazioni e suggerimenti da parte del personale, delle organizzazioni sindacali e dell'amministrazione in modo da poterlo rendere dinamico ed effettivamente efficace.

La promozione della parità e delle pari opportunità nella P.A. necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

Il Piano di Azioni Positive per il triennio 2022-2024 è basato anche su iniziative sorte a seguito della recente emergenza sanitaria da Covid 19 che ha stravolto in alcuni casi le modalità di lavoro.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari, la copertura degli oneri derivanti dai vari progetti verrà di volta in volta accertata e imputata o su fondi a carico del bilancio o finanziata con altre tipologie di erogazioni specificatamente individuate.

Il piano individua quattro importanti aree tematiche su cui sviluppare azioni positive:

- 1. Progetto di in-formazione per lo sviluppo di una cultura di genere**, volta alla promozione dei comportamenti rispettosi del principio di parità e alla diffusione della conoscenza della normativa in materia di contrasto alla violenza contro le donne nonché alle pratiche di valorizzazione delle differenze, in un'ottica di risoluzione dei conflitti relazionali;
- 2. Benessere organizzativo** inteso come la cura della persona e dell'ambiente di lavoro per migliorare qualità e organizzazione del lavoro di tutto il personale dell'Azienda;
- 3. Valorizzazione del talento femminile** per rimuovere eventuali barriere organizzative e culturali;
- 4. Attivazione di uno sportello d'ascolto** per il personale;
- 5. Lo Smart Working e la refertazione da remoto** per la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane;

Oltre a questi progetti, di cui si allegano schede specifiche, si intraprenderanno ulteriori iniziative, quali:

- attivazione di corsi e convegni sulla medicina di genere, disciplina sostenuta dal DL



3/2018 e introdotta, con decreto del Ministro della Salute 13 giugno 2019, mediante un piano nazionale volto alla diffusione della Medicina di Genere nel SSN, per garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN in modo paritetico nei generi;

- convenzioni con attività commerciali presenti sul territorio e convenzioni sul tema della conciliazione (individuazione di agenzie di riferimento per baby-sitter e personale di assistenza come colf e badanti) ed assistenza ai disabili.

Al fine di promuovere la cultura della diversità come valore e in particolare della differenza di genere a tutti i livelli, proseguirà il potenziamento degli aspetti di comunicazione con la realizzazione di pagine dedicate sia sulla rete Intranet aziendale, sia sul sito internet dell'Istituto con l'obiettivo:

- di informare, sensibilizzare il personale dipendente sulla cultura della differenza e in particolare della differenza di genere;
- di raccogliere e divulgare le informazioni sull'attività del CUG, diffondere dati e informazioni utili al personale dipendente.

**Prima azione positiva**

AZIONE POSITIVA	PROGETTO DI IN-FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DI UNA CULTURA DI GENERE VOLTA ALLA PROMOZIONE DEI COMPORTAMENTI RISPETTOSI DEL PRINCIPIO DI PARITÀ E ALLA DIFFUSIONE DELLA CONOSCENZA DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE NONCHÉ ALLE PRATICHE DI VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE IN UN’OTTICA DI RISOLUZIONE DEI CONFLITTI RELAZIONALI
Tipologia progettuale	Corso di in-formazione diretto ai componenti (e ai loro sostituti) del CUG e successivamente a tutti i dirigenti, per dare esecuzione alla Direttiva 2/19 del 26/6/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".
Territori coinvolti	L' ASST Santi Paolo e Carlo
Destinatari	Componenti del CUG (titolari e loro sostituti) e, successivamente, alle figure con compiti dirigenziali e di coordinamento (Direttori UOC, Responsabili SSD, Coordinatori infermieri e tecnici, ecc.).
Finalità	Tra le concrete linee di azione che la direttiva indica alle Pubbliche Amministrazioni per raggiungere gli obiettivi posti, sono compresi corsi di formazione e di sensibilizzazione rivolti a "tutti i livelli dell'amministrazione, inclusi i dirigenti, a partire dagli apicali..." per l'affermazione di una cultura organizzativa orientata al rispetto della parità e al superamento degli stereotipi, anche nell'ottica di una seria azione di prevenzione di qualsiasi forma di discriminazione o violenza" (par. 3.5). Ed ancora, si legge all'articolo 3.5, lettera b) che le amministrazioni pubbliche devono "curare che la formazione e l'aggiornamento del personale... contribuiscano allo sviluppo della cultura di genere, anche attraverso la promozione di stili di comportamento rispettosi del principio di parità di trattamento e la diffusione della conoscenza della normativa in materia di pari opportunità, congedi parentali e contrasto alla violenza contro le donne, inserendo appositi moduli in tutti i programmi formativi (art. 7, comma 4 D.Lgs 165/2001)". Allo scopo di rendere cogenti ed efficaci tali linee guida, la direttiva impone infine un obbligo di relazione e monitoraggio in capo alle PA.
Fasi di intervento e azioni	L'intervento è articolato su tre moduli di circa due/tre ore ciascuno (in presenza o da remoto): 1) La comunicazione e il conflitto: tipologie, aree, stili e stadi del conflitto; 2) Strumenti di gestione del conflitto: la risposta dell'ordinamento giurisdizionale e delle Alternative Dispute Resolution (ADR); 3) Riconoscimento della violenza: tipologia delle condotte violente, distinzione dall'alta conflittualità e risposta dell'ordinamento.
Fonti finanziarie	Interventi formativi inseriti nel Piano di Formazione Aziendale annuale.
Scadenza	31 Dicembre 2024 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive)

BUDGET PREVISIONALE stimato (Prima azione positiva)

	Costo unitario	n. personale formato	TOTALE
Docenze	€ 1.000,00/ edizione	25/edizione	€ 3.000,00
Totale generale provvisorio			€ 3.000,00

**Seconda azione positiva**

AZIONE POSITIVA	PROGETTO BENESSERE ORGANIZZATIVO
Tipologia progettuale	Proposta di attività orientate al benessere psicofisico del dipendente
Territori coinvolti	L' ASST Santi Paolo e Carlo
Destinatari	Personale dipendente, universitari convenzionati, liberi professionisti, specializzandi
Finalità	Finalità principale: Promuovere il benessere del lavoratore. Definizione di benessere: lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società. Promuovere il rispetto dell'ambiente, ed un oculato utilizzo delle risorse.
Fasi di intervento e azioni	<p><u>Prima fase del progetto</u></p> <p>Informare: Seminari con esperto dietologo per alimentazione corretta e gestione dello stress. Incontri con associazioni per la mobilità.</p> <p>Promuovere l'utilizzo dei mezzi pubblici /bicicletta per recarsi al lavoro: Convenzioni con ATM.</p> <p>Promuovere un'alimentazione sana: Posizionamento all'interno dell'istituto di almeno un distributore di cibi e bevande per un'alimentazione sostenibile che si distingue visivamente dagli altri.</p> <p>Incentivare il benessere organizzativo: Corsi di Tai - chi Nelle visite con il Medico del Lavoro, inserire una cartella dedicata (peso, BMI, etc.) e raccomandazioni. In considerazione del numero limitato di corsi, saranno previste quote proporzionali per i dipendenti delle diverse tipologie (sanitari, amministrativi, dirigenza).</p> <p><u>Seconda fase del progetto</u> Analisi / condivisione dei risultati e pianificazione del piano di intervento Verranno valutati: - Questionario di soddisfazione sul Progetto Benessere - Aderenza (registro presenze ai corsi)</p> <p>I risultati ottenuti permetteranno di rivedere specifici aspetti del percorso, ottimizzando la programmazione dei due anni successivi.</p>
Fonti finanziarie	In parte a carico del dipendente; in parte a carico dell'Azienda.
Scadenza	31 Dicembre 2024 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive)

BUDGET PREVISIONALE (Seconda azione positiva)

	Costo unitario	n. personale formato	TOTALE
Tai Chi	==	200	Contributo economico a carico dei partecipanti
Seminari formativi con dietologo e/o su attività formative in tema di benessere	Da definire	Da definire	€ 1000,00 / anno
Cartellonistica e depliant	==	Per tutti	
Totale generale provvisorio			€ 1000,00 / anno



Terza azione positiva

AZIONE POSITIVA	VALORIZZAZIONE DEL TALENTO FEMMINILE
Tipologia progettuale	Azione positiva
Territori coinvolti	Tutte le sedi dell'Azienda
Destinatari	Dirigenza medica e dirigenza SPTA (Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) Coordinatori del comparto sanitario
Finalità	Rimuovere eventuali barriere organizzative e culturali nel percorso di carriera delle donne e cercare di colmare il gap di genere esistente negli incarichi professionali dirigenziali o di coordinamento.
Obiettivi generali e specifici	L'azione parte dalla considerazione che, nonostante le donne rivestano un ruolo strategico nella società, nel lavoro e nella famiglia, all'interno delle realtà lavorative la valorizzazione delle donne è ancora lontana dal loro potenziale. Stereotipi comportamentali, aspetti organizzativi, la gestione del doppio ruolo ne limitano spesso l'espressione. Obiettivo generale del progetto è supportare le donne ad esprimere il loro pieno potenziale, ad individuare gli eventuali "nodi" da sciogliere nella gestione della propria vita, professionale e personale, per avviare una spirale comportamentale virtuosa con impatti positivi nella gestione del quotidiano dimostrando un'attenzione particolare della Fondazione per colmare il gap di genere esistente negli incarichi professionali dirigenziali o di coordinamento. Obiettivi specifici: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acquisire maggiore consapevolezza da parte delle donne della propria posizione lavorativa e del proprio ruolo sia professionale che sociale. <input type="checkbox"/> Assumere vertici osservativi differenti che valorizzano maggiormente le risorse personali. <input type="checkbox"/> Raggiungere equilibrio e benessere valorizzando e ottimizzando le proprie risorse anche in situazioni complesse e non sempre favorevoli.
Fasi di intervento e azioni	Valutazione dei percorsi di carriera all'interno dell'azienda: fotografia della situazione esistente. Corsi formativi di empowerment. Seminari con esperti e testimonianze di donne di successo. Misurazione dell'efficacia della formazione mediante strumenti di valutazione ed evoluzione validati e condivisi. Valutazione dei percorsi di carriera all'interno dell'azienda: fotografia della situazione esistente.
Fonti finanziarie	I corsi formativi potranno rientrare nella programmazione annuale della Formazione.
Scadenza	31 Dicembre 2024 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive)

BUDGET PREVISIONALE stimato (Terza azione positiva)

	Costo unitario	n. personale formato	TOTALE
Corsi di formazione su empowerment e valorizzazione del talento femminile	€ 1000,00	Da definire	€ 1000,00 / anno
Totale generale provvisorio			€ 1000,00 / anno

**Quarta azione positiva**

AZIONE POSITIVA	SPORTELLO D'ASCOLTO
Tipologia progettuale	Attivazione di uno sportello d'ascolto per il personale
Territori coinvolti	L' ASST Santi Paolo e Carlo
Destinatari	Tutto il personale presente
Finalità	Favorire equilibrio e benessere del personale sia nel sostegno di situazioni critiche (rapporto con i pazienti e/o con il ruolo istituzionale) che nel sostegno al ruolo intervenendo nelle situazioni di disagio, demotivazione, interferenza di situazioni personali e/o difficili. Intervento su segnalazione di casi complessi di pazienti e familiari a supporto dell'équipe sanitaria.
Fasi di intervento e azioni	Le modalità d'intervento saranno le seguenti: - Primo colloquio di accoglienza o orientativo volto a rilevare il bisogno degli operatori. Qualora non si rilevasse alcun bisogno specifico l'intervento si esaurirebbe nel colloquio. In presenza di specifiche necessità si concorderebbe un percorso di consulenza psicologica (vedi punto 2). Potrebbe emergere una problematica che richieda di intraprendere una psicoterapia o un'assistenza legale, o altro. In questo caso non sarebbe possibile farsene carico nel contesto di questo progetto e, su richiesta, verranno forniti nominativi di enti, associazioni e professionisti adeguati, specializzati sui temi da affrontare. - Consulenza psicologica (massimo 5 incontri, con possibilità di ripeterli nel tempo): <ul style="list-style-type: none"> ● supporto psicologico focalizzato: in caso di una problematica specifica, motivo di malessere o disagio; ● coaching: incontri mirati a sviluppare risorse e capacità, in particolare quelle relazionali e comunicative; ● trattamento del trauma: in casi di eventi traumatizzanti vissuti nell'ambito lavorativo. - Corsi di formazione che forniscano informazioni e strumenti pratici sia di benessere che di gestione di situazioni critiche/stressanti attraverso l'apprendimento in gruppo. I corsi saranno organizzati in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG). L'accesso allo Sportello dovrà garantire la riservatezza e la privacy con un metodo di prenotazione del colloquio anonimo, mediante attivazione di una casella e-mail ed un recapito telefonico dedicati.
Fonti finanziarie	A carico dell'Azienda
Scadenza	31 Dicembre 2024 (scadenza triennio del Piano di Azioni Positive)

BUDGET PREVISIONALE (Quarta azione positiva)

Per quanto riguarda il personale necessario all'attivazione della sperimentazione, si propone di istituire delle collaborazioni a 5 ore settimanali a progetto, con due psicologhe "esterne" per una spesa presunta di circa € 10.000,00. (Il costo è in eccedenza al BPE)

Per l'attivazione del Bando 2023, verrà utilizzato il budget dell'Azienda.

Per gli anni successivi, verrà individuato idoneo impegno di spesa.

Progetto "smart working": premessa e analisi del contesto



Durante il periodo di emergenza sanitaria da Covid-19, è stata data una prima applicazione allo smart working "semplificato", applicandolo in prima battuta al personale che nell'ambito dell'inquadramento e mansioni poteva svolgere tale attività da remoto.

Ogni dirigente responsabile di U.O., oltre ad effettuare l'analisi preventiva sulla fattibilità della prestazione lavorativa a distanza, ha il compito di assegnare e controllare le attività svolte, avendo cura di monitorarne e rendicontarne l'effettiva realizzazione.

L'utilizzo dello Smart Working ha consentito di:

- venire incontro alle aspettative del personale, tenuto conto delle difficoltà oggettive nella **gestione familiare** durante l'emergenza Covid (scuole chiuse, riduzione mezzi pubblici);
- modulare il numero di **dipendenti presenti** contemporaneamente in Azienda, per mantenere le distanze interpersonali ed evitare il rischio di contagi;
- poter contare sulla **prestazione lavorativa** dei propri dipendenti, evitando che i medesimi potessero far ricorso a diversi istituti contrattuali a giustificazione delle assenze ma senza garantire la prestazione lavorativa;
- **contenimento della mobilità** dei cittadini.

**Quinta azione positiva**

AZIONE POSITIVA	PROGETTO "LO SMART WORKING E LA REFERTAZIONE PER LA VALORIZZAZIONE E LO SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE"
Tipologia progettuale	Proposta di attività orientate al benessere psicofisico del dipendente
Territori coinvolti	L' ASST Santi Paolo e Carlo
Destinatari	Personale dipendente a tempo indeterminato e determinato
Finalità	Per smart working si intende una soluzione organizzativa che consente lo svolgimento parziale della prestazione lavorativa in luogo diverso dalla sede di assegnazione. La sua finalità è agevolare un corretto equilibrio fra gestione dei tempi di vita ed esigenze organizzative.
Fasi di intervento e azioni	<p>Il progetto prevede le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Stesura di un regolamento che disciplini lo Smart Working in collaborazione con CUG, Risorse Umane, Direzioni Strategiche e OOSS; b) Inizio del progetto (1 anno) con valutazione intermedia (a 6 mesi) da parte di commissione da hoc. Valutazione finale. I risultati ottenuti permetteranno di rivedere specifici aspetti del progetto, ottimizzando la programmazione negli anni successivi. c) Telelavoro e refertazioni da remoto.
Fonti finanziarie	Nessun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda.
Scadenza	31/12/2022



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

PARTE 1: Il lavoro agile durante lo stato di emergenza pandemica

In questa prima parte si illustrano i presupposti e le modalità di svolgimento del lavoro agile adottati dalla ASST Santi Paolo e Carlo validi durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri per la prima volta il 30 gennaio 2020 ed in vigore fino al 31 marzo 2022. I contenuti della presente parte rappresentano la base su cui implementare la disciplina del lavoro agile, sulla base dello "Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni".

Premessa

Durante l'emergenza Covid-19, la ASST Santi Paolo e Carlo ha favorito, ove possibile, il ricorso al lavoro agile, che, nella prima fase emergenziale, è stato effettuato in forma semplificata e in deroga alla normativa ordinaria, come previsto dalla decretazione d'urgenza in vigore *ratione temporis*.

Il 1° settembre 2020 è stato adottato il "Regolamento Attivazione temporanea ed eccezionale del lavoro agile in occasione dell'emergenza legata al Coronavirus" approvato con Deliberazione n. 1812 in pari data, che disciplina le regole e i criteri in base a cui è possibile ricorrere al lavoro agile.

Successivamente, sono state inviate a tutti i dipendenti di questa ASST alcune circolari, la più importante ed esaustiva delle quali è la n. prot. 29552 del 26 ottobre 2021, in cui sono stati cristallizzati più compiutamente i criteri di accesso al lavoro agile, i soggetti legittimati a fruirne e le relative modalità di svolgimento; è stato altresì predisposto un modello di accordo individuale tra dipendente e Azienda per lo svolgimento dello smart working, la cui stipulazione è tornata obbligatoria a far tempo dal 1° gennaio 2022 secondo la normativa in vigore, salvo che per i lavoratori agili, per i quali l'accordo individuale è divenuto obbligatorio a far tempo dal 1° marzo 2022.

I numeri del lavoro agile della ASST Santi Paolo e Carlo

Di seguito si offre un quadro sinottico del numero di ore complessive di lavoro agile svolte dai dipendenti della ASST Santi Paolo e Carlo, suddivisi per ruoli, a far tempo dal 8 marzo 2020 al 28 febbraio 2022.



Il totale di ore di lavoro agile svolte dai dipendenti della ASST Santi Paolo e Carlo nel periodo considerato è di 24.083.

Comparto: ruoli amministrativo, tecnico professionale e sanitario

Ore AMMINISTRATIVO comparto			Ore SANITARIO comparto		Ore TECNICO comparto		
IND	DET	TOTALE	IND	TOTALE	IND	DET	TOTALE
16.298	927	17.225	1.873	1.873	2.965	125	3.090

Dirigenza: ruoli amministrativo, tecnico professionale

Ore AMMINISTRATIVO dirigenza			Ore TECNICO dirigenza		Ore PROFESSIONALE dirigenza	
IND	DET	TOTALE	IND	TOTALE	IND	TOTALE
67	6	73	57	57	14	14

Dirigenza sanitaria e medica

Ore SANITARIO dirigenza non medica			Ore SANITARIO dirigenza medica	
IND	DET	TOTALE	IND	TOTALE
1.175	1	1.176	575	575

Accesso al lavoro agile – profili oggettivi

La ASST Santi Paolo e Carlo eroga nei confronti della propria utenza prestazioni assistenziali.

Per tale ragione, già durante lo stato di emergenza sanitaria, l'Azienda ha limitato il ricorso al lavoro agile al personale del ruolo amministrativo, tecnico e professionale con esclusione del personale del ruolo sanitario, compresa la dirigenza sanitaria, e della dirigenza medica.

In deroga a tale regola generale, è stata prevista la facoltà del personale del ruolo sanitario e della dirigenza medica di svolgere smart working, a condizione di rientrare nelle categorie di lavoratori fragili o comunque di versare in condizioni fisiche e/o di salute tali da rendere difficoltosa la prestazione della propria attività lavorativa in presenza per tutti i giorni della settimana.

A tal fine, si offre di seguito una mappatura delle Strutture Complesse il cui personale ha attualmente diritto di accedere al lavoro agile, con indicazione, per ciascuna struttura, delle attività da svolgere necessariamente in presenza:



L'Azienda ha stabilito che, durante la fase pandemica, potessero accedere al lavoro agile un numero di dipendenti complessivo pari al 15% dei dipendenti in servizio presso le Strutture Complesse che hanno diritto a richiedere il lavoro agile.

I Direttori di Struttura Semplice, i Dirigenti, nonché i titolari di incarichi di funzione di organizzazione, compresi i titolari di incarichi di funzione di organizzazione con funzioni di coordinamento, erano tenuti a prestare la propria attività lavorativa prevalentemente in presenza.

I Direttori di Struttura Complessa, attesa l'importanza gestionale e strategica, sono tenuti a lavorare esclusivamente in presenza.

Le giornate di lavoro che possono essere svolte in smart working erano previste in un numero massimo di due a settimana.

Una deroga è stata prevista per i lavoratori c.d. fragili, i quali potevano accedere alla modalità agile di lavoro fino a un massimo di cinque giorni alla settimana.

Accesso al lavoro agile, criteri di preferenza – profili soggettivi

Fermo restando quanto previsto in ordine alle Strutture aziendali che potevano attivare lo smart working, di seguito si indicano i criteri di preferenza soggettivi per l'accesso a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, previsti dall'art. 3 bis della legge n. 81 del 22 maggio 2017:

- Lavoratori fragili;
- Madri nei tre anni successivi alla conclusione del congedo parentale e Genitori con figli con disabilità grave accertata;
- Dipendenti che non rientrino nelle precedenti categorie;
- Direttori di Struttura Semplice, Dirigenti, titolari di incarichi di funzione di organizzazione compresi i titolari di incarichi di funzione di organizzazione con funzione di coordinamento.

Modalità tecniche per lo svolgimento del lavoro agile

L'esperienza della pandemia ha dimostrato come per lavorare non è indispensabile essere fisicamente nel posto di lavoro: circa un terzo dei dipendenti italiani durante la fase più acuta dell'emergenza ha lavorato da remoto, come mostra l'Osservatorio Smart Working 2020 della School of Management del Politecnico di Milano.



La ASST Santi Paolo e Carlo, durante il periodo pandemico, ha attivato per i propri dipendenti l'utilizzo dello strumento di smart working con le infrastrutture già presenti in Azienda.

L'accordo individuale

Per l'accesso al lavoro agile il dipendente era tenuto a stipulare con l'Amministrazione e il proprio Responsabile un accordo individuale.

La scrivente ASST ha già predisposto un modello di accordo individuale adottato dalla fine del mese di ottobre 2021, che reca il seguente contenuto:

1) Modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, tempi di lavoro, di riposo e di disconnessione.

Il dipendente, nell'accordo, ha potuto indicare le giornate di lavoro agile che il da svolgere in ogni settimana, con facoltà di re-calendarizzazione previo accordo con il proprio Responsabile.

Nell'accordo erano, altresì, specificate le mansioni che il lavoratore svolge nella giornata lavorativa in modalità agile, l'arco temporale in cui egli è tenuto a prestare la propria attività lavorativa, nonché l'obbligo di rendicontazione dell'attività svolta, pena responsabilità disciplinare;

2) Strumenti di lavoro e potere di controllo, luogo di lavoro e sicurezza, protezione e riservatezza dei dati.

Il dipendente nel rendere la prestazione di lavoro in modalità agile, nella prima fase ha avuto la possibilità di scegliere se avvalersi alternativamente dei propri dispositivi mobili, oppure quelli fornitigli dall'Azienda, con obbligo di riporre la massima cura nel relativo utilizzo di questi ultimi.

L'eventuale controllo da remoto di regolare svolgimento dell'attività lavorativa da parte del Responsabile deve avvenire nel rispetto delle disposizioni della Legge n. 300/1970 e della normativa a protezione dei dati personali di cui al D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016.

Il luogo di lavoro in cui è resa la prestazione lavorativa in modalità agile deve infine essere adeguato a garantire al dipendente appropriata sicurezza secondo le disposizioni di cui al D.lgs. 81/2008;



3) *Durata e trattamento economico, recesso.*

La durata dell'accordo è disciplinata come stipulazione a tempo determinato in ragione dello stato emergenziale in vigore al tempo in cui è stato elaborato, è inoltre affermata la parità di trattamento economico tra il dipendente che svolge attività in modalità agile e il dipendente che lavora in presenza.

Nell'accordo è altresì previsto e disciplinato il diritto di recesso, sia del dipendente, sia dell'Azienda: sono precisamente indicati i termini di recesso, differenziati per i lavoratori che appartengono alle categorie protette, e i motivi che legittimano il recesso dall'accordo da parte dell'Azienda;

4) *Inadempimenti del Dipendente e sanzioni disciplinari*

Quest'ultima sezione dell'accordo individuale contiene una previsione di chiusura, consistente nella previsione della responsabilità disciplinare del dipendente che, ammesso a svolgere attività lavorativa in modalità agile, non osservi gli obblighi scaturenti dall'accordo.

PARTE 2: Modalità attuative

In questa parte del Piano, l'Amministrazione indica le modalità in cui intende disciplinare l'accesso e lo svolgimento del lavoro agile da parte dei dipendenti, alla luce dei principi di cui alle Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione nella fase post-emergenziale. La disciplina illustrata nella presente sezione contempla le modalità ordinarie di accesso e di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile da parte dei dipendenti della ASST Santi Paolo e Carlo e costituisce altresì la base per gli aggiornamenti annuali e triennali del PIAO. Si è ritenuto di inserire un apposito paragrafo riferito alle possibili deroghe alla disciplina ordinaria qui illustrata, in ragione di possibili futuri nuovi stati emergenziali dovuti a ragioni sanitarie o di altra natura.

Finalità del ricorso al lavoro agile

Nella fase di emergenza pandemica, il ricorso al lavoro agile era motivato principalmente dall'esigenza di limitare, per quanto possibile, i contatti tra i dipendenti al fine di ridurre le occasioni di contagio da Covid-19.

Già nel corso della prima fase di applicazione di tale istituto ne sono tuttavia emerse le potenzialità ulteriori.

Il lavoro agile si è infatti rivelato strumento di agevolazione per il dipendente il cui stato di salute, pur non essendo riconosciuto formalmente come lavoratore fragile, rende temporaneamente difficoltoso lo svolgimento delle proprie mansioni in



presenza. L'espletamento della prestazione lavorativa in modalità agile per questa particolare categoria di lavoratori si è risolto in un vantaggio anche per l'azienda, che beneficia delle prestazioni lavorative del proprio dipendente impossibilitato a renderle in presenza e che, senza il ricorso al lavoro agile, sarebbe stato costretto a ricorrere al congedo per malattia o ad altri istituti contrattuali che avrebbero comunque determinato la sospensione del rapporto di lavoro.

Similmente, e in special modo nell'ultima fase dell'emergenza sanitaria, lo strumento del lavoro agile ha rivelato la sua utilità anche per le dipendenti in stato di gravidanza, le cui condizioni avrebbero legittimato la fruizione del congedo aggiuntivo per gravidanza a rischio, ma che grazie allo smart working hanno potuto prestare ugualmente servizio fino a poco prima del parto.

Coerentemente con quanto previsto dalle Linee Guida ministeriali, questa Amministrazione intende approntare una disciplina del lavoro agile che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le proprie esigenze organizzative e consenta sia il miglioramento delle funzioni erogate, sia l'equilibrio fra vita professionale e vita privata dei dipendenti.

Accesso al lavoro agile – profili oggettivi

Nelle more dell'entrata in vigore dei Contratti Collettivi Nazionali applicati da questa ASST, che andranno a disciplinare compiutamente gli aspetti relativi al lavoro agile e su cui si incardinerà un confronto con le Organizzazioni Sindacali al fine di confermare o eventualmente modificare i contenuti della presente sezione del Piano, l'Azienda ha individuato nelle Strutture Complesse aziendali afferenti al dipartimento amministrativo le uniche Strutture i cui dipendenti possono accedere al lavoro agile.

Rimane comunque ferma la facoltà di svolgere attività lavorativa in modalità agile per il personale del ruolo sanitario, della dirigenza sanitaria e della dirigenza medica, qualora rientrino nella categoria dei lavoratori fragili o comunque delle categorie di soggetti la cui condizione fisica o il cui stato di salute, non permetta, anche in via temporanea, di svolgere la propria attività lavorativa continuativamente in presenza.

In ragione della natura assistenziale dell'attività svolta dall'Azienda, tale da richiedere, di norma, la presenza del dipendente sul luogo di lavoro, si è ritenuto di mantenere il limite massimo di 2 giornate di smart working effettuabili nell'arco di una settimana, salvo che per i soggetti fragili e per altri lavoratori che comunque si trovino in condizioni fisiche e/o di salute tali rendere loro difficoltoso lavorare in presenza per tutta la settimana, per cui



tale limite è elevabile fino a un massimo 4 giornate a settimana, a seconda della gravità della patologia e/o della condizione fisica certificata del dipendente e del tipo di mansioni che questi deve svolgere, come peraltro già previsto dalla circolare n. prot. 10190 del 1° aprile 2022.

Di seguito si riporta la tabella delle Strutture Complesse in cui i dipendenti hanno diritto in via elettiva a svolgere *smart working*, con altresì l'indicazione, per ciascuna Struttura, dell'attività che deve essere necessariamente svolta in presenza. La tabella che segue è comunque oggetto di revisione costante all'evolvere del contesto di riferimento e delle tecnologie disponibili.

STRUTTURA	ATTIVITÀ DA SVOLGERE IN PRESENZA
Direzione strategica e staff	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza alla direzione strategica per appuntamenti e riunioni
S.C. Controllo di Gestione	<ul style="list-style-type: none"> Gestione schede cartacee della performance organizzativa e individuale Analisi della logistica dei processi amministrativi e assistenziali, dove previsto sopralluogo Gestione telefonate per attività di gestione operativa
S.C. Sistemi Informativi Aziendali	<ul style="list-style-type: none"> Affiancamento e configurazioni relative a nuovi progetti quali avvio di nuovi applicativi informatici, nuove apparecchiature infrastrutturali (server, network, fonia), postazioni di lavoro Ripristino di applicativi, apparati infrastrutturali, pdl nel caso in cui le attività effettuate da remoto non siano risultate efficaci
S.C. DIPSA	Gestione del personale, ordini di servizio, audizioni disciplinari, consegna documentazione riservata ai dipendenti, trattazione richieste di accesso agli atti, sopralluoghi e ispezioni nelle Strutture complesse, verbalizzazione riunioni di servizio, registrazione e scansione posta in ingresso e in uscita, archiviazione documenti, ricezione turnistica reparti, consultazione cartelle cartacee dipendenti, trasmissione a ufficio protocollo e a uffici amministrativi richieste cartacee permessi dipendenti, relazioni per INAIL e INPS



STRUTTURA	ATTIVITÀ DA SVOLGERE IN PRESENZA
Direzioni Mediche di Presidio	<ul style="list-style-type: none"> • Verifiche sul campo • Sopralluoghi • Dichiarazioni di nascita • Controlli documentali • Gestione pratiche cartacee (cartelle cliniche, richieste stupefacenti, ecc) • Gestione archivio clinico • Attività a contatto con l'utenza • Attività igienico sanitaria in loco • Attività in camera mortuaria • Attività di verifica sul campo della fisica sanitaria
S.C. Qualità e Rischio Clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Verifiche sul campo • Sopralluoghi • Controlli documentali su pratiche cartacee
S.C. Risorse Umane	Espletamento selezioni per avvisi e concorsi pubblici e per incarichi di funzione o di coordinamento, informazioni all'utenza, audizioni disciplinari.
S.C. Economico-Finanziaria	<p>Le attività dei seguenti settori sono svolte in presenza con turnazione combinata con lavoro agile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bilancio • fornitori • entrate • liquidazione e controllo proposte di deliberazione
S.C. Provveditorato	In fase di definizione
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di segreteria, • Attività manutentive, • Direzione lavori, • Direzione esecuzione contratto, • Coordinamento tecnico dei cantieri e servizi.
S.C. Affari Generali	<ul style="list-style-type: none"> • Affrancatura della posta in uscita, • Gestione della posta cartacea E/U, • Gestione sportello front office.
S.C. Affari Legali	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di segreteria • Attività di udienza e cancelleria • Attività di gestione CVS.
S.C. Centro Unico e Spedalità	Attività di sportello
Servizio prevenzione e protezione	Attività finalizzata all'individuazione dei fattori di rischio nell'ambiente di lavoro derivanti dall'impiego delle attrezzature, dagli impianti, dagli ambienti, dalle sostanze, dall'esposizione ad agenti fisici



STRUTTURA	ATTIVITÀ DA SVOLGERE IN PRESENZA
	<p>e/o biologici, ecc., ed alla loro valutazione.</p> <p>Attività finalizzata alla gestione rischio amianto</p> <p>Attività finalizzata alla valutazione dello Stress Lavoro Correlato quali focus-group e interviste.</p> <p>Individuazione delle misure di prevenzione e bonifica, al fine della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e ospiti.</p> <p>Individuazione dei mezzi di protezione individuali più idonei per i lavoratori in relazione all'attività svolta.</p> <p>Formazione e addestramento periodico dei lavoratori sulla sicurezza e su tutti gli aspetti riguardanti la tutela della salute e della sicurezza.</p> <p>Prove di evacuazione e simulazioni di emergenza.</p> <p>Interviste/audit per gli infortuni e per gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari</p> <p>Gestione dei DPI assegnazione, addestramento e formazione.</p> <p>Coordinamento con le imprese di servizi e lavori</p>
S.C. Formazione	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione della documentazione cartacea necessaria all'espletamento del singolo evento; • Allestimento e gestione delle aule per l'espletamento di eventi formativi; • Gestione telefonate per attività di gestione operativa; • Raccolta documentazione cartacea per chiusura eventi e successivo invio dei flussi ECM.
S.C. Gestione Operativa Area Territoriale	Tutte le attività della S.C. sono da effettuarsi in presenza
Ufficio Relazioni con il Pubblico	<ul style="list-style-type: none"> • URP: accoglienza e ascolto dell'utenza che si presenta fisicamente in ufficio e soluzione di problemi estemporanei. • Portineria: tutte le attività (orientamento e informazione all'utenza, distribuzione carrozzine, apertura del passo carraio, ecc.). • Punto Informativo CUP: tutte le attività (assistenza nel prelevare il ticket per accedere agli sportelli, informazione e orientamento). • Checkpoint rilevazione temperatura e



STRUTTURA	ATTIVITÀ DA SVOLGERE IN PRESENZA
	green pass: tutte le attività.
S.S.D. Economato e Servizi Alberghieri	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione della cassa economale; • Verifica dell'esecuzione del contratto di beni e servizi; • Accettazione merce ed attività di magazzino in generale; • Attività connesse agli autisti aziendali.
Ufficio Relazioni Esterne e Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Sopralluoghi per organizzazione eventi e realizzazione segnaletica, • Svolgimento eventi, accoglienza e gestione giornalisti/fotoreporter per interviste di persona, • Realizzazione servizi tv.

Accesso al lavoro agile, criteri di preferenza – profili soggettivi

In riferimento ai criteri di preferenza per l'accesso al lavoro agile, all'esito del confronto sindacale, quanto previsto nella fase pandemica-emergenziale è risultato confermato.

I criteri sono stati tuttavia meglio cristallizzati e arricchiti, anche e soprattutto alla luce dell'esperienza maturata nel periodo emergenziale.

Si è altresì ritenuto di mantenere il divieto per i Direttori di Struttura Complessa di svolgere la propria attività lavorativa in modalità agile, per le motivazioni già adottate durante la fase emergenziale-pandemica.

Il nuovo ordine di preferenza è quindi il seguente:

- a) Dipendenti riconosciuti lavoratori fragili e dipendenti in condizioni fisiche e/o di salute tali da rendere loro difficoltoso lavorare in presenza continuativamente;
- b) Madri nei tre anni successivi alla conclusione del congedo parentale e Genitori con figli con disabilità grave accertata;
- c) Dipendenti che non rientrano nelle precedenti categorie del ruolo amministrativo, tecnico e professionale;
- d) Dipendenti che non rientrano nelle categorie di cui ai punti a) e b) del ruolo sanitario;
- e) Direttori di Struttura Semplice, Dirigenti, titolari di incarichi di funzione di organizzazione compresi i titolari di incarichi di funzione di organizzazione con funzione di coordinamento.

Modalità tecniche per lo svolgimento del lavoro agile



Il punto 2 c) e 2 e) della Parte Prima delle Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione prevedono che l'Amministrazione, nel regolamentare lo svolgimento del lavoro agile al proprio interno, adotti "appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile"; il dipendente pubblico che svolga la propria attività in modalità agile deve essere fornito di idonea dotazione tecnologica.

Si intende, quindi, superare le modalità tecniche per lo svolgimento del lavoro agile utilizzate durante lo stato emergenziale per il trasferimento del luogo di lavoro dallo spazio fisico allo spazio digitale, adottando nuovo modello di lavoro basato su infrastrutture specifiche per garantire la completa virtualizzazione dell'ufficio, identificate come Workspace as a Service (WaaS).

Il WaaS è un'infrastruttura che garantisce la configurazione di uno spazio di lavoro digitale tramite l'utilizzo di un ambiente desktop virtuale, che sostituisce di fatto completamente l'ufficio fisico.

In questo modo, il nuovo modello di lavoro WaaS consentirà ai dipendenti di ASST Santi Paolo e Carlo di accedere con massima facilità, flessibilità e sicurezza alle applicazioni e ai dati necessari per portare avanti il proprio lavoro, indipendentemente dalla loro posizione geografica.

I vantaggi per l'Azienda grazie all'adozione del modello WaaS sono diversi, di seguito i principali:

- Diminuire gli spazi di location: dotarsi di un sistema WaaS significa avere la possibilità di diminuire gli spazi di location grazie alla condivisione degli stessi uffici;
- Efficienza degli strumenti tecnologici: le soluzioni WaaS sono già mature sul mercato, con tutto il necessario per poter lavorare nel cloud;
- Nessun blocco nell'attività: utilizzando una soluzione WaaS, in caso di sopraggiunto impedimento del dipendente a raggiungere la sede o della sua necessità di lavorare da casa, l'organizzazione non rischia un blocco dell'attività, così come il dipendente non rischia di perdere la giornata lavorativa.

I vantaggi per il lavoratore, grazie all'adozione del modello WaaS sono diversi, di seguito i principali:

- Flessibilità: poter operare da qualsiasi luogo, che sia anche la propria casa o uno spazio di coworking;



- Aumento della produttività: la possibilità di accesso a tutti i database e applicativi del posto di lavoro da ovunque ci si trovi elimina i tempi morti relativi agli spostamenti necessari per raggiungere la sede;
- Miglioramento dell'equilibrio tra lavoro e vita privata: la possibilità di poter lavorare da qualunque luogo come se si fosse alla propria postazione d'ufficio migliora il work life balance.

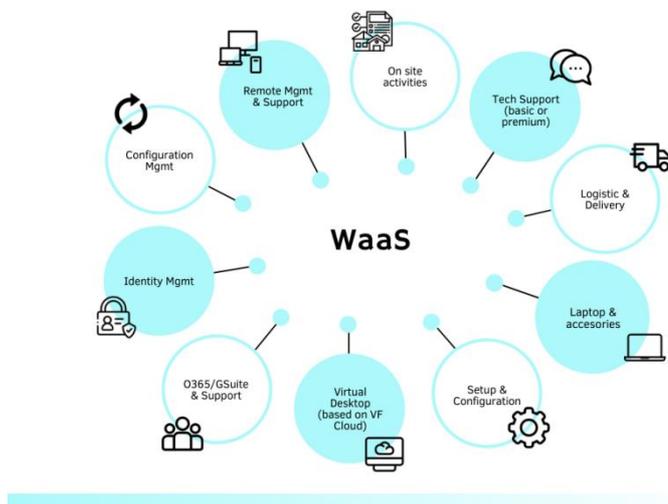
L'infrastruttura WaaS che l'ASST Santi Paolo e Carlo intende adottare è costituita da due componenti principali, che dovranno essere acquisite per garantire la completezza del servizio fornito:

1. La postazione virtuale del dipendente:

- a. Laptop & accessories: dispositivi fisici di accesso (portatili, tablet, cellulari, etc.), che verranno utilizzati per l'accesso virtuale;
- b. Virtual Desktop:
 - i. Identity & Configuration Mgmt: modalità di accesso virtuale sicura da parte dei dipendenti agli strumenti aziendali;
 - ii. O365: strumenti di posta elettronica e operatività individuale virtuale (word, excel, etc.);
 - iii. On site activities: modalità di gestione virtuale sicura da parte dei dipendenti degli strumenti aziendali (applicativi dipartimentali di riferimento).
- c. Piattaforma di collaboration: venuta meno l'interazione in presenza, l'employee engagement deve essere necessariamente supportato dall'utilizzo delle nuove tecnologie. In particolare, si individuano due strumenti fondamentali:
 - i. Piattaforma di social intranet: le piattaforme di social intranet sono l'evoluzione delle classiche reti intranet aziendali e definiscono uno spazio virtuale nel quale tutti i dipendenti possono mantenersi informati sulle novità dell'Azienda, conversare tra loro, aggiornarsi sugli eventi in calendario, creando community sempre più coinvolte e fedeli all'organizzazione. Tra gli altri tool ci sono i sondaggi online: semplici e veloci da compilare, consentono ai dipendenti di esprimere le proprie opinioni, il livello di soddisfazione o le preoccupazioni e forniscono all'organizzazione una vasta gamma di informazioni per trovare modi migliori per sfruttare il vero potenziale della forza lavoro;



- ii. Piattaforma LMS (Learning Management System): per la formazione a distanza, consentendo ai dipendenti di impegnarsi nella propria crescita professionale.
- d. Virtualizzazione interni telefonici: app installabile sulle postazioni di lavoro virtuale, garantisce la virtualizzazione della fonia e del numero di telefono associato al dipendente;
- e. Virtualizzazione della timbratura: app installabile sulle postazioni di lavoro virtuale, consente la localizzazione GSM e la timbratura virtuale;
- f. Desk booking: il software che consente di gestire gli spazi di lavoro in maniera ottimizzata, assegnando/prenotando ad esempio una scrivania o permettendo di prenotare in anticipo una sala riunioni. A queste funzionalità classiche, complice anche la pandemia, se ne sono aggiunte altre, come l'organizzazione del flusso dei visitatori, della mensa, del parcheggio e di tutti i servizi accessori. Il sistema fornisce una mappa dettagliata delle singole postazioni, degli ambienti comuni e delle meeting room, nonché di eventuali altre aree con livelli di accessibilità variabile e favorisce un impiego ottimale di tutte le componenti, hardware e software, presenti all'interno del workplace.



2. Il software di virtualizzazione: la Appliance software che realizza la virtualizzazione degli strumenti aziendali (applicativi dipartimentali di riferimento), implementando l'ambiente desktop virtuale all'interno di un unico workspace, garantendo la compresenza fluida e integrata di file e applicazioni e il single-sign-on (accesso sicuro



e unificato), facendosi carico del meccanismo del riconoscimento delle credenziali verso i differenti servizi/applicativi attraverso una tecnologia sicura con crittografia e autenticazione a due livelli (multifactor authentication). L'Appliance, dal punto di vista architettuale, dovrà essere installata e configurata sul server virtuale del data center aziendale.

L'accordo individuale

Nel predisporre il modello di accordo individuale tra l'Azienda, il dipendente che intenda svolgere l'attività lavorativa in modalità agile e il Responsabile di questi, si è preso a modello l'accordo già adottato nella fase pandemico-emergenziale, che costituisce una base adeguata di lavoro per la relativa implementazione.

La struttura dell'accordo, così come il relativo contenuto, rimangono in larga parte invariate.

Di seguito si illustrano esclusivamente le migliorie che l'Amministrazione, d'accordo con le Organizzazioni Sindacali, ha apportato all'accordo individuale, in applicazione delle previsioni delle Linee Guida del Ministero per la Pubblica Amministrazione:

- a) Durata dell'accordo e recesso: una prima novità riguarda la facoltà per l'Azienda e il dipendente di stipulare l'accordo anche a tempo indeterminato, come previsto dalle Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

La durata potenzialmente illimitata dell'accordo rimane tuttavia mitigata dal permanere della facoltà di recesso, con termine di preavviso elevato da 15 giorni a 30 giorni, secondo le indicazioni ministeriali, nei casi e nei termini già stabiliti nella versione originaria, compresi i casi di inadempienza agli obblighi previsti dalla stessa stipulazione, salva l'ulteriore responsabilità disciplinare.

Per i dipendenti di cui all'art. 1 della L. 68/1999, rimane fermo il termine di 90 giorni di preavviso già previsto;

- b) Piano di smaltimento del lavoro arretrato: l'accordo individuale nella sua nuova formulazione, nel rispetto delle Linee Guida ministeriali, prevede che il dipendente che intenda accedere al lavoro agile debba prima smaltire il lavoro arretrato in presenza: questo, in attuazione del principio generale di invarianza dei servizi resi all'utenza dall'Amministrazione. Per lavoro arretrato si intende tutto il complesso di attività iniziate dal dipendente in presenza e non portate alla loro naturale conclusione.

Il dipendente che intenda svolgere parte della propria attività lavorativa in



modalità agile, prima di stipulare l'accordo individuale, relaziona al suo Responsabile le attività da portare a compimento e calendarizza con quest'ultimo le giornate da dedicare a tali incombenzi; solo dopo che tutte le attività così calendarizzate sono state portate a compimento, potrà essere stipulato l'accordo individuale;

- a) Le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione in modalità agile, gli specifici obiettivi e relativi criteri di misurazione: nella versione dell'accordo individuale adottata prima dell'entrata in vigore del presente Piano era prevista una sezione dedicata alle attività da svolgere in modalità agile, da compilarsi a cura del dipendente d'accordo con il suo Responsabile senza tuttavia l'indicazione degli obiettivi da raggiungere.

Ai fini del controllo dell'effettivo svolgimento di tale attività, è stato previsto unicamente l'obbligo di rendicontazione periodica del lavoro svolto in modalità agile. Per contro, l'accordo non prevedeva l'individuazione degli obiettivi più generali da perseguire (e raggiungere) nello svolgimento dell'attività lavorativa svolta in modalità agile.

Le "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni" prevedono che la scrivente Amministrazione nel PIAO stabilisca "gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile" e "le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile". Nell'accordo individuale adottato in esecuzione del presente Piano è quindi previsto, innanzitutto, un sistema di obiettivi più generali rispetto alle semplici mansioni da espletare in modalità agile. In aggiunta all'obbligo di rendicontazione periodica dell'attività svolta in modalità agile, l'accordo individuale, nella nuova formulazione, prevede un sistema di misurazione della prestazioni: gli indicatori che si assumono per effettuare tale misurazione sono dati essenzialmente dal raggiungimento da parte del dipendente degli obiettivi prefissati nello stesso accordo.

Clausola di cedevolezza – situazioni di emergenza sanitaria e/o civile o di altra natura

Le previsioni della presente sezione del PIAO, in quanto coinvolge aspetti rilevanti del rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione che, come previsto dagli articoli 2 e 40 del D.lgs. 165 del 30 marzo 2001, sono disciplinati dalla legge e in



alcune materie dalla contrattazione collettiva non possono in alcun modo contrastare con le previsioni delle fonti normativa e regolamentari.

In particolare, alla luce della prossima entrata in vigore della disciplina del lavoro agile nel pubblico impiego contenuta nella contrattazione collettiva, come avvertito nelle Linee Guida ministeriali, l'Azienda si impegna sin d'ora a modificare e adeguare la presente sezione del PIAO alle nuove previsioni che eventualmente contrastino o che si giustappongano a quelle qui previste, compreso l'adeguamento dell'accordo individuale precedentemente descritto.

Qualora dovesse essere nuovamente dichiarato lo stato di emergenza per ragioni sanitarie e/o civili o di altra natura, che comporti la limitazione degli spostamenti e la necessità di svolgere l'attività lavorativa presso la propria abitazione, e siano conseguentemente adottate disposizioni di legge o di regolamento che derogano alla normativa di ordinaria applicazione a disciplina del lavoro agile, il presente Piano deve intendersi derogato automaticamente dalla normativa adottata in via provvisoria per ragioni emergenziali.

In una simile evenienza, l'Azienda provvederà celermente all'adozione di atti regolamentari interni e/o circolari che disciplinino il ricorso al lavoro agile in coerenza con la normativa emergenziale eventualmente nel frattempo entrata in vigore, come già avvenuta nel corso dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Come da DLGS 165/2001, il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è stato adottato dalla scrivente ASST anche nel 2022 con delibera n. 765 del 07/03/2022.

Il PTFP è stato redatto secondo le linee guida del Decreto dell'8/5/2020 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, cioè:

- il Piano triennale del fabbisogno di personale della Pubblica Amministrazione – P.T.F.P. – è uno strumento programmatico, flessibile e modulabile annualmente per le esigenze di reclutamento del personale e gestione delle risorse umane;
- il P.T.F.P. deve essere predisposto in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, con le risorse finanziarie a disposizione e nei limiti del tetto della spesa;
- il P.T.F.P. deve essere redatto nel rispetto della legislazione vigente in materia di costo del personale;



A partire dall'anno 2022, come da linee guida del DL 80/2021, il sopracitato piano verrà inserito nella presente sezione del PIAO.

Il piano viene allegato al presente documento – Allegato 4.

Piano formativo aziendale

Le linee guida del PIAO prevedono che venga integrato nel documento al il Piano Formativo Aziendale (PFA) redatto dalla scrivente ASST e allegato al seguente documento – Allegato 5.

Il PFA viene deliberato annualmente dall'ASST a seguito della raccolta dei bisogni formativi effettuata presso le Unità Operative ed i Servizi dell'ASST e racchiude dettagliatamente le iniziative riferite ad ogni singola area aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi nell'ambito del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina), nonché ove previsto, per gli assistenti sociali.

Le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali sono organizzate per livello organizzativo, vengono distinti i seguenti obiettivi formativi:

- obiettivi formativi di processo: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;
- obiettivi formativi tecnico-professionali: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina;
- obiettivo formativo di sistema: finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure.

Vengono trattati i seguenti ambiti formativi:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP);
- Linee guida - protocolli – procedure;
- Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi,



profili di assistenza - profili di cura;

- Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Principi procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
- Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
- Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
- Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti;
- Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra-specialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
- Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socioassistenziali;
- Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate;
- Radioprotezione;
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici: Health Technology Assessment;
- Argomenti d carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica: normativa in materia sanitaria, principi etici e civili del S.S.N. e normative su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali.

Sono interessati nella filiera professionale:

- Personale sanitario
- Personale amministrativo



- Personale tecnico
- Dirigenti non sanitari
- Dirigenti sanitari
- Direttori di strutture complesse
- Altro personale

Le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative possono essere:

- Risorse interne, ossia quando i corsi sono tenuti dal personale dell'ASST;
- Risorse esterne, ossia quando viene allocato un budget per corsi effettuati da enti formativi esterni.

Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione) sono:

- Permessi studio "150 ore": secondo l'articolo 10 della legge n.300/1970, sono quello strumento che consente al lavoratore dipendente di dedicarsi alla propria formazione senza avere ricadute negative sul proprio stipendio.
- Permessi per concorsi: secondo l'articolo 19 del CCNL del 1995, sono riconosciuti ai soli dipendenti della Pubblica Amministrazione e degli enti locali e permettono di chiedere fino ad un massimo di 8 giornate l'anno per le quali non è prevista alcuna retribuzione.

Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, sono rilevabili nel lungo periodo.



4. MONITORAGGIO

Sezione	Responsabilità	Modalità di monitoraggio
Valore pubblico	U.O. Controllo di Gestione	Come previsto da DLGS 150/2009
Performance	U.O. Controllo di Gestione	Come previsto da DLGS 150/2009
Rischi corruttivi e trasparenza	RPTCPT	Come previsto dalla normativa di riferimento
Piano azioni positive	CUG	Questionario customer satisfaction
Smart working	Risorse umane e Sistemi Informativi	Questionario customer satisfaction
Piano dei fabbisogni	Risorse umane	Come previsto dalla normativa di riferimento
Piano formativo	Formazione	Come previsto dalla normativa di riferimento

4.1 PUBBLICITÀ

Il presente documento viene adottato e pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente".