

30/06/2022

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2022-2024

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI



Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale dei Tumori

via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

## Sommario

<b>1. INTRODUZIONE AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Contesto normativo .....</b>	<b>2</b>
1.1.1 <i>Normativa nazionale di riferimento .....</i>	2
1.1.2 <i>La riforma del servizio sanitario regionale .....</i>	2
<b>1.2 Obiettivi del PIAO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LA FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. La Mission e la Vision .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 La Fondazione in cifre.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Il Modello Gestionale .....</b>	<b>11</b>
<b>3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Valore pubblico.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Performance .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Anticorruzione e Trasparenza .....</b>	<b>20</b>
3.3.1 <i>Prevenzione e contrasto del rischio corruttivo .....</i>	21
3.3.2 <i>Soggetti e ruoli.....</i>	23
3.3.3 <i>Obiettivi strategici 2022 .....</i>	27
3.3.4 <i>Misure generali di prevenzione .....</i>	28
3.3.5 <i>Codice di comportamento .....</i>	29
3.3.6 <i>Formazione mirata a prevenire il rischio corruttivo .....</i>	29
3.3.7 <i>Trasparenza: attività 2021 e programmi 2022.....</i>	30
<b>4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Il modello organizzativo .....</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Organigramma.....</b>	<b>35</b>
4.2.1 <i>La Direzione Strategica .....</i>	35
4.2.2 <i>I Dipartimenti.....</i>	36
4.2.3 <i>Le Unità Organizzative.....</i>	38
<b>4.3 I livelli di responsabilità.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 Il Piano triennale dei fabbisogni del personale .....</b>	<b>43</b>
4.4.1 <i>La formazione e lo sviluppo delle competenze .....</i>	45
<b>4.5 Piano delle azioni positive .....</b>	<b>48</b>
<b>4.6 L'organizzazione del lavoro agile .....</b>	<b>50</b>
<b>5. MONITORAGGIO .....</b>	<b>53</b>

# 1. INTRODUZIONE AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

## 1.1 Contesto normativo

### 1.1.1 Normativa nazionale di riferimento

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs 150/2009 e successive modifiche, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs 190/2012 e successive modifiche, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.Lgs 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;
- D.Lgs 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd “decreto Rilancio”) convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione.

### 1.1.2 La riforma del servizio sanitario regionale

La Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021, modificando il Titolo I e il Titolo VII della L.R. n. 3/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ha confermato i principi ispiratori del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL) e ne ha introdotti di nuovi:

- l'equivalenza e l'integrazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato;
- il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito sociale;
- la promozione della medicina di genere;
- il potenziamento e sviluppo della sanità digitale e della medicina preventiva;
- la collaborazione del SSR con il sistema produttivo (welfare aziendale, medicina del lavoro, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici);
- la promozione di una rete regionale di ricerca (biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita) coordinata da un IRCCS di diritto pubblico.

Tale revisione legislativa ha dato particolare rilievo al modello One Health, una visione olistica basata sul riconoscimento dell'indissolubile legame tra la salute umana, la salute animale e la salute dell'ambiente. One Health è un approccio ideale per affrontare le sfide future e per raggiungere la salute globale, perché imposta le strategie di cura e assistenza sull'intima relazione tra la popolazione e l'intero ecosistema.

La nuova legge regionale rafforza le funzioni di programmazione strategica, indirizzo e controllo della Regione, che espleta il proprio SSL articolando la propria organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche in Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Fondazioni IRCCS).

## 1.2 Obiettivi del PIAO

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (PIAO), un documento unico di **programmazione e governance** che, in attuazione degli obiettivi fissati dal **PNRR**, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce gli strumenti e le fasi "*per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione*", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012,

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il **Piano della Performance**, adottato con Delibera n. 25F del 25/05/2022, è un documento di programmazione triennale introdotto e disciplinato dal D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, dalle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OIV) "*Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde*". Il Piano ha lo scopo di definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, adottato con Delibera n. 1F del 27/01/2022, è il documento di natura "programmatoria" con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il rischio. È finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il **documento di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)**, che stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di

reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione, a tal fine, dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

**e) il Piano della Formazione**, che individua, nell'ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale e gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;

**f) Il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246". Ha lo scopo di individuare misure specifiche per eliminare in un determinato contesto le forme di discriminazione eventualmente rilevate che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Il PIAO definisce anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

## 2. LA FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

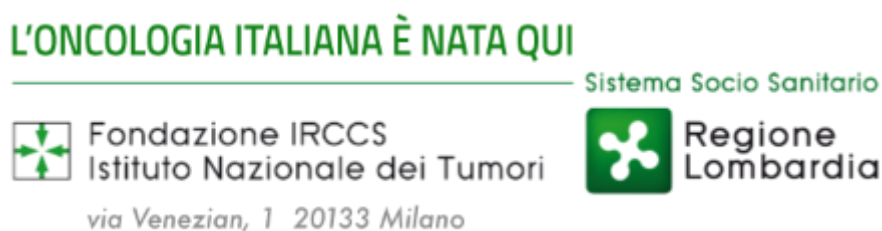
La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori (INT)** è Ente di diritto pubblico, di rilevanza nazionale dotato di personalità giuridica, avente piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Fondazione non ha scopo di lucro e ha durata illimitata.

Dalla sua istituzione nel 1928 ad oggi, l'INT è stato protagonista di grandi traguardi clinici e sanitari, e continua a essere punto di riferimento nella ricerca oncologica. Si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza e l'inscindibilità e reciprocità tra la clinica e la ricerca costituisce un plusvalore che rende la Fondazione un **Comprehensive Cancer Center**.

L'**identità** della Fondazione è disciplinata dalle disposizioni dello Statuto, dall'articolo 42 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dal D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 s.m.i., nonché dalle eventuale Legge di riforma in atto per gli IRCCS italiani.

La **sede legale** è a Milano, in Via Giacomo Venezian 1 (sito internet [www.istitutotumori.mi.it](http://www.istitutotumori.mi.it)), codice fiscale 80018230153, partita IVA 04376350155.

La Fondazione INT è rappresentata dal seguente **logo** che identifica l'intero Istituto:



### Le strutture della Fondazione

La Fondazione dispone, per i propri fini istituzionali, dei seguenti immobili costituenti il **patrimonio immobiliare indisponibile**:

- ♦ **Istituto Nazionale Tumori** – Via Venezian 1, 20133 Milano in proprietà: è la sede principale dell'Istituto Nazionale dei Tumori, un monoblocco di 14 piani (di cui 2 interrati) su circa 86.000 mq, ospita tutti i reparti della clinica, i dipartimenti di ricerca, gli uffici amministrativi e l'area didattica.
- ♦ **Amadeo Lab** - Via Amadeo 42, 20133 Milano in proprietà: edificio di 7 piani (di cui due interrati) su circa 13.689 mq, ospita in gran parte il Dipartimento di Ricerca applicata e sviluppo tecnologico, alcuni laboratori di ricerca, una sala crioconservazione e la banca dei tessuti dell'Istituto.
- ♦ **Campus Cascina Rosa** - Via Vanzetti 5, 20133 Milano in proprietà: edificio che ospita parte del Dipartimento di ricerca (area epidemiologica, di prevenzione e di sanità pubblica) su circa 9.932 mq è sede di numerose iniziative di formazione aperte al pubblico su prevenzione primaria, per sensibilizzare i cittadini sani e malati sull'importanza dell'adozione di comportamenti in grado di evitare o ridurre il rischio di insorgenza di un tumore. Nel campus vengono organizzati corsi di cucina, e i prodotti utilizzati provengono direttamente dall'orto sinergico creato in Cascina rosa.

La Fondazione dispone, inoltre, per le attività della sede del **Corso di Laurea in Infermieristica** - Via Ponzio 46, 20133 Milano in locazione con relativi uffici amministrativi e aule didattiche su circa 750 mq, nonché di

**fabbricati e terreni**, distribuiti sul territorio nazionale, che costituiscono il *patrimonio immobiliare disponibile*, ovvero non utilizzato per fini istituzionali, interamente o parzialmente di proprietà della Fondazione a seguito di donazioni o lasciti testamentari.

Le **attività** svolte dalla Fondazione per il raggiungimento del suo scopo si concretizzano principalmente in:

- stipula di accordi e convenzioni, in generale, per attuare misure di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria e per trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale;
- stipula accordi e convenzioni con Università e IRCCS per progetti di ricerca comuni, protocolli di assistenza, per le terapie più avanzate con la circolazione delle conoscenze e del personale.
- costituzione o partecipazione a organizzazioni pubbliche e private per espletare attività rivolte al perseguimento di scopi compatibili con quelli della Fondazione;
- svolge attività assistenziale con la compresenza dell'attività di ricerca e tenendo in considerazione l'eccellenza delle sue prestazioni;
- amministra, gestisce e valorizza i beni del proprio patrimonio preservandoli e valorizzandoli;
- conferisce, per le proprie attività e in particolare quelle di eccellenza, incarichi a professionisti di particolare e comprovata qualificazione anche in ambito internazionale;
- acquisisce da parte dello Stato, della Regione e di altri soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- svolge ogni altra attività idonea al perseguimento delle finalità istituzionali.

La Fondazione programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, secondo il procedimento per il finanziamento della stessa di cui al D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213 e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Il **patrimonio** dell'INT è costituito da beni indisponibili e da patrimonio disponibile, da altre utilità, trasferiti e/o conferiti alla Fondazione all'atto della sua costituzione o anche successivamente, in base alla normativa vigente, dai Fondatori, dai Partecipanti e da altri soggetti pubblici e privati, dai contributi attribuiti dallo Stato e da altri Enti pubblici, anche territoriali, dagli utili prodotti dall'attività svolta dagli Enti e Società costituiti e controllati dalla Fondazione, nonché dai corrispettivi derivanti dallo svolgimento di proprie attività.

L'Istituto dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili, utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

La Fondazione riconosce la valenza strategica del patrimonio, quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in tale prospettiva, si riserva di ricorrere a tutte le forme possibili di finanziamento, incluse quelle innovative, ed ai processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali.

La Fondazione trae i **mezzi finanziari** per il proprio funzionamento dal patrimonio e dalle risorse in disponibilità della medesima. In particolare da:

- a) beni del patrimonio di costituzione e/o da quelli conferiti anche successivamente, e, laddove, previsto dal patrimonio indisponibile;
- b) contributi attribuiti alla Fondazione dallo Stato e da altri Enti pubblici e dai contributi assegnati per l'esecuzione di progetti di ricerca corrente e finalizzata;

- c) ricavi delle prestazioni di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e di altre prestazioni sanitarie, nonché dai ticket e dai ricavi spettanti per l'attività di libera professione intra-muraria;
- d) proventi delle sperimentazioni cliniche e proventi e rimborsi di altra natura.

Completano i mezzi finanziari in dotazione alla Fondazione le risorse finanziarie da destinare al Piano degli Investimenti, come:

- e) i contributi per investimenti assegnati da Regione Lombardia e dal Ministero della Salute;
- f) i contributi a destinazione vincolata, ovvero finalizzati, assegnati da altri soggetti pubblici o privati;
- g) i proventi derivanti dalle alienazioni del patrimonio mobiliare e immobiliare.

Altri mezzi finanziari, infine, sono gli utili prodotti dall'attività svolta dagli Enti e Società costituiti e/o controllati e/o partecipati dalla Fondazione, i redditi da patrimonio della Fondazione e le donazioni in denaro non vincolate dal soggetto benefattore potranno essere destinati allo sviluppo e mantenimento del patrimonio della Fondazione ovvero alle attività di ricerca, ovvero a specifiche progettualità legate dell'assistenza.

Tutti i **membri della Fondazione** si impegnano a mettere a disposizione della stessa le conoscenze, le esperienze e le capacità professionali, le attività e i mezzi necessari per il miglior perseguimento degli scopi, secondo le indicazioni contenute nei programmi di attività adottati dal Consiglio di Amministrazione e nelle forme e con le modalità di volta in volta ritenute più idonee. Essi si impegnano altresì a non svolgere in proprio attività che possano confliggere con gli interessi e le attività della Fondazione.

I membri della Fondazione, disciplinati dallo Statuto, si distinguono in:

- **Fondatori:** il Ministero competente in materia di Sanità, la Regione Lombardia, il Comune di Milano e i soggetti rappresentativi degli interessi originari e in ogni caso tutti quelli previsti da eventuali modifiche statutarie.
- **Partecipanti:** enti pubblici, ivi compresi gli enti pubblici territoriali, e soggetti privati che, condividendo le finalità della Fondazione, si impegnano a contribuire alla vita della medesima ed alla realizzazione dei suoi scopi con apporti patrimoniali o patrimonialmente valutabili, anche di particolare valore ideale o rilevanza sociale, senza conflitto di interesse con la Fondazione medesima.

## 2.1. La Mission e la Vision

**LA MISSION** dell'INT, il cui *core* è costituito dall'attività di ricerca traslazionale, è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un'ottica di presa in carico globale e personalizzata.

La Fondazione IRCCS di diritto pubblico si pone gli obiettivi di:

- perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- effettuare prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- svolgere altre attività aventi i caratteri di eccellenza.

L'INT è membro della **Unione Internazionale Contro il Cancro** (UICC); di **Alleanza Contro il Cancro** (ACC) e della **Organizzazione Europea degli Istituti del Cancro** (OECI).

**Dal laboratorio al letto del paziente e ritorno:** in Istituto si conduce una ricerca traslazionale che segue i due percorsi «*From bench to bedside*» e ritorno, unendo i dati della pratica clinica con le evidenze riscontrate in



laboratorio. Dalla valutazione sistematica dell'effetto delle cure al di fuori dei trial clinici, la «*real world evidence*», ricaviamo segnali da riportare in clinica e in laboratorio.

**Attraverso gli studi clinici, l'accesso ai farmaci innovativi:** l'INT è coordinatore italiano di numerose sperimentazioni cliniche nazionali e internazionali, sponsorizzate dall'industria o promosse da enti pubblici, da qualche tempo anche con studi di fase precoce.

**Un approccio personalizzato:** una definizione moderna di medicina di precisione include la personalizzazione della terapia farmacologica, ma anche di ogni aspetto della medicina. Siamo in grado di offrire al paziente percorsi di screening, diagnosi differenziale, terapia farmacologica e non (anche radioterapica chirurgica) e programmi di sorveglianza, personalizzati e mirati al profilo e al rischio individualizzato. L'istituto è molto attivo nella prevenzione secondaria, nell'identificazione di profili prognostico-predittivi e nell'ottimizzazione dell'uso dei nuovi farmaci immunologici.

**La formazione e la didattica in oncologia:** l'Istituto si occupa anche di formazione e training di personale, con attività didattiche formalizzate attraverso convenzioni con gli atenei, ospitando 139 specializzandi universitari.

**LA VISION** è, invece, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese, con orientamento del sistema stesso al miglioramento continuo della qualità e operando per garantire al paziente una linea prestazionale, sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l'accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane, mediante una disponibilità d'offerta che copra l'intero arco della giornata e sviluppata su tutta la settimana.

Rispetto ai modelli e alle strategie precedenti, pur seguendone il percorso in una logica di continuità, la Fondazione intende sviluppare -nelle tre macro-aree che ne caratterizzano l'articolazione- la seguente vision, che costituisce il presupposto concettuale e metodologico delle modifiche organizzative illustrate nella presente relazione:

- 1) **Consolidare il ruolo della Fondazione** all'interno della rete dei *cancer center* nazionali ed europei, con ruolo di *hub* per le patologie neoplastiche che non possono essere trattate altrove o per le quali è opportuna una conferma diagnostico-terapeutica e di *spoke* per le cure e/o gli accertamenti complementari al trattamento oncologico del paziente.
- 2) **Favorire l'orientamento allo sviluppo.** Occorre creare i presupposti culturali, scientifici e multiprofessionali per la definizione, nelle principali aree di patologia, dello scenario previsto e prevedibile nei prossimi anni, in modo da consentire di orientare gli sviluppi, gli investimenti tecnologici, le competenze, le integrazioni, le innovazioni e le miglie strutturali ed ambientali sulla scorta dell'evoluzione prevista nel settore specifico.
- 3) **Sviluppare sempre maggiori sinergie tra la ricerca e le sue applicazioni cliniche**, in accordo con La mission di IRCCS della Fondazione, come testimoniato in tutti gli ambiti rilevanti dalla presenza di strutture e programmi scientifici, che vanno dalla ricerca di base e biologica a quella clinica e sanitaria.
- 4) **Incrementare l'approccio multidisciplinare nella diagnosi e nella cura.** È necessario identificare, nell'approccio multidisciplinare e nella ricomposizione dell'offerta dei servizi diagnostici e complementari, il modello di diagnosi e cura della Fondazione e svilupparlo nelle principali linee di patologia.
- 5) **Promuovere l'innovazione nelle tecniche chirurgiche e mediche.** La Fondazione deve partecipare all'evoluzione delle tecniche chirurgiche e sperimentare tecniche innovative per il trattamento invasivo delle neoplasie.

- 6) **Creare più ospedale attorno al paziente**, cioè maggiori competenze specialistiche attorno e a supporto del trattamento del paziente oncologico.
- 7) **Sperimentare nuovi modelli organizzativi**, con inserimento di nuove figure professionali di supporto alla revisione dei processi e alla riorganizzazione dei percorsi.
- 8) **Lavorare nell'ottica del paperless e della semplificazione dell'accesso alle cure da parte del paziente**: l'evoluzione del Sistema Informativo Aziendale avvenuta negli ultimi anni con l'introduzione dei vari sistemi informativi dipartimentali (RIS-PACS, LIS, Anatomia Patologica, ecc.), delle componenti centrali (Anagrafica Aziendale, EPR, ecc.) e del front-office (CUP, ADT) rende improrogabile l'introduzione di un sistema di Cartella Clinica Elettronica in grado di supportare l'attività clinica di ricovero ed ambulatoriale da un lato e la dematerializzazione della cartella clinica cartacea dall'altro (paperless).
- 9) **Implementare la collaborazione con l'Università degli studi di Milano**: la Fondazione è struttura aggregata che integra il Polo Universitario Centrale dell'Università degli Studi di Milano quale ente di riferimento per l'oncologia, come da DGR n. X/1563/2014.
- 10) **Sviluppare nuove linee di attività e di offerta di servizi per la cura del cancro**: un Istituto che si occupa di neoplasie non può non considerare gli sviluppi e le potenziali nuove attività, stante altresì il costante progresso di nuove opzioni terapeutiche e chirurgiche.
- 11) **Migliorare la comunicazione**: la Fondazione ottempera, nello svolgimento delle attività di informazione e comunicazione, alla normativa di cui alla Legge n. 150/2000, attraverso l'informazione ai mezzi di comunicazione di massa (stampa, audiovisivi e strumenti telematici), la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alle collettività e ad altri enti (con ogni modalità tecnica ed organizzativa) e la comunicazione a rilevanza interna.
- 12) **Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita**: occorre avere cura delle risorse che acquisiscono competenze all'interno della Fondazione, coinvolgendole altresì nei processi organizzativi.

## 2.2 La Fondazione in cifre

L'identità della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori è caratterizzata anche dalle informazioni e dai dati che esprimono **la dimensione aziendale**.

Di seguito, al solo fine di delineare la dimensione produttiva del polo ospedaliero, sono indicati il trend dei dati di produzione sia dei **ricoveri** sia delle **prestazioni ambulatoriali** dell'ultimo triennio:

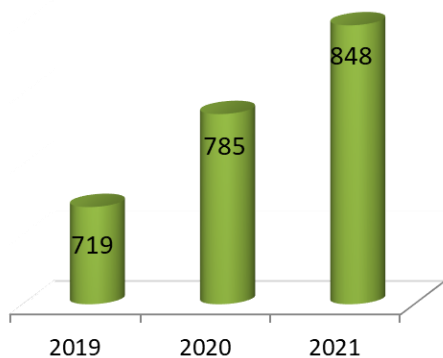
NUMERO RICOVERI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	2019	2020	2021
Ricoveri DO	11.649	10.528	11.092
Ricoveri DH	4.558	3.051	3.838
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.207</b>	<b>13.579</b>	<b>14.930</b>

NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
TIPOLOGIE PRESTAZIONI	2019	2020	2021
Visite	161.692	131.862	138.696
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	85.022	75.886	78.901
Prestazioni di Laboratorio	806.611	760.410	812.609
Prestazioni di Radioterapia	25.929	22.984	19.703
Visite multidisciplinari e consulenze	4.526	5.195	5.244
Altre prestazioni	189.549	145.495	162.116
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.273.329</b>	<b>1.141.832</b>	<b>1.217.269</b>

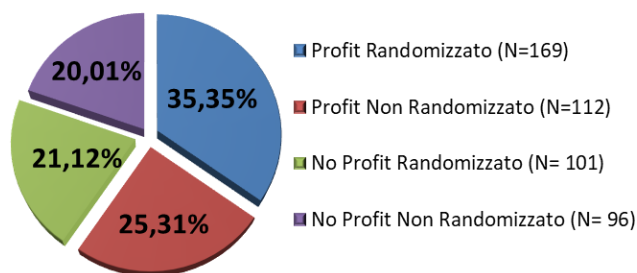
Una componente importante dell'attività produttiva dell'INT, oltre alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, è rappresentata dagli **studi clinici**: INT ha, infatti, una lunga tradizione di studi clinici e fin dal 1973 è stato istituito il Comitato Etico (CE) deputato alla valutazione ed approvazione dei protocolli sperimentali proposti dai ricercatori, sia con sponsor esterno sia di tipo accademico. I progetti vengono in prima istanza sottoposti al IRB (Internal Review Board) – che ne valuta la rilevanza scientifica in sintonia con gli obiettivi di ricerca istituzionali.

Il grafico di seguito riportato indica il progressivo aumento degli studi clinici attivi, cioè con almeno un paziente arruolato, nel triennio 2019-2021. A destra il grafico mostra la tipologia degli studi sperimentali, ossia non osservazionali, attivi nel 2021, evidenziando che il 56 % degli studi è randomizzato, cioè qualitativamente superiore.

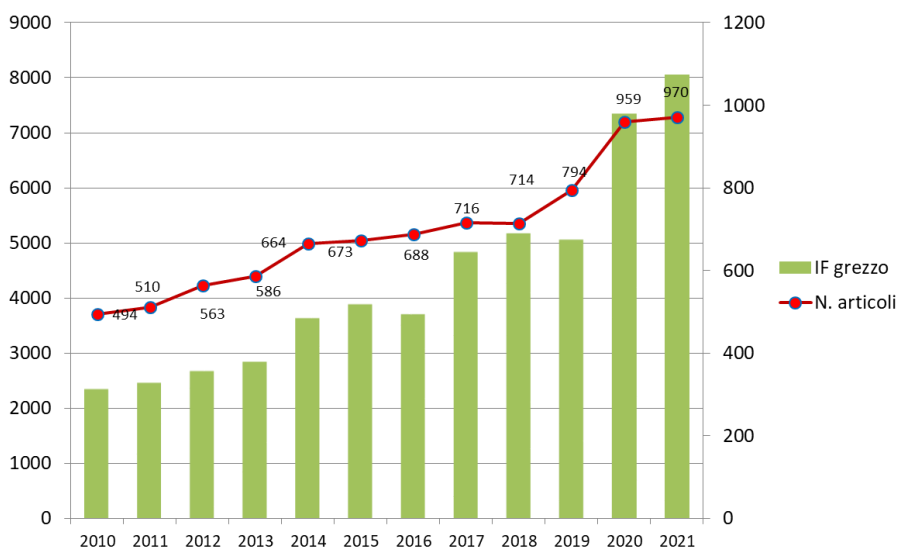
Studi clinici attivi nel triennio 2019 - 2021



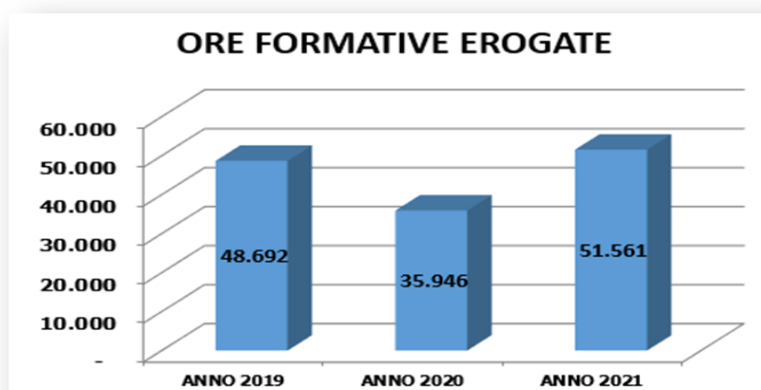
Studi Sperimentali Attivi nel 2021



Il grafico illustra chiaramente la costante stabilità del numero e della qualità delle **pubblicazioni scientifiche** dei ricercatori INT.



Attraverso lo sviluppo continuo delle competenze INT intende promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, mettere a disposizione della comunità scientifica i risultati raggiunti, favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana. Questa finalità è perseguita attraverso il **piano di formazione aziendale** (PFA), caratterizzato da un costante monitoraggio delle esigenze formative in relazione alla qualità e sicurezza delle cure e dei servizi e alla promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica, che si traduce in eventi formativi programmati in INT e partecipazione ad eventi extrasede.



## 2.3 Il Modello Gestionale

La gestione dell'INT si baserà su un nuovo modello che vedrà un insieme coordinato di operazioni che l'Istituto compie per raggiungere gli obiettivi prefissati, attraverso una gestione per processi e un'organizzazione gestionale e produttiva a matrice nel rispetto delle attività di indirizzo e controllo, dei rapporti e delle relazioni con l'esterno.

Tale modello è basato sull'unitarietà di azione della Direzione Strategica, che si avvale di uno staff unico (denominato *Tecnostruttura gestionale*), distinguibile e riconducibile gerarchicamente in strutture di staff e linee della direzione generale, amministrativa, sanitaria, di ricerca, ma funzionalmente operano in modo trasversale, integrato e diretto con la direzione strategica. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non solo per funzione.

L'Istituto prevede una riorganizzazione che introduce un nuovo modello organizzativo e gestionale, dove il cardine principale è la Direzione Strategica, con il compito essenziale di definire, gestire e controllare le strategie e i programmi finalizzati al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi assegnati, sulla base delle direttive di ricerca e cura sia nazionali sia regionali. La Direzione Strategica ha una visione unitaria, finalizzata a garantire un sistema di governo efficace ed efficiente dell'IRCCS, attraverso l'individuazione degli obiettivi e delle risorse umane, economiche e tecniche necessarie al loro raggiungimento e attraverso l'azione dei propri componenti:

- Direttore Generale
- Direttore Scientifico
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo.

La Direzione Strategica, inoltre, è supportata nella propria governance dal Collegio di Direzione e dal Nucleo di Valutazione.

Con il modello così proposto, la Direzione Strategica, in attuazione delle strategie e dei programmi di mandato definiti, procede a:

- individuare gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- organizzare l'azienda, programmare le attività e realizzare la qualità delle prestazioni;
- pianificare le risorse e gli investimenti;
- gestire le relazioni interne ed esterne;
- garantire la sicurezza e la prevenzione.

### La matrice gestionale e produttiva

L'articolazione organizzativa della Fondazione ambisce a completare l'organizzazione basata su discipline e competenze specialistiche, attribuendo maggiore enfasi a una visione per processi trasversali e per percorsi capaci di garantire i massimi livelli possibili di unitarietà, continuità, efficienza, e appropriatezza.

Il modello di riferimento è quello di una **matrice organizzativa** in cui i Dipartimenti ospedalieri e le Unità di ricerca rappresentano la componente deputata a presidiare gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse unità operative ad essi afferenti, mentre l'integrazione (e specialmente quella fra ospedale e ricerca) si realizza attraverso la modalità delle reti cliniche e linee di prodotto strutturate organizzativamente, o tramite aree funzionali già attive.

Le Direzioni dei dipartimenti ospedalieri e delle strutture di ricerca, rispettivamente raggruppate nel Polo Ospedaliero e nella Ricerca, hanno quindi in linea generale le seguenti responsabilità:

- Definire la strategia di sviluppo tecnologico e professionale del dipartimento
- Coordinare le scelte sui case mix produttivi e vocazioni delle varie Unità Organizzative
- Favorire ed accompagnare l'adozione di innovazioni di processo e/o prodotto
- Coordinare e definire le politiche di gestione del turn-over dipartimentale e gli sviluppi nello skill-mix
- Identificare assieme alle Unità Organizzative le priorità di definizione di team multidisciplinari in collegamento con le direzioni delle reti cliniche, ecc.

Le reti, articolazioni organizzative che a matrice incrociano i dipartimenti, hanno la responsabilità di definire i "prodotti" (le linee di prodotto) attorno a cui sviluppare le Units e quindi i team multidisciplinari che ne rappresentano l'ossatura.

Le reti e le linee produttive si articolano quindi in Units, che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i percorsi con riguardo a componenti specialistiche ospedaliere e di ricerca in modo da privilegiarne la trasversalità, ridurre la variabilità clinica e potenziare, laddove ancora necessario, l'integrazione tra ospedale e ricerca o territorio. Rappresentano, inoltre, il luogo di principale confronto sui percorsi di cura e ricerca che dovranno poi essere adottati dai Dipartimenti.

La Unit è un team che rappresenta la cellula base dell'erogazione di cura su casistiche complesse, in seno alla quale è necessario ricongiungere saperi, armonizzarli e dove, stanti gli elevati volumi o i costi unitari molto consistenti e l'uso di numerose prestazioni singole, è necessario un governo gestionale. Le Units sono anche percorsi di carriera. Esse si appoggiano alle piattaforme produttive ed assistenziali di stabilimento ospedaliero o di struttura di ricerca.

Le reti, al pari dei dipartimenti, si possono sviluppare in modo trasversale all'organizzazione e anche, ove necessario od opportuno, al territorio e consentono ai professionisti di "appartenere" al sistema di offerta

complessivo e non solo alla unità operativa dove sono inquadrati, di fregiarsi del riconoscimento di specialista dei problemi gestiti dalla rete o specifica Unit di appartenenza, di elevare lo standard professionale.

Le reti non hanno una “strutturalità” tradizionale come i dipartimenti più orientati alla gestione delle risorse e dei budget complessivi di attività, ma hanno una loro strutturalità, obiettivi di risultato, routine organizzative, ruoli codificati: direttore di rete o dipartimento, team leader di Unit, altre responsabilità intermedie. I professionisti appartenenti ad una Unit di rete hanno una doppia dipendenza: da un lato dalla UO e dipartimento di appartenenza, dall'altro dalla Unit (ed il suo/i team leader) e rete di appartenenza. La prima è prevalentemente gestionale, la seconda è prevalentemente professionale.

### La tecnostruttura gestionale

L'Istituto prevede una *riorganizzazione degli staff* della Direzione Strategica, che confluiscono assieme alla *funzioni amministrative e tecniche* nel formare la **tecnostruttura gestionale** al servizio unitario di tutta l'azienda.

L'organizzazione e riconfigurazione della tecnostruttura gestionale si sviluppa quindi attraverso una sua **articolazione a matrice** che favorisca il presidio delle seguenti competenze ed aree di risultato, anche attraverso, ove necessario, la riaggregazione di competenze amministrative e di staff oggi separate per via dei processi progressivi di specializzazione maturati negli anni.

Tale modello è basato sull'unitarietà della Direzione Strategica, che si avvale e opera come uno staff unico, non più distinto tra staff della direzione generale, sanitaria, ricerca e amministrativa. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non per funzione.

### La gestione per processi

La Fondazione basa il suo funzionamento organizzativo soprattutto sui processi produttivi, considerati come un insieme di “operazioni” con vari livelli di interdipendenza, che utilizzano risorse per produrre un output di processo e un outcome di salute in grado di soddisfare la domanda.

È necessario controllare e programmare costantemente le attività della Fondazione e il controllo sull'organizzazione passa attraverso il controllo dei processi.

Definire e formalizzare i processi assistenziali risulta un importante passaggio per tutte le organizzazioni che erogano servizi alla persona. Oltre ad essere un'azione che permette un maggior controllo delle attività ed un miglioramento delle prassi cliniche, è senz'altro anche un atto di dovuta trasparenza e di garanzia di trattamento equo nei confronti degli utenti e della collettività.

La definizione e l'ottimizzazione dei processi produttivi sono fondanti l'organizzazione aziendale e si avvalgono della standardizzazione delle procedure come strumento, ottenendo così un migliore allineamento delle modalità operative e, quel che più conta, prevedendo la necessaria dinamicità dettata dai progressi della cultura tecnico scientifica e organizzativa che sta alla base di un coerente ed ottimale funzionamento di organizzazioni complesse come ad esempio un dipartimento di emergenza-urgenza.

Dopo aver selezionato i processi da sottoporre a revisione, si deve definire un nuovo modello organizzativo. Tra i possibili **modelli di funzionamento per processo**, quello individuato dall'Istituto ha tenuto conto di una serie di criteri di seguito riportati:

1. output richiesto;
2. contesto organizzativo dove il processo si colloca;
3. meccanismi di coordinamento adottati dalla Fondazione;

4. risorse disponibili (umane, tecnologiche, informative) presenti all'interno delle varie unità organizzative coinvolte;
5. livello tecnologico informatico presente (hardware, software, cultura e disponibilità del personale all'uso delle tecnologie digitali).

Nel procedere alla ridefinizione dei processi si dovrà operare per gradi seguendo le reali necessità di cambiamento, misurate e condivise dai vari attori, e i reali bisogni. I processi individuati all'interno del presente modello organizzativo sono i seguenti:

- **Processi primari clinico assistenziali:** insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come output finale la risoluzione del problema di cura per i pazienti che si rivolgono alla struttura sanitaria.
- **Processi di ricerca:** insieme di attività di ricerca che hanno come output finale i risultati della ricerca per le nuove cure per i pazienti.
- **Processi sanitari di supporto:** attività di carattere clinico (es. gestione dei farmaci, analisi di laboratorio) che non producono un risultato finale misurabile in salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico assistenziale.
- **Processi amministrativi di supporto:** attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono il coinvolgimento diretto del paziente (approvvigionamento, gestione delle risorse umane, etc.).

Il modello organizzativo è, quindi, quello per processi, dove si individuano due matrici gestionali in cui si distinguono due tipologie di processi da tenere in considerazione:

- processi per la produzione delle prestazioni sanitarie che determinano così **la matrice produttiva e gestionale;**
- processi necessari per migliorare e ottimizzare il funzionamento della struttura aziendale e/o delle unità organizzative attraverso una specifica **tecnostruttura gestionale.**

I punti di contatto delle due matrici, al fine del funzionamento della Fondazione e del raggiungimento di livelli superiori di efficienza e di efficacia, sono:

- 1) *gli strumenti di gestione consolidati* come il budget e i sistemi di contabilità analitica per centri di costo;
- 2) *gli strumenti innovativi* come Totaly Quality Management, process reengineering, activity based costing e management che focalizzano la loro attenzione sul paziente, sui processi e sulle attività svolte dalle unità operative.



## 3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 3.1 Valore pubblico

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT) riveste un ruolo di prestigio nel panorama internazionale, rappresentando il più primo centro oncologico in Lombardia e in Italia, il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa, nonché l'unico Centro per la cura dei tumori italiano ad essere autorizzato al trapianto di fegato.

L'importante storia, i numeri e i traguardi sin qui raggiunti devono spronare l'INT a migliorare i livelli qualitativi e a mantenere un ruolo di primo piano nella sanità regionale e nazionale e, tra gli IRCCS, nella ricerca nazionale e internazionale, a tutela della salute dei nostri pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

**Le linee strategiche**, integrate tra Assistenze e Ricerca, si sviluppano su grandi temi che l'INT intende affrontare e consolidare attraverso la gestione e l'organizzazione delineata nel presente piano organizzativo. Le linee, in sintesi, sono le seguenti:

#### **Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente**

La linea strategica ha l'obiettivo del raggiungimento e costante monitoraggio di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico. Si persegue il consolidamento, da un lato, del programma di valutazione delle strutture sanitarie di Regione Lombardia, e dall'altro, delle verifiche esterne di qualità da parte di Organismi Terzi per la Certificazione ISO 9001 e per l'Accreditamento OEI dell'intera Fondazione e gli Accredamenti Europei e Internazionali per specifiche aree di attività (Laboratorio HLA; Trapianto di Midollo; Tumori Neuroendocrini).

#### **Lo sviluppo della rete d'offerta**

La linea strategica dell'innovazione applicata alla diagnosi e cura dei tumori ha modificato, da un lato, il modello di cura sempre più personalizzato e multidisciplinare, dall'altro, gli esiti dei trattamenti, tra cui la lunga sopravvivenza da gestire in modo simile alla cronicità.

#### **La ricerca clinica e la ricerca di base**

La ricerca svolta dall'INT, implementata attraverso specifiche linee strategiche di sviluppo, che vanno dalla ricerca di base e traslazionale-biologica a quella clinica ed epidemiologico-sanitaria, interessa tutti i momenti cruciali del patient journey:

- ◆ prevenzione primaria con programmi di intervento sperimentale sulla popolazione a rischio e prevenzione secondaria con la ricerca traslazionale;
- ◆ stadiazione con ricerche per identificare i fattori prognostico- predittivi di tipo genetico-molecolare;
- ◆ terapia farmacologica e non con clinical trials sponsorizzati e "investigator driven";
- ◆ sorveglianza post cure primarie;
- ◆ cure palliative e di fine vita con studi per migliorare la diagnosi, classificazione e cura del dolore.

#### **Epidemiologia e Data Science**

In questi ultimi anni si sta consolidando l'importanza dei dati che provengono dal mondo reale (real world data), integrati con quelli che derivano dalla ricerca istituzionale per formare big data e a cui applicare tecniche innovative di intelligenza artificiale. Questa innovativa integrazione tra i real world data e i dati della ricerca sono necessari per sviluppare nuove linee strategiche sulla c.d. "scienza dei numeri", che deve coniugare l'epidemiologia con la data science coordinando le attività di consulenza biostatistica e bioinformatica, dalla progettazione del protocollo e partecipazione a Grant di ricerca, all'analisi dei dati sperimentali fino alla pubblicazione dei risultati.



## Innovazione tecnologica, organizzativa, professionale e della conoscenza

L'innovazione è una linea strategica vitale per affrontare i continui momenti di profondo cambiamento nell'ambiente in cui opera l'Istituto, come il cambiamento socio-demografico della popolazione e aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente. Pertanto, l'innovazione si sviluppa in base alle seguenti strategie:

1. **Evoluzione tecnologica** con nuove possibilità chirurgiche e terapeutiche
2. **Schemi organizzativi efficaci** come l'esigenza sempre più diffusa di individuare e realizzare i setting di cura più efficienti e coniugare ricerca e assistenza al letto del paziente
3. **Cambiamento professionale**, che evidenziano tre principali trend:
  - a. una femminilizzazione del personale medico
  - b. una riduzione complessiva nel numero di medici
  - c. un invecchiamento della popolazione dei medici.
4. **Convergenza delle conoscenze** tra discipline che si sovrappongono nelle possibilità terapeutiche.

## La cura e l'assistenza dell'istituto

L'INT è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e un polo ospedaliero di rilievo internazionale e di alta specializzazione, fondato per fornire cure specializzate e contribuire allo sviluppo di nuove terapie per la patologia oncologica.

La Fondazione ha da sempre egregiamente interpretato il proprio ruolo di ente di ricovero e cura, e l'eccellenza nasce proprio da queste due differenti identità: in esso, la clinica e la ricerca interagiscono quotidianamente per assicurare al paziente la migliore cura disponibile. Inoltre, la spiccata attenzione all'innovazione tecnologica permette servizi diagnostici e terapeutici all'avanguardia capaci di garantire diagnosi sempre più accurate e precoci e cure sartorializzate. Presso l'INT, la patologia oncologica è affrontata a 360°, grazie alla presenza di tutte le figure e i setting assistenziali atti a garantire al paziente continuità assistenziale e competenze specialistiche in grado di accompagnarlo al meglio nel percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

## Ospedale oncologico (hub)

L'INT ha un ruolo consolidato e primario di ospedale di riferimento per la patologia oncologica, non solo per i volumi di prestazioni erogate, ma anche per l'eccellenza nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori attraverso lo sviluppo della ricerca clinico scientifica e l'innovazione organizzativa e gestionale. La presa in carico globale dei pazienti si declina in tutte le attività di ciascuna struttura ospedaliera, rafforzando il principio di centralità del malato lungo tutto il percorso clinico-assistenziale del paziente, attraverso personale con competenze integrate, figure professionali come lo psicologo e il nutrizionista, programmi specifici di accoglienza e umanizzazione delle cure. L'approccio multidisciplinare e sartorializzato si declina all'interno di riunioni e ambulatori a cui partecipano tutte le divisioni cliniche coinvolte nel processo di cura e dove le scelte terapeutiche e le impostazioni dei piani di cura vengono sottoscritte congiuntamente dai medici delle diverse discipline che si occupano del caso.

## Cura e ricerca di genere

L'INT è un ospedale "vicino alle donne", attraverso l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior livello clinico ed epidemiologico e riservando particolare attenzione alla centralità della paziente. L'attività, nell'ambito della salute femminile, comprende in particolare la branche specialistiche di Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia Senologica e Oncologia Medica. In tali ambiti l'IRCCS si propone di intraprendere processi multidisciplinari volti al miglioramento degli indicatori di salute della donna.

## Bambini e patologia oncologica

L'Istituto è il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa. Fin dalla nascita e fino al termine dell'età evolutiva, vengono assicurati i più alti livelli di assistenza garantendo un approccio multiprofessionale che integra le migliori competenze diagnostiche, mediche e chirurgiche specializzate, accompagnate poi da un'altrettanta adeguata fase riabilitativa. Molta attenzione è, inoltre, posta all'aspetto dell'umanizzazione durante la degenza, in modo da favorire il rapporto tra il bambino e la sua famiglia.

La Pediatria Oncologica e la Chirurgia Pediatrica, oltre ad occuparsi della diagnosi e terapia dei tumori solidi e delle emopatie maligne e non maligne del bambino e dell'adolescente, è centro di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche e per la somministrazione di Medicinali per Terapie Avanzate (Advanced Therapy Medical Products, ATMP).

## Trapianti

Una delle eccellenze dell'INT è costituita dall'attività trapiantologica, grazie ad un programma di trapianto di fegato in oncologia tra i più famosi del mondo: a partire dalla seconda metà degli anni '90, infatti, sono state stabilite da questo gruppo le linee guida di selezione dei pazienti con tumore da sottoporre a trapianto (i cosiddetti "Criteri di Milano").

Ad oggi, le capacità, l'esperienza, il lavoro multidisciplinare e la numerosità dei pazienti trapiantati hanno portato quest'Istituto ad essere uno dei primi centri in Italia e in Europa in questo campo. Inoltre, il Programma Congiunto Trapianti è volto all'impiego di trattamenti innovativi, grazie al ricorso delle tecniche di trapianto di cellule staminali più evolute, autologhe ed allogeniche e l'esperienza acquisita ha consentito di ridurre considerevolmente la mortalità trapiantologica e di sviluppare metodiche di trapianto applicabili dall'infanzia fino ai 70 anni di età.

## Terapie innovative

L'INT ha il suo punto di forza nella capacità di essere sempre alla frontiera dello sviluppo di nuovi modelli e strumenti di cura che derivano dall'integrazione ottimale con la ricerca traslazionale. L'attività di ricerca in questo campo è per sua natura traslazionale e punta sull'integrazione interdisciplinare attraverso programmi innovativi; si articola attraverso la definizione delle basi molecolari e patogenetiche della malattia come necessaria premessa alla medicina personalizzata, verso lo sviluppo di nanotecnologie e di modellistica di supporto alla chirurgia robotica e la stesura di linee guida internazionali. La ricerca traslazionale ha condotto allo sviluppo di terapie innovative nelle malattie ad alta complessità, compresi i tumori rari (per molti dei quali l'INT è un riferimento nazionale e internazionale).

## Assistenza

Il percorso ambulatoriale e il ricovero ospedaliero per patologia oncologica rappresentano per l'individuo e per la sua famiglia un momento di disagio attribuibile non solo alla presenza di un tumore, sospetto o accertato, ma anche dello stato di disorientamento provocato dall'allontanamento dal domicilio e dagli affetti personali.

L'INT, al fine di migliorare la qualità percepita dal paziente in termini di accoglienza, assicura il diritto ad un'assistenza continua e ad un accompagnamento costante nel proprio percorso di ricerca della salute, sia clinico che psicologico, e per chi lo desidera anche spirituale.

## La ricerca dell'istituto

L'INT è un *comprehensive cancer centre*, ossia una *struttura interamente dedicata alla cura e alla ricerca sul cancro*, con attività integrate a percorsi formativi (training e educazione) in collaborazione con Università di riferimento.

L'Istituto ha avuto un ruolo essenziale nella storia della **ricerca oncologica**, poiché ha contribuito alla realizzazione di nuovi interventi e procedure di tipo farmacologico (dai farmaci chemioterapici fino alle terapie a bersaglio molecolare e alle immunoterapie) e chirurgico (nuovi approcci conservativi).

Si conferma come centro di riferimento nazionale e internazionale sia per i tumori con una incidenza più alta sia per i tumori rari, di cui è coordinatore di un programma a livello europeo, la Joint Action on Rare Cancers (JARC). A livello internazionale, l'INT partecipa a innumerevoli network di ricerca e a più di 12 organizzazioni di ricerca sul cancro, internazionali e nazionale, tra cui Alleanza Contro il Cancro (ACC), Cancer Core Europe (CCE), Organization of European Cancer Institutes (OECI), Digital Institute for Cancer Outcome Research (DIGICORE)

### Ricerca di base

*"Conoscere per curare"*: la ricerca scientifica di base si occupa dello studio dei fenomeni biologici che sottendono al funzionamento del nostro organismo. In ambito oncologico, tale ricerca si propone di indagare i meccanismi cellulari e molecolari che stanno alla base della complessa natura dei tumori, dalla trasformazione di una cellula normale in tumorale, ai diversi processi che la portano a spostarsi all'interno dell'organismo, colonizzare nuovi organi, evadere i sistemi di difesa immunitaria e sviluppare resistenza ai diversi trattamenti.

### Ricerca preclinica e traslazionale

La ricerca preclinica e traslazionale in oncologia si occupa di *trasformare le scoperte scientifiche effettuate in laboratorio in applicazioni cliniche per curare i tumori*. Questo percorso può avvenire anche in senso inverso e quindi le osservazioni che fa il clinico possono rappresentare lo spunto per nuovi spazi di ricerca di laboratorio. Lo scopo principale della ricerca traslazionale è l'identificazione di nuovi trattamenti e approcci diagnostici utilizzabili nella pratica clinica che possono portare ad un beneficio per il paziente.

### Ricerca clinica

*Costituisce il "crocevia" tra la ricerca di base e quella traslazionale*. Grazie alla descrizione dei meccanismi di trasformazione tumorale dalla ricerca di base e traslazionale, si approda alla formulazione di terapie innovative, la cui reale efficacia dovrà essere dimostrata attraverso sperimentazioni cliniche. Queste riguardano sempre più spesso farmaci mirati, riducendo la necessità di ricorrere alla chemioterapia convenzionale. Il paziente diventa a sua volta fondamentale per il suo coinvolgimento attivo nello studio, attraverso la sua testimonianza diretta relativa alla propria qualità della vita nel corso della terapia, o semplicemente rendendosi disponibile a controlli clinici e radiologici nel tempo.

### Ricerca epidemiologica e data science

È volta allo sviluppo di registri nazionali del cancro, di studi internazionali di coorte sul ruolo della dieta e sugli interventi di prevenzione e sulla scienza dei numeri.

La Ricerca Sanitaria e di Outcome è un efficace strumento di monitoraggio degli *outcome* clinici che consentirà di generare nuova ricerca sui Real World Data (RWD). L'Area Funzionale "Gestione Dati, Monitoraggio e Data Ware House", che raggruppa competenze afferenti alla Direzione Scientifica, ma anche alla Direzione Sanitaria e ai Sistemi Informativi, si occupa della raccolta, gestione e cura di tutti i dati derivati dalla ricerca e dall'assistenza, producendo evidenze per nuova ricerca di *effectiveness* degli interventi sanitari.

### Ricerca sulla qualità della vita dei pazienti oncologici

L'obiettivo dell'INT è quello di preservare e, quando possibile, aumentare la quantità e qualità della salute dei cittadini e dei pazienti. Ecco quindi l'attenzione a percorsi di cura e progetti di ricerca volti al miglioramento delle cure riabilitative e palliative, alla definizione di piani personalizzati di assistenza psicologica al paziente e alle famiglie, e allo sviluppo di più efficaci approcci alla nutrizione clinica.

## 3.2 Performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati.

e si svolge con frequenza annuale attraverso l'impiego di due **strumenti metodologici**:

1. il processo di budget (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;
2. il sistema di valutazione individuale che consente di misurare e valutare la performance individuale.

Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del Ciclo della performance:

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni indicatori allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori recepisce:

- le disposizioni di legge, come da D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV *"Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde"*;
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida (*"Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance"*).
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2019-2021 e con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall'Autorità Anticorruzione, la Fondazione si sta adoperando per garantire l'integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

Con D.G.R. n. XI/5832 del 29/12/2021, Regione Lombardia ha comunicato gli obiettivi delle ATS, ASST ed AREU per l'anno 2022, precisando come gli stessi possano costituire linee di indirizzo per i Consigli di Amministrazione degli IRCCS.

Nell'Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici e gli obiettivi di performance di carattere operativo.

Al fine di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi di performance e degli obiettivi aziendali, la Fondazione prevede l'esistenza di un sistema dei controlli interni, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. La massima funzionalità di tale sistema viene garantita dall'attivazione di funzioni che permettono di classificare i controlli in quattro aree:

### 1) Area della gestione

Il **Controllo di gestione** e la **Gestione Operativa**, che assistono la Direzione Strategica verificando l'economicità e la sostenibilità della gestione delle risorse.

### 2) Area della qualità

La **Qualità aziendale** e il **Risk Management**, al fine del controllo della qualità e il grado di rischio delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorarne la loro efficacia.

### 3) Area dei processi

L'**Internal Auditing**, che svolge un'attività indipendente e obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della Fondazione. L'internal auditing, inoltre, garantisce una funzione di audit che, in piena autonomia e in collaborazione con gli enti preposti della Regione Lombardia, verifica gli atti amministrativi, i processi e le procedure e può svolgere verifiche e controlli nei confronti di soggetti destinatari di provvedimenti, sovvenzioni e altri vantaggi economici diretti e indiretti. Esegue infine il monitoraggio dei risultati dell'attività oggetto di audit, con le modalità che saranno definite dal Direttore amministrativo.

### 4) Area dell'amministrazione

Il **Controllo Interno**, che si svolge attraverso le seguenti funzioni:

- a) controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- b) procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- c) controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- d) verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- e) controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- f) controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- g) controllo atti;
- h) tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Strategica.

Le funzioni citate trovano applicazione attraverso strutture organizzative (semplici, complesse) e/o funzioni nell'ambito della Direzione Strategica, in particolare della Direzione Amministrativa e Sanitaria, come meglio descritto dal modello organizzativo nelle pagine seguenti.

## 3.3 Anticorruzione e Trasparenza

La presente sezione contiene il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190, entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Con Delibera 11 settembre 2013 n. 72 la allora Commissione Indipendente per la Valutazione Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), oggi Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha approvato e pubblicato il primo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013), successivamente aggiornato nel 2015 con Determinazione ANAC 28 ottobre 2015 n. 12 (PNA 2015), nel 2016 con Delibera ANAC 3 agosto 2016 n. 831 (Aggiornamento PNA 2016) e Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019).

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

Legalità e Integrità sono intese come attuazione del "principio democratico e dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Esse sono condizioni di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino".

Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

## DEFINIZIONI:

### IL CONCETTO DI "CORRUZIONE"

Per "corruzione" si intende l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi privati:

- il potere è l'esercizio della funzione affidata al dipendente pubblico;
- il soggetto è il dipendente pubblico cui è affidata la funzione (magistrato, politico, medico, professore, etc);
- l'abuso si ha quando il potere non è esercitato nei termini previsti dalla delega;
- il vantaggio privato è un beneficio finanziario o di altra natura, non necessariamente personale, ma che può riguardare anche soggetto terzo cui il soggetto è legato in qualche modo (famiglia, amicizia, etc).

### IL CONCETTO DI "CORRUTTELA"

La "corruttela" costituisce una delle principali cause di inefficienza dei servizi destinati alla collettività, del dissesto della finanza pubblica, nonché della disaffezione dei cittadini verso le istituzioni.

Può essere definita come "malcostume" ovvero l'inclinazione di un soggetto a svolgere le proprie mansioni in maniera arbitraria, fuori da prassi e dai regolamenti per trarne un vantaggio.

### LA CATTIVA AMMINISTRAZIONE

La "Maladministration" può essere definita come "*l'assunzione di decisioni ... devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari – Determinazione ANAC n. 12/2015*" ovvero come quegli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Nel disegno del 2012 perseguito dal legislatore, la trasparenza costituisce lo strumento cardine per prevenire sul terreno amministrativo i fenomeni corruttivi, riducendo il rischio di degenerazioni di rilevanza penale.

### 3.3.1 *Prevenzione e contrasto del rischio corruttivo*

#### ANALISI DEL RISCHIO

L'attività di analisi del rischio, di cui all'Allegato 2, oltre a rappresentare uno degli adempimenti previsti nel PTPCT costituisce la base per la mappatura e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

L'analisi del rischio ha portato negli anni ad un maggior dettaglio dei processi analizzati, con una implementazione rispetto alla precedente mappatura, e ad una più efficace individuazione delle collegate misure correttive. L'aggiornamento della mappatura è stato il frutto della collaborazione sistematica tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) e i Responsabili delle strutture

delle aree a maggior rischio. Tale collaborazione ha consentito di introdurre nei PTPCT misure ulteriori (allegato 2) rispetto a quelle generali o di sistema previste dalla Legge 190/2012.

Questa modalità di lavoro ha consentito a dirigenti ed operatori di rivedere i processi sui quali abitualmente intervengono, per migliorarli dal punto di vista della trasparenza e dell'anticorruzione.

L'applicazione di tale metodo di lavoro ha pertanto condotto:

- all'aggiornamento della mappatura delle aree a maggior rischio corruzione e della relativa valutazione di rischio;
- all'aggiornamento e sviluppo di ulteriori misure di prevenzione della corruzione e relativi indicatori individuati con i dirigenti delle strutture interessate.

### VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Come già sopra anticipato, nel corso dell'attuazione dei PTPCT si è proceduto a estendere, per quanto ancora possibile, la mappatura dei processi a rischio di corruzione.

Le aree di rischio analizzate sono le seguenti:

#### Aree Generali

- A. Contratti pubblici / Affidamento di Lavori, Servizi e Forniture;
- B. Incarichi e nomine /Acquisizione e progressione del personale;
- C. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- D. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni / Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari;

#### Aree specifiche

- A. Ricerca;
- B. Attività libero professionale e liste di attesa;
- C. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- D. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- E. Emergenza COVID.

La valutazione del rischio avviene in tre fasi:

#### 1. Identificazione

Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a definire l'oggetto di analisi, le tecniche di identificazione e fonti informative e a individuare i rischi.

#### 2. Analisi

Si riporta di seguito l'elenco dei fattori abilitanti considerati:

- mancanza parziale o totale di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in questo caso, l'analisi dovrà dare conto se vi sia totale mancanza di misure di rischio in atto e/o inefficaci;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna (intesa come scarso senso di responsabilità degli operatori);
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

#### 3. Ponderazione

Come meglio specificato nell'Allegato 2 del presente Piano, la Fondazione ha iniziato un percorso di analisi e ponderazione del rischio attraverso una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in "Ottimo – Buono – Sufficiente –Mediocre – Scarso", in base a motivate valutazioni e sulla base di specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori:



- Livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio.
- Grado di discrezionalità del decisore: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
- Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità.
- Opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.
- Grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi.

### VIGILANZA E MONITORAGGIO

L’attività di monitoraggio dell’attuazione del presente Piano è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell’attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione, come meglio specificato nel paragrafo 3.3.2.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del Piano, e conseguentemente piena effettività di tale strumento, i Responsabili individuati predispongono rendicontazioni trimestrali di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste all’allegato 2.

### VIGILANZA E CONTROLLO

L’attività di controllo e vigilanza è svolta, per quanto di competenza, in raccordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il Nucleo Ispettivo ed il responsabile dell’Internal Audit della Fondazione, attraverso incontri programmati e/o in base alle esigenze emergenti, presso i singoli uffici, nonché verifiche documentali e verifiche dirette.

Qualora il RPCT riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti iniziative:

- per fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o all’Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) se si tratta di Dirigenti;
- per fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativo/contabile: denuncia alla Corte dei Conti;
- per fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all’Autorità Nazionale Anticorruzione.

#### 3.3.2 *Soggetti e ruoli*

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e dell’illegalità, la Legge n. 190/2012, i PNA e i PTPCT hanno individuato, sia a livello nazionale che in ciascuna Amministrazione Pubblica, i soggetti di riferimento.

A livello nazionale e regionale vengono individuati i seguenti soggetti:

- ◆ L’ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione – ex CIVIT), è nata con il D.L. n. 90/2014 convertito in legge n. 114/2014 che ha soppresso l’Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP). Le funzioni svolte dall’Autorità sono funzioni consultive, di vigilanza e di controllo. Per l’esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, l’Autorità esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle PP.AA., e ordina l’adozione di atti o provvedimenti richiesti dai piani e



dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa, ovvero la rimozione di comportamenti o di atti contrastanti coi piani e le regole sulla trasparenza. Tra le varie competenze, l'Autorità formula pareri su richiesta delle Pubbliche Amministrazioni. La sua missione è quella di prevenire la corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, nelle società partecipate e controllate anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione.

- ◆ L'ORAC (Organismo Regionale Anti Corruzione - Regione Lombardia), costituito da 9 membri, è stato istituito con Legge Regionale n. 13 del 28.09.2018 del 18 settembre 2018, sostituendo e riunendo le competenze dell'Agenzia Regionale per le Attività di Controllo (ARAC), del Comitato controlli e del Comitato per la legalità e la trasparenza. Ha il compito di vigilare sulla trasparenza e la regolarità degli appalti e sulla fase esecutiva dei contratti, di valutare e rafforzare l'efficacia del sistema dei controlli interni oltre che supportare gli Enti nell'attuazione e nell'aggiornamento dei piani di prevenzione.
- ◆ L'A.G.E.N.A.S. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali), è un ente pubblico non economico nazionale che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.
- ◆ La Corte dei Conti, attraverso le proprie funzioni di controllo, contribuisce ad individuare misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi.
- ◆ Il Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013, elabora e adotta le linee di indirizzo in materia di prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione.
- ◆ La Conferenza Unificata Stato-Regioni che, attraverso apposite intese, è chiamata ad individuare adempimenti e termini per l'attuazione della legge e dei decreti attuativi, con riguardo alle Regioni e Province autonome, enti locali, enti pubblici e soggetti di diritto privato sottoposti al loro controllo.
- ◆ Il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri che, come stabilito con D.P.R. 9 maggio 2016 n. 105, svolge le funzioni di promozione e di coordinamento delle attività di valutazione e misurazione della performance delle amministrazioni pubbliche.
- ◆ Il Prefetto che, ai fini della predisposizione del piano della prevenzione della corruzione, fornisce, su richiesta, il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA.
- ◆ La Scuola Nazionale di Amministrazione che predispone corsi e percorsi di formazione dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.
- ◆ Le singole Pubbliche Amministrazioni, responsabili dell'introduzione e dell'implementazione delle misure previste dalla Legge e dai PNA.

I soggetti che, invece, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione, per i quali risulta fondamentale esplicitare ruoli e funzioni, con specifico riferimento all'ambito della prevenzione della corruzione, sono individuati nello schema sotto riportato:

### Gli organi di indirizzo

il Presidente e il Consiglio di Amministrazione che:

- designano il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- adottano il PTPCT, il PIAO e i suoi aggiornamenti definendone gli obiettivi strategici;
- adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

### Direzione Strategica

- ◆ Al Direttore Generale sono riservati tutti i poteri di gestione in conformità all'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e allo Statuto della Fondazione. È coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati, che, oltre ad assumere diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite, concorrono con proposte e pareri alla formazione delle sue decisioni. Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate.
- ◆ Il Direttore Scientifico: in ambito sanitario è responsabile della ricerca scientifica e ne gestisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del consiglio di amministrazione. Il Direttore Scientifico esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Il Direttore Scientifico negli IRCCS è nominato dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione ove ha sede l'istituto (ex DPR 42 del 26 febbraio 2007). Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione attraverso la promozione di attività di formazione specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nei PTPCT nelle aree di propria competenza.

### Altri soggetti

- ◆ Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione nello specifico deve:
  - proporre, annualmente, il Piano triennale di prevenzione della corruzione all'organo di indirizzo per l'adozione;
  - pubblicare sul sito web istituzionale e trasmettere annualmente all'Organismo Indipendente di Valutazione (Nucleo di Valutazione) e all'Organo di indirizzo dell'Amministrazione una relazione sull'andamento dei risultati dell'attività svolta;
  - definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
  - verificare l'efficace attuazione del Piano da parte dei Responsabili e della idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, nonché proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
  - individuare il personale afferente alle aree a maggiore rischio di corruzione da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
  - curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento e il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
  - predisporre e pubblicare sul sito della Fondazione la relazione annuale del RPCT.

I compiti attribuiti al Responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

Il Responsabile potrà avvalersi, per l'esercizio delle sue funzioni, di referenti in ogni struttura della Fondazione nonché del supporto di appropriate risorse umane e strumentali.

L'attività del Responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione che mantengono, ciascuno per il proprio ruolo, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

- ◆ I Dirigenti per area di competenza svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di

prevenzione, assicurano l'osservanza del Codice Etico e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari ove di competenza, ed osservano le misure contenute nel presente Piano.

- ◆ I Referenti per la prevenzione e la trasparenza, individuati dai Dirigenti, svolgono, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione.
- ◆ Supportano il Dirigente nello svolgimento delle attività di costante monitoraggio sull'adempimento delle misure previste dal Piano trasmettendo periodicamente al RPCT i report di monitoraggio delle aree di competenza per la prevenzione della corruzione e trasparenza. Svolgono inoltre attività di monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza della propria struttura, secondo le scadenze previste dal Piano.
- ◆ Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e attesta altresì l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della Fondazione in ottemperanza al dettato normativo in tema di trasparenza. Verifica che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti 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 alla trasparenza. Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT in relazione agli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza previsti dal presente piano. Riferisce all'ANAC, come previsto dall'art. 8 bis della Legge 190/2012 (come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016), sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- ◆ Il Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti (RASA): l'articolo 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179 (convertito in Legge 17 dicembre 2012 n. 221) stabilisce l'obbligo per le stazioni appaltanti di nominare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) quale responsabile della verifica e/o della compilazione e dei successivi aggiornamenti (almeno annuali) delle informazioni e dei dati identificativi delle stazioni appaltanti stessi. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Il RASA nominato dalla Fondazione è il Direttore della struttura complessa Provveditorato.
- ◆ Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio: con determinazione del Direttore Generale n. 178DG del 27 maggio 2020, il RPCT è stato nominato "Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo (G.S.A.)", con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio.

Il G.S.A. è coadiuvato, nell'attività di valutazione ed individuazione delle operazioni sospette, da un Comitato di Sicurezza Finanziaria, composto dai Responsabili delle aree ritenute maggiormente a rischio, come di seguito indicato:

- Direttore s.c. Gestione Acquisti
- Direttore s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale
- Direttore s.c. Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità
- Direttore s.c. Ingegneria Clinica
- Direttore s.c. Farmacia ospedaliera.
- ◆ Il Comitato di coordinamento dei controlli interni: è presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione. Tale organismo, previsto dalla DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022, è chiamato a perseguire la sinergia ed il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

- ◆ L'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento.
- ◆ L'Internal Auditing è una funzione di controllo istituita in ottemperanza alle Regole di Sistema 2015 della Regione Lombardia. Al fine di garantire il principio di autonomia di questo livello di controllo, la funzione risponde direttamente al Direttore Generale e mantiene i rapporti con le omonime funzioni degli altri IRCCS pubblici per la progettazione della formazione e la pianificazione dei controlli annuali.
- ◆ Il Data Protection Officer (D.P.O.): è una figura introdotta dal Regolamento Generale sulla Protezione dei dati 2016/679 (GDPR); la sua responsabilità principale è quella di osservare, valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali (e dunque la loro protezione) all'interno della Fondazione, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali.
- ◆ Il Nucleo Ispettivo è stato costituito, con Determinazione del Direttore Generale 28 febbraio 2014 n. 52DG, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del "Regolamento in materia di incompatibilità ed autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali". Ha il compito di svolgere verifiche a campione e rendicontare alla Direzione Strategica le posizioni verificate relative ad incarichi extraistituzionali, estratte a sorte dall'elenco "incarichi conferiti ed autorizzati ai dipendenti".
- ◆ La funzione di controllo della Qualità delle prestazioni e dei servizi è attivata presso la s.c. Sistema qualità, formazione e protezione dati, responsabile di attuare i programmi di valutazione e miglioramento della qualità secondo procedure validate a livello regionale (Sistema di Valutazione della Performance e Qualità dei Sistemi Sanitari Regionali) e a livello internazionale (Certificazione UNI EN ISO 9001, Accreditation & Designation Organisation of European Cancer Institutes – OEI; Accreditazioni di eccellenza per Programmi di cura).
- ◆ L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) agisce in modo autonomo ed indipendente a tutela dei diritti delle persone che accedono alle prestazioni dell'Istituto, sia in regime ambulatoriale che di ricovero. Compito dell'ufficio è quello di tutelare il bisogno individuale e collettivo dei cittadini/pazienti in stretta collaborazione con l'Ufficio relazione con il pubblico per costruire un modello integrato di ascolto ed individuare strategie comuni orientate alla costruzione di percorsi che assicurino migliori cure e servizi.
- ◆ L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) rappresenta il punto di incontro tra l'Istituto, i pazienti e i loro familiari. Le sue attività principali sono: fornire informazioni di carattere generale sui servizi dell'Istituto, accogliere suggerimenti e reclami per migliorare l'organizzazione dei servizi, ascoltare e orientare il cittadino aiutandolo a risolvere al meglio le proprie richieste e, in attuazione del principio di trasparenza e di attivazione delle azioni di miglioramento, curare la rilevazione e l'elaborazione periodica della qualità percepita dagli utenti attraverso la *customer satisfaction*.
- ◆ I dipendenti della Fondazione partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. e segnalano al proprio dirigente casi di potenziale conflitti di interesse.
- ◆ I Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di *whistleblowing*.

### 3.3.3 Obiettivi strategici 2022

La prevenzione della corruzione si basa sostanzialmente su un modello di regolazione che prevede attività di pianificazione e controllo, con una programmazione "a cascata" che interessa tutti i livelli di governo e poggia su quattro principali strumenti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio.

Le finalità perseguite sono:

- ◆ ridurre le eventualità di manifestazione di casi di corruzione;
- ◆ aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- ◆ creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nell'ambito delle suddette finalità sono stati individuati dal Consiglio di Amministrazione specifici obiettivi strategici della Fondazione per il triennio 2022-2024, da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione:

- ◆ promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare nel periodo di validità del PTPCT attraverso la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- ◆ promozione di iniziative di formazione (generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità.

Al fine favorire ulteriormente la cultura della legalità, della correttezza e della trasparenza, annualmente sono assegnati specifici obiettivi, sia alla dirigenza che al personale del comparto della Fondazione, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza correlati agli obiettivi di performance aziendali.

Le finalità sono le seguenti:

- ◆ vigilare e attuare le misure di prevenzione di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste negli allegati 1 e 2 del presente Piano;
- ◆ partecipare alle iniziative di formazione;
- ◆ monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- ◆ monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- ◆ individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

### 3.3.4 Misure generali di prevenzione

Le principali misure di prevenzione della corruzione previste e analizzate nei PTPCT della Fondazione sono:

- ◆ la trasparenza
- ◆ il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
- ◆ il *whistleblowing* (Regolamento adottato con Determinazione n. 89DG del 9 marzo 2022 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione);
- ◆ il *pantouflage*
- ◆ la formazione
- ◆ la gestione dei conflitti di interessi
- ◆ l'inconferibilità e l'incompatibilità degli incarichi
- ◆ la rotazione del personale (ordinarie e straordinaria)

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA 2019 per il triennio 2022/2024 sono state individuate ulteriori misure di prevenzione quali:

1. assegnazione di specifici obiettivi al personale dirigenziale e del comparto della Fondazione in materia di anticorruzione e trasparenza;
2. obbligo di sottoscrizione dei "patti di integrità" negli appalti e "avvisi per la trasparenza preventiva";
3. raccordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il Nucleo Ispettivo, Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD) e il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione.

### 3.3.5 Codice di comportamento

In conformità al D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 e a seguito della Determinazione ANAC 29 marzo 2017 n. 358 recante “Linee guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale la Fondazione, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione 14 febbraio 2018 n. 167F, ha adottato un proprio Codice Etico e Comportamentale dei dipendenti, che qui si intende integralmente richiamato quale parte integrante del PTPCT e quale strumento per la verifica periodica del livello di attuazione dello stesso Piano.

Al fine di offrire a tutti dipendenti adeguata conoscenza dei temi dell’etica e della legalità, la s.c. Risorse Umane e Relazioni Sindacali organizzano specifici eventi formativi sul tema, aperti a tutti i dipendenti. Tali eventi formativi hanno l’obiettivo di sviluppare la conoscenza della materia favorendo la diffusione dei comportamenti virtuosi e i principi ai quali il personale deve ispirarsi nello svolgimento della propria attività. La conoscenza del Codice Etico e comportamentale (nazionale e aziendale) potrebbe rientrare inoltre tra le materie oggetto di prova concorsuale pertanto, nei bandi di concorso e negli avvisi per assunzione a tempo determinato o per mobilità ne verrà richiesta la conoscenza. Tale conoscenza è altresì richiesta negli avvisi delle selezioni volte al conferimento di incarichi di lavoro autonomo.

Resta fermo che per quanto non espressamente previsto nel Codice Etico e Comportamentale aziendale, si fa riferimento alle previsioni contenute nel DPR 16 aprile 2013 n. 62.

Nel Codice adottato dalla Fondazione sono attesi, in particolare, da parte del dipendente:

- ◆ il rispetto delle prescrizioni contenute nel presente Piano;
- ◆ la collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione, con particolare riguardo alla comunicazione di dati ed alla segnalazione di situazioni rilevanti ai fini dell’attività di prevenzione;
- ◆ la segnalazione al proprio superiore gerarchico di eventuali situazioni di illecito nella Fondazione di cui sia venuto a conoscenza, mediante informativa scritta contenente tutti i dati in suo possesso, necessari all’individuazione delle circostanze di fatto e dei soggetti cui si riferiscono, fermo restando l’obbligo in capo allo stesso dipendente di denuncia all’Autorità giudiziaria, ai sensi di legge.

Nel caso in cui la segnalazione coinvolga in via diretta o indiretta il superiore gerarchico, il dipendente si rivolge al RPCT così come allo stesso dovranno fare diretto riferimento i dirigenti.

Al fine di dare diffusione ai principi, regole e sanzioni previste dal Codice viene realizzata annualmente una specifica attività di formazione ed informazione rivolta a tutto il personale della Fondazione.

L’Istituto, con deliberazione 31 ottobre 2017 n. 145F, ha approvato i propri Regolamenti in materia di procedimento disciplinare del personale del Comparto e della Dirigenza, aggiornando la precedente disciplina alle nuove disposizioni della Legge n. 124/2018 c.d. “Legge Madia”.

### 3.3.6 Formazione mirata a prevenire il rischio corruttivo

La formazione anticorruzione rappresenta una delle misure che le Amministrazioni pubbliche hanno l’obbligo di predisporre nell’ambito del Piano triennale di prevenzione della corruzione. Lo scenario di riferimento normativo nel quale si inserisce la formazione anticorruzione nelle pubbliche amministrazioni scaturisce da norme e principi contenuti nella Legge n. 190/2012, che indica le norme anticorruzione quale attuazione diretta del principio costituzionale di “imparzialità” (art. 97 Cost.).

In tale ambito, la formazione è considerata un elemento essenziale per la prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche. La Legge, al riguardo, stabilisce che i percorsi di formazione debbano essere strutturati a due livelli:

- a livello generale, devono essere organizzate iniziative destinate a tutto il personale sui principi dell’etica e della legalità.



- a livello specifico, devono essere realizzate iniziative rivolte alle figure più direttamente coinvolte nella prevenzione della corruzione: il responsabile della prevenzione, i referenti, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Amministrazione.

La programmazione ed erogazione della formazione prevista dalla Fondazione è stata formalizzata con una specifica procedura di qualità il cui obiettivo generale è quello di implementare la diffusione della stessa a tutto il personale che opera nella Fondazione maggiormente coinvolto in responsabilità decisionali.

L'obiettivo specifico è quello di rendere maggiormente efficace ed efficiente tale strumento, economizzando gli sforzi profusi, indirizzandolo agli operatori maggiormente coinvolti nelle attività a rischio corruzione.

Al fine di consentire modalità di formazione fruibili da una platea estesa, vengono attivati anche sistemi di formazione e-learning (formazione a distanza – FAD), con il vantaggio, attraverso l'uso delle tecnologie multimediali e di internet, di monitorare il livello di apprendimento, sia attraverso il tracciamento del percorso che attraverso momenti di valutazione formale.

Per quanto riguarda la formazione specifica, i corsi di formazione sono prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi illeciti ai sensi del presente piano sulla base delle esigenze formative espresse dai responsabili di struttura nell'ambito degli incontri semestrali. L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione viene effettuata sulla base della mappatura delle aree a rischio individuate dal RPCT (allegato 2).

### 3.3.7 Trasparenza: attività 2021 e programmi 2022

Nel corso dell'anno 2021 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità.

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta, infatti, uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.

Il D.Lgs. n. 150/2009 definisce la trasparenza come *“accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle Amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”* (art. 11).

La Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione ha costituito un ulteriore tassello nel progetto di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e diffusione delle informazioni degli enti pubblici, introducendo aggiuntivi e rilevanti obblighi ed elevando i livelli di visibilità, nella convinzione che la trasparenza sia tra le principali armi con cui combattere il fenomeno della corruzione.

Il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione e ha previsto la pubblicazione, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche

amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti stessi direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione (art.2).

A seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 97/2016 è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini.

Il presente Piano contiene, in questo paragrafo e nella tabella Allegata (Allegato n. 3), la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare nel triennio 2022/2024 per dare attuazione, da un lato agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013, dall'altro a misure ulteriori di trasparenza individuate dai Responsabili delle aree a maggior rischio di corruzione, nell'ambito degli incontri periodici con il RPCT, in attuazione dell'obiettivo strategico inerente la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

La Fondazione si prefigge, attraverso l'attuazione di tali azioni, di garantire il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati e l'accessibilità alle notizie ed informazioni della Fondazione, al fine di consentire l'attiva partecipazione dei cittadini, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Il processo di formazione e di attuazione della programmazione in materia di trasparenza si articola in una serie di fasi tra loro strettamente collegate per ognuna delle quali sono stati identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Nell'Allegato 3 al presente piano è riportato, in formato tabellare:

- a) l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
- b) l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
- c) l'indicazione dei soggetti responsabili della predisposizione/raccolta di dati e documenti e della loro pubblicazione.

I dirigenti di struttura sono individuati, secondo competenza, quali responsabili della predisposizione/raccolta di dati e/o documenti, in formato aperto e accessibile secondo le disposizioni vigenti, e dell'inoltro degli stessi all'ufficio deputato alla pubblicazione, mediante utilizzo di apposita casella di posta elettronica (redazione sito web). Il dirigente responsabile della predisposizione e della trasmissione dei dati e/o documenti verifica l'effettiva corretta pubblicazione di dati e informazioni da parte dell'ufficio deputato alla pubblicazione, dandone riscontro allo stesso nonché al RPCT.

Al fine di assicurare un efficace sistema di monitoraggio dell'attuazione degli adempimenti di trasparenza, i Responsabili delle strutture competenti alla predisposizione/raccolta di dati, individuati nell'allegato n. 3 al presente Piano, predispongono ed inoltrano al RPCT rendicontazioni trimestrali sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi.

Di tale attività di aggiornamento è data informazione costante al RPCT, che svolge il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti previsti dal piano alle scadenze indicate nella tabella "Allegato n. 3" con cadenza periodica.

Il sito web della Fondazione svolge la funzione di informazione agli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, etc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi, secondo quanto indicato nelle delibere CIVIT n. 105/2010, n. 2/2012 e nelle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 e 15 maggio 2014 e successive modifiche.

Nel caso in cui le informazioni contengano anche dati personali, sono rispettati i principi di cui al Regolamento UE 679/2016, recepito con D.Lgs. n. 101/2018,



La Fondazione in attuazione al D.Lgs. n. 33/2013, ha realizzato sin dal 2013, sulla home page del proprio sito internet [www.istitutotumori.mi.it](http://www.istitutotumori.mi.it), la sezione "Amministrazione Trasparente".

In tale sezione sono pubblicati i dati e i documenti per i quali le disposizioni normative prevedono l'obbligo di pubblicazione nonché le ulteriori misure di trasparenza individuate dal presente piano come misure di specifica prevenzione della corruzione.

La realizzazione del sito web della Fondazione e della sezione "Amministrazione Trasparente" hanno tenuto conto dei concetti di:

- usabilità, per rispondere meglio alla "reperibilità" di informazioni, in modo completo, chiaro, affidabile e semplice;
- accessibilità, nel rispetto dei parametri previsti dalle disposizioni vigenti per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici;

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione:

- persegue la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto;
- individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse, adoperandosi per favorire l'accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche.
- tra gli adempimenti di trasparenza rientra inoltre la previsione dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

La Fondazione si è dotata di caselle istituzionali PEC ed è censita nell'IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni). Sulla home page del sito istituzionale vi è un'apposita sezione "Posta Elettronica Certificata" nella quale è pubblicato l'elenco delle caselle di posta elettronica certificata (PEC) attive presso la Fondazione, con l'indicazione specifica dell'indirizzo di ogni struttura.

L'istituto dell'accesso civico, come inizialmente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, è stato significativamente ampliato dal D.Lgs. n. 97/2016 che lo ha articolato in due fattispecie:

- accesso civico "semplice", preesistente all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 97/2016, concernente dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;
- accesso civico "generalizzato", introdotto con il D.Lgs. n. 97/2016, concernente invece dati, documenti e informazioni ulteriori non soggetti ad obbligo di pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (Freedom of Information Act) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D.Lgs. n.33/2013.

L'accesso può essere esercitato dal cittadino mediante un'istanza presentata facendo uso della modulistica predisposta dalla Fondazione, a seconda della tipologia di accesso, come previsto dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato della Fondazione pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione (Deliberazione C.d.A. n. 146F del 31 ottobre 2017)

### **Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)**

Particolarmente importante per l'Amministrazione è rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini e degli stakeholder (portatori di interessi) per poter effettuare scelte più consapevoli, corrette e mirate nello svolgimento dell'attività di aggiornamento del Piano.

Per soddisfare tale necessità è opportuno che la Fondazione raccolga i feedback dei cittadini e degli stakeholder circa il livello di utilizzo e di utilità dei dati pubblicati e i reclami su ritardi e inadempienze riscontrate ovvero sulla qualità delle informazioni pubblicate.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo della comunità e degli stakeholder, la Fondazione intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso:

modalità indirette:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- *customer satisfaction*: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente.
- da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività;

modalità dirette:

- le osservazioni pervenute all'esito della pubblicazione del PTPCT in consultazione.

## 4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 4.1 Il modello organizzativo

Il modello organizzativo dell'INT, in coerenza con le direttive regionali, evidenzia i rapporti esistenti tra Organi, Organismi, Strutture, Soggetti Istituzionali, Stakeholders etc. ed è così articolato:

- **Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica:** articolazioni aziendali alla diretta dipendenza della Direzione Strategica della quale, per disposizioni di legge o di provvedimenti regionali, costituiscono strumenti operativi diretti.
- **Dipartimenti** articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili. Hanno l'obiettivo di favorire la razionalizzazione, semplificazione e qualificazione delle attività, attraverso l'integrazione e il coordinamento delle funzioni, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei Dirigenti.
- **Strutture Complesse:** articolazioni aziendali dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico e in possesso di requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza. Sono caratterizzate dalla presenza di competenze professionali multiprofessionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari. Sono operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali.
- **Strutture Semplici:** articolazioni organizzative afferenti ad una SC o ad una Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite al Direttore sovraordinato.
- **Strutture Semplici Dipartimentali:** articolazioni organizzative afferenti gerarchicamente al Dipartimento e dotate di autonomia gestionale e organizzativa e specificità professionale.
- **Incarichi professionali di altissima professionalità e specialità:** articolazioni funzionali che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.
- **Incarichi funzionali:** con rilevanza all'interno della Struttura di assegnazione, sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee, che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Il modello organizzativo dell'INT abbraccia la visione innovativa proposta dalla D.G.R. n. XI/6278/2022 che, pur mantenendo in vita la tradizionale relazione univoca verticale, valorizza l'importanza delle relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria e area amministrativa, al fine di garantire un costante raccordo tra gli ambiti di responsabilità delle Direzioni strategiche aziendali e di realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

## 4.2 Organigramma

### 4.2.1 La Direzione Strategica

#### DIRETTORE GENERALE

La Legge regionale di riforma n. 23/2015 all'art. 12, comma 1, indica, tra gli organi delle ATS, delle ASST e degli IRCCS di diritto pubblico, il Collegio di Direzione (CdD), il Collegio Sindacale (CS) e il Direttore Generale (DG), quale datore di lavoro a cui competono la gestione e l'organizzazione della Fondazione.

Il Direttore Generale è nominato dal Consiglio di Amministrazione, su indicazione del Presidente della Regione Lombardia, che lo individua fra persone estranee al Consiglio stesso, tra i soggetti idonei secondo le vigenti discipline nazionali e regionali.

Per lo svolgimento delle proprie attività di indirizzo programmatico e gestionale il Direttore Generale si avvale della *Direzione Strategica*, del *Collegio di Direzione* e del supporto del *Nucleo di Valutazione*.

Al Direttore Generale afferiscono in staff Unità Organizzative e funzioni previste dalla linee guida POAS e dalla normativa vigente. Le **unità organizzative** sono rappresentate dalla SS *Controllo di Gestione* e dalla SC *Sistemi Informativi*. In staff al Direttore Generale, inoltre, operano:

- ◆ **Responsabili delle funzioni:** Prevenzione Corruzione e Trasparenza; Privacy e DPO; Internal Auditing;
- ◆ **Uffici:** Servizio Prevenzione e Protezione; URP e Customer Experience;
- ◆ **Funzioni:** Medico Autorizzato; Medico Competente;
- ◆ **Organismi e Comitati:** Ufficio Pubblica Tutela (UTP); Comitato Unico Garanzia (CUG); Comitato Coordinamento Controlli interni (CCCi).

#### DIRETTORE SCIENTIFICO

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica della Fondazione e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e la cui misura, in ogni caso, non può essere inferiore ai finanziamenti destinati alla Fondazione dal Ministero competente in materia di Sanità e da altri enti pubblici e privati per l'attività di ricerca. Coordina i piani di ricerca sulla base degli indirizzi dettati dal Ministero della Salute e tenendo conto della programmazione della ricerca scientifica.

#### DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo, che deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale di riferimento, è nominato dal Direttore Generale in base allo statuto della Fondazione, con la funzione di dirigere il settore amministrativo dell'azienda.

Dalla disposizione di legge ne deriva, dal punto di vista gestionale e organizzativo, che la direzione amministrativa garantisce, all'interno della Direzione Strategica e a supporto del Direttore Generale, l'affidabilità amministrativa, giuridica e contabile degli atti amministrativi che danno attuazione alle scelte e le decisioni strategiche e operative della gestione dell'ASST.

Il modello organizzativo proposto, quindi, prevede:

- un ruolo nuovo del direttore amministrativo all'interno della direzione strategica; infatti, all'interno dell'attuale contesto economico-sanitario e normativo, il direttore amministrativo, diviene sempre di più attore protagonista delle scelte strategiche dell'azienda per tradurle in strategie amministrative;
- una nuova organizzazione delle unità amministrative all'interno della tecnostruttura gestionale, dove i dirigenti e il personale amministrativo dovranno generare valore attraverso lo sviluppo di una cultura amministrativa improntata a proattività, presa in carico dei processi e problem solving.

Al Direttore Amministrativo afferisce gerarchicamente il Dipartimento Amministrativo e Tecnico e ha il compito del coordinamento delle *Segreterie di staff della Direzione Generale*.

#### DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario, che deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale di riferimento, è nominato dal Direttore Generale in base allo statuto della Fondazione, con la funzione di dirigere il settore sanitario dell'azienda. Il Direttore Sanitario in sintesi deve:

- coadiuvare il Direttore Generale nella responsabilità di garantire il coordinamento della gestione del polo ospedaliero;
- contribuire, essendo parte integrante della Direzione Strategica, alla realizzazione della mission e delle linee strategiche aziendali;
- dirigere, a livello strategico, i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolute dall'ordinamento, identificando ai fini programmatori la domanda di assistenza sanitaria e ospedaliera;
- svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi socio-sanitari e promuove l'integrazione dei servizi stessi;
- definire le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti, anche straordinari, contingibili e/o urgenti.

Il Direttore Sanitario, per esercitare il ruolo affidatogli dalla normativa e dal presente atto di indirizzo organizzativo, si avvale delle unità organizzative in staff e quelle all'interno della tecnostruttura gestionale.

#### 4.2.2 I Dipartimenti

##### DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA

La mission è quella di:

- costruire i processi di cura, costantemente aggiornati, ispirandosi al principio di centralità del paziente e basandosi sempre sulla migliore evidenza scientifica disponibile;
- perseguire un modello assistenziale per intensità di cura, nel quale si gestiscano risorse umane e tecnologiche con modalità condivise, perseguendo anche l'ottimizzazione dei percorsi di cura, a partire dall'ambito del precovero, e sviluppando le attività di Day Hospital chirurgico e di Week Surgery;
- I valori ed i principi che ispirano e guidano gli operatori sono:
- centralità della persona assistita con presa in carico globale in tutte le fasi della malattia;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale garantendo un adeguato ed appropriato utilizzo delle migliori tecniche diagnostiche e cure sistemiche/ radioterapiche e una stretta e precoce integrazione con i percorsi nutrizionali e le cure palliative ("simultaneous care") - approccio multidisciplinare agli aspetti clinici - sviluppo della ricerca clinica e traslazionale con rapido trasferimento ai pazienti - valorizzazione delle risorse umane;
- implementazione delle collaborazioni nazionali e internazionali;
- formazione continua del personale sanitario.

##### DIPARTIMENTO ONCOLOGIA EMATOLOGIA

La mission è il raggiungimento dell'eccellenza nel campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle neoplasie ematologiche del paziente adulto, delle neoplasie solide ed ematologiche del bambino, e della medicina trasfusionale, attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale e lo sviluppo della ricerca clinico scientifica in un contesto di costante attenzione alla qualità del servizio erogato alle persone assistite.

**DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA AVANZATA E RADIOTERAPIA**

Il Dipartimento è orientato alla implementazione del cosiddetto imaging biologico e all'impiego dell'imaging per la ottimizzazione della radioterapia. Nel Dipartimento vengono sviluppati nuovi radiofarmaci, che permettono sia la selettiva visualizzazione delle neoplasie che il loro trattamento, sia approcci di radioterapia metabolica. Le attività sono frutto di un'intensa collaborazione di numerosi esperti, che appartengono a diversi campi: radiologi, medici-nucleari, radioterapisti, oncologi, fisici, chimici, radiochimici, biologici, ingegneri, biometristi.

**DIPARTIMENTO SERVIZI E DIAGNOSTICA AVANZATA**

La mission del Dipartimento è quella di fornire il miglior supporto diagnostico, di prevenzione e trattamento per le complicanze cardiovascolari e respiratorie dei pazienti oncologici alle Strutture della Fondazione, e si declina con i termini di:

- competenza,
- tempestività,
- tecnologia,
- integrazione.

In un'era di "evidence-based medicine" il Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata rappresenta un'entità trasversale che costituisce un fondamentale step operativo di qualunque procedura medica o chirurgica.

**DIPARTIMENTO ONCOLOGIA SPERIMENTALE**

La mission è quella di riunire e integrare le competenze e gli obiettivi della ricerca genetica, immunologica, farmacologica e biologica in una coordinata e sinergica attività che, rispondendo a quesiti clinici e della ricerca di base, contribuisce al costante miglioramento della cura del paziente oncologico e della salute delle popolazioni. Le strutture afferenti al Dipartimento, pur preservando il proprio patrimonio di conoscenze e specifiche competenze, sono chiamate a partecipare ad attività congiunte di ricerca oncologica multidisciplinare e trasversale nonché bi-direzionale tra laboratorio sperimentale e paziente, per promuovere il trasferimento dei risultati della ricerca di base e pre-clinica nell'attività di diagnosi e cura, e rispondere a quesiti clinici che richiedono una ricerca dedicata a comprendere meccanismi fisiopatologici e proporre soluzioni innovative al problema.

**DIPARTIMENTO EPIDEMIOLOGIA E DATA SCIENCE**

La mission è quella di riunire e integrare le competenze e gli obiettivi della ricerca epidemiologica e biostatistica con i nuovi approcci di bioinformatica, che, con modelli computazionali, sappiano interpretare i "big data" generati dagli studi omici (genoma, trascrittoma, microbioma, metaboloma, radioma, etc). Le strutture afferenti al Dipartimento, per le specifiche competenze, sono chiamate a partecipare e integrare le attività di ricerca sperimentale e clinica, attraverso l'indagine epidemiologica, l'analisi dei risultati e della qualità dei dati, e l'interpretazione delle informazioni numeriche generate dalle nuove tecniche di analisi col supporto di metodologie innovative, mediante un approccio multidisciplinare e integrato da competenze matematiche, fisiche, biologiche e computazionali.

**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO**

La mission del Dipartimento consiste nel coordinare le attività amministrative e tecniche e di concorrere al raggiungimento degli obiettivi strategici ed organizzativi definiti in sede di programmazione, attivando le procedure e rendendo disponibili gli strumenti operativi e gestionali a supporto dell'attività dell'intero Istituto. Il Dipartimento eroga, oltre ai servizi amministrativi e generali all'attività sanitaria e a quella scientifica, i servizi di accoglienza dell'utenza, l'acquisizione delle risorse economiche, finanziarie e di beni e servizi, nonché agevola la condivisione e l'integrazione dei processi di acquisizione delle risorse umane, della

loro formazione e della loro valutazione. Individua, inoltre, le linee guida per l'ottimizzazione dell'attività e l'omogeneizzazione dei procedimenti amministrativi.

Il Dipartimento eroga servizi tecnici e di supporto alle attività sanitarie e scientifiche dell'IRCCS, con funzione di coordinamento dell'attività, oltre che strumento di condivisione ed integrazione di know-how. Individua le linee guida per l'ottimizzazione l'attività di supporto e di servizio alle strutture sanitarie ed amministrative, dei lavori e delle concessioni, della cura e valorizzazione dei beni patrimoniali disponibili e indisponibili della Fondazione IRCCS, d'implementazione, sviluppo e innovazione dei servizi informativi e informatici.

Si segnala, inoltre, **la partecipazione dell'INT a 3 Dipartimenti Funzionali Interaziendali della Città di Milano:**

1. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Medicina Trasfusionale (DMTE)**, con Capofila ASST GOM Niguarda;
2. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Cure Palliative**, con Capofila ASST Fatebenefratelli Sacco;
3. Dipartimento Funzionale Interaziendale di **Medicina Nucleare**, con Capofila ASST GOM Niguarda.

#### 4.2.3 Le Unità Organizzative

##### Staff Direttore Generale

Struttura e Funzioni	Tipo
Sistemi Informativi	Struttura Complessa
Controllo di Gestione	Struttura Semplice
URP	Ufficio
Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Ufficio
Trasparenza e Anticorruzione	Responsabile
Internal Auditing – Sistemi di Controlli Interni	Responsabile
Privacy e DPO	Responsabile
Ufficio Pubblica Tutela	Referente
Medico competente e Attività di Sorveglianza sanitaria	Funzione
Funzioni di culto	
CUG	
CCCI	

##### Staff Direttore Scientifico

Struttura	Tipo
Clinical Trial Center	Struttura Semplice
Trasferimento Tecnologico (TTO)	Struttura Semplice
Grant Office e Servizi alla Ricerca	Struttura Semplice

##### Staff Direttore Sanitario

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Direzione Medica di Presidio	Accreditamento e Certificazioni Internazionali
Direzione Professioni Sanitarie	
Ingegneria Clinica	
Farmacia Ospedaliera	Centrale preparazioni farmaci
	Farmacieconomia e acquisti

Qualità e Risk Management	
	Nutrizione Clinica
	Gestione Operativa

i Dipartimenti Gestionali:

### Dipartimento Amministrativo e Tecnico

Struttura	Tipo
Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Struttura Complessa
Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Struttura Complessa
Gestione Acquisti	Struttura Complessa
Affari Generali e Legali	Struttura Complessa
Accoglienza - CUP e Libera Professione	Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale	Struttura Complessa

### Dipartimento Chirurgia Oncologica

Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Generale Oncologica 6 – Oncologia Pediatrica	
Laser Terapia	
Day Surgery Oncologico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Chirurgia Generale Oncologica 1 – Epato-gastro-pancreatica	Trapianti di fegato
Chirurgia Generale Oncologica 2 - Colonretto	Tumori Ereditari Apparato Digerente
	Tumori Peritoneali
Chirurgia Generale Oncologica 3 – Senologia	Senologia Chirurgica Integrata
Chirurgia Generale Oncologica 4 - Melanomi	Chirurgia Oncologica oculare
Chirurgia Generale Oncologica 7 – Sarcomi	
Chirurgia Plastica	
Chirurgia Toracica	
Ginecologia Oncologica	
Otorinolaringoiatria Oncologica	Chirurgia Maxillo Facciale
Urologia Oncologica	Tumori Pene e Testicolo
Anestesia Rianimazione	Anestesia e Blocco Operatorio
	Terapia Intensiva

### Dipartimento Oncologia ed Ematologia

Strutture Semplici Dipartimentali	
Genetica Medica	
Oncologia Medica 4 – Cure supporto internistico e geriatrico	
Day Hospital Oncologico	
Oncologia Medica Genitourinaria	
Farmacologia Clinica	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Cure Palliative - Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione	



Ematologia	
Oncologia Medica 1	Oncologia Medica Gastroenterologica
	Oncologia Medica Toracopolmonare
	Oncologia Medica Melanomi
	Oncologia Medica Senologica
	Immunoterapia Clinica dei Tumori e Terapie Innovative
Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari	
Oncologia Medica 3 - Tumori Testa Collo	
Oncologia pediatrica	

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Fisica Sanitaria	Radioprotezione
Medicina Nucleare	Diagnostica PET
	Terapia Medico Nucleare
Radiologia Diagnostica e Interventistica	Ecografia Interventistica
	Radiologia Senologica
	Interventistica Oncologica
	Diagnostica Oncologica Muscolo Scheletrica
	Diagnostica Oncologica Pediatrica
Radioterapia	Radioterapia Tumori Mammella
	Radioterapia Tumori Genitourinari
	Radioterapia Pediatrica

## Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata

Strutture Semplici Dipartimentali	
Psicologia Clinica	
Pneumologia	
Biobanca	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Anatomia Patologica 1	Digital Pathology
Anatomia Patologica 2	Emopatologia Molecolare
	Diagnostica e Ricerca Molecolare
	Tumori dei Tessuti Molli
Cardiologia	
Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	
Medicina di laboratorio	
Servizio Immunoematologia Trasfusionale (SIMT)	

## Dipartimento Oncologia Sperimentale

Strutture Semplici Dipartimentali	
Immunologia Traslazionale	
Stabulario	
Biologia Integrata Tumori Rari	
Ricerca Nutrizionale e Metabolomica	
Medicina Predittiva Basi Molecolari e Rischio Genetico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Farmacologia Molecolare	
Epigenomica e Biomarcatori dei Tumori Solidi	Epigenomica Molecolare
Immunologia Molecolare	Microambiente e Biomarcatori Tumori Solidi

## Dipartimento Epidemiologia e Data Science

Strutture Semplici Dipartimentali	
Epidemiologia Valutativa	
Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Data Science	Bioinformatica e Biostatistica
	Biostatistica per la Ricerca Clinica
Epidemiologia e Prevenzione	Registro Tumori
	Epidemiologia Ambientale

### 4.3 I livelli di responsabilità

Il sistema degli incarichi di posizione dirigenziale, realizzato in Fondazione nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è:

- volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti;
- funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

Il conferimento delle deleghe si basa su criteri che, coerentemente con l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale introdotto dalla legge regionale e con il modello organizzativo a matrice del POAS, identificano nei dirigenti dello staff della Direzione Strategica e delle linee la responsabilità nelle fasi di attuazione delle politiche gestionali dell'IRCCS, nell'ottica dell'integrazione e del graduale superamento di un modello gerarchico/funzionale.

La Direzione Strategica assume unitariamente la responsabilità di indirizzo generale e di controllo/supervisione e si avvale per la gestione dell'Istituto di uno staff che incorpora e fonde diverse competenze, riorganizzate in aree di bisogno gestionale, per favorire il "governo" delle attività per processo.

Tutti gli incarichi, sia di natura gestionale sia di natura professionale, nonché quelli di responsabile di incarico funzionale, saranno attribuiti, con provvedimento motivato, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, dal CCNL, dagli accordi decentrati e dalla regolamentazione aziendale.

Ai sensi del CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità, la disciplina riferita agli incarichi di coordinamento e di Posizioni Organizzative, che potrebbe essere modificata con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 2019-2021, è confluita in quella degli incarichi di funzione.

In particolar modo, l'art. 14 del CCNL ha istituito, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale,

demandando alle singole realtà il compito di definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel CCNL stesso;

La mappatura degli incarichi di funzione specifica, per ciascun incarico, la denominazione, la tipologia, la Direzione/Dipartimento di afferenza e l'afferenza gerarchica/struttura.

L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione come scaturente dal POAS.

Completano, infine, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti e delle strutture gli *incarichi professionali di alta specialità*, che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, e da *incarichi funzionali*, con rilevanza all'interno della struttura di assegnazione per la loro competenza specialistico-funzionale.

#### 4.4 Il Piano triennale dei fabbisogni del personale

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il **piano triennale dei fabbisogni di personale**, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, Regione Lombardia ha provveduto, con D.G.R. n. XI/5658 del 30/11/2021, ad individuare i criteri e le procedure per la redazione dei Piani triennali di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e, in particolare:

- sono stati approvati i criteri per la redazione dei piani triennali di fabbisogno per il triennio 2021–2023 di cui all'Allegato A della DGR stessa;
- è stato approvato il format del PTFP di cui all'Allegato B, della DGR stessa;
- è stato richiesto a questa Fondazione di trasmettere alla DG Welfare entro il 28/12/2021 il Piano Triennale dei Fabbisogni 2021-2023, adottato dalla medesima, per le opportune verifiche e la successiva approvazione.

Sulla base della disciplina nazionale e delle disposizioni regionali, la Fondazione, con Ordinanza Presidenziale 21 dicembre 2021, n. 1OP, ratificata dal Consiglio di Amministrazione con Deliberazione 27 gennaio 2022, n. 5F, ha adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2021 – 2023, successivamente trasmesso a Regione Lombardia attraverso il portale di governo regionale.

Il contenuto del Piano triennale dei fabbisogni di personale della Fondazione è di seguito sintetizzato: I contingenti dell'annualità 2021 (fabbisogno e dotazione organica) sono in linea - come richiesto da Regione Lombardia con la D.G.R. citata - con i dati inseriti per tale annualità nel PTFP 2020-2022 approvato con D.G.R. 3 maggio 2021, n. XI/4636 e adottato in via definitiva con Decreto del Presidente della Fondazione 12 maggio 2021, n. 44DP. Più precisamente, si registra una lieve riduzione del dato complessivo del fabbisogno misurato in FTE del personale dipendente nella sezione ordinaria (nuovo anno 2021: 1.483,5, rispetto a 1.506,9 nel precedente PTFP 2020 – 2022), mentre nell'anno 2022 i dati tornano ad essere compensati (FTE 1.506,9 per il personale dipendente), fermo restando che i contingenti definitivi dell'anno 2021, di cui al PTFP qui in esame, sono superiori di 10 FTE (personale dipendente, sezione ordinaria) a quelli definitivi dell'anno 2020, approvati nel precedente PTFP.

Le annualità 2022 e 2023 rappresentano, infine, una mera trasposizione di quanto programmato per l'anno 2022 nel precedente PTFP, in attesa di procedere al dovuto aggiornamento in sede di Piano 2022-2024, a seguito della sopra menzionata approvazione del progetto di Legge regionale n. 187.

Il PTFP è rappresentabile, per quanto attiene alla Dotazione organica 2022, con la seguente tabella:



DOTAZIONE ORGANICA 2022		R U O L O	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui ADI (DL 34art.1)	di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	di cui RICERCA
1	DIRIGENZA MEDICA	S	290	-	-	2	4
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	66	-	-	-	23
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	2	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	5	-	-	-	2
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	5	-	-	-	1
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>			<b>372</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>29</b>
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	464	6	-	6	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	183	-	-	-	1
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	S	3	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	18	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	2	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	131	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	163	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	270	-	-	-	6
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	308	-	-	-	308
<b>TOTALE COMPARTO</b>			<b>1.542</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>308</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			<b>1.914</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>337</b>

La Fondazione, in quanto Ente pubblico, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezioni pubbliche, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 487/1994 “Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi”
- DPR 483/1997 “Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”
- DPR 220/2001 “Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”;
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi ed avvisi pubblici, la Fondazione, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. “mobilità fra Enti pubblici” ex art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e c.d. “stabilizzazione” ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.).

#### 4.4.1 La formazione e lo sviluppo delle competenze

La Fondazione, dal 2005 (anno di istituzione dell'accreditamento regionale), è Provider di Regione Lombardia per l'Educazione Continua in Medicina- *Continuous Professional Development* (ECM-CPD) e Certificata UNI EN ISO 9011 per il settore EA 37 “Istruzione”. Tramite il Piano di Formazione Aziendale (PFA) definisce l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale. La formazione aziendale proposta con il PFA 2022, progettato coerentemente con la normativa vigente a livello regionale (Decreto DGW n. 18429 del 23/12/2021) e con le fasi metodologiche del processo formativo. Costituisce una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione o al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato. Il piano è comprensivo anche di eventi non ECM che risultano necessari al perseguimento della mission della Fondazione.

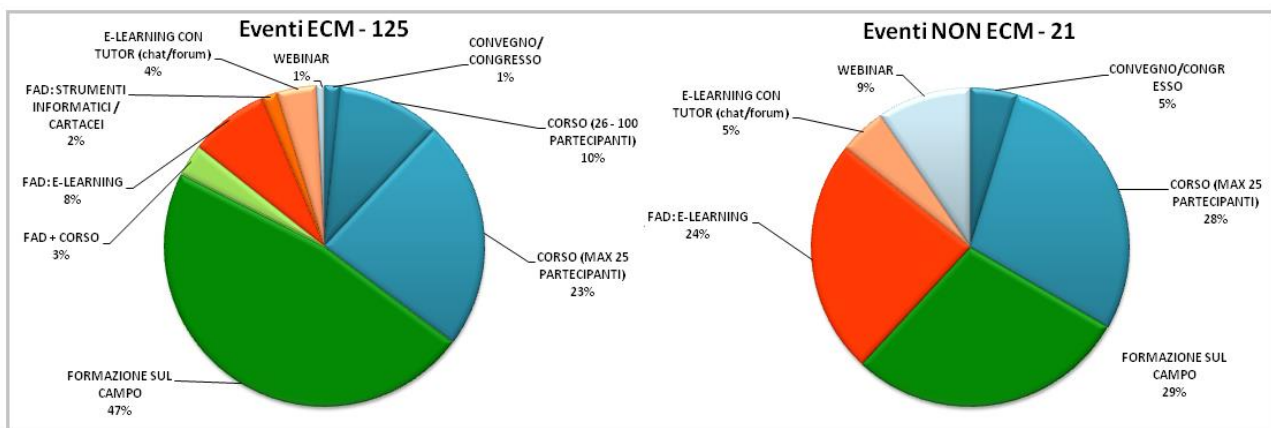
Gli obiettivi aziendali che, nel triennio 2022-2024, necessitano di supporto formativo sono:

- sostenere la cultura della legalità, qualità, sicurezza e gestione del rischio, sulla base dei riferimenti normativi per l'anticorruzione, la salute e sicurezza del lavoro, la qualità e sicurezza del paziente, la protezione dei dati personali e la cybersecurity, tramite metodi e strumenti validati a livello internazionale e nazionale;
- sviluppare capacità di progettazione e monitoraggio dei processi, dei setting produttivi e delle forniture, a supporto di un'organizzazione che valorizza la trasversalità, le relazioni tra le parti, i risultati e outcome di processo;
- assicurare, tramite la matrice progettuale e-Health e lo sviluppo delle competenze digitali del personale, la trasformazione digitale in riferimento a:
  - indirizzi del “Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2021-2023
  - componenti, riforme e investimenti della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2022-2026
- promuovere la capacità di relazione e di comunicazione interna ed esterna, con i colleghi e con gli utenti, favorendo un clima di fiducia nell'organizzazione;

- sostenere la qualità della ricerca scientifica diffondendo le conoscenze e abilità sul quadro regolatorio (Good Clinical Practice, Regolamento Europeo sulle sperimentazioni), sulla stesura di progetti scientifici e sulla gestione della comunicazione scientifica;
- assicurare il cambiamento previsto dall'evoluzione delle norme legislative nazionali e locali per i processi di natura amministrativa.

Sulla base di questi obiettivi, il bimestre finale di ogni annualità è dedicato all'analisi del fabbisogno formativo, in considerazione delle esigenze emergenti dal contesto, delle esigenze legislative, delle responsabilità e capacità professionali e manageriali previste dai profili, posizioni e incarichi del personale. Le opportunità che soddisfano i bisogni di formazione e che favoriscono la realizzazione degli obiettivi dell'Ente sono distinguibili in:

- Attività fruibili in sede, che nel PFA 2022 sono pari a 146 eventi, distribuiti nelle tipologie residenziale (Convegni, Corsi), on the job (formazione sul campo) e a distanza (FAD).



Tale attività formativa ha un potenziale totale di:

- 14.360 posti disponibili di cui 12.940 in eventi accreditati ECM
- 80.271 ore di formazione erogabili di cui 73.989 in eventi accreditati ECM
- 71.429 crediti ECM minimi erogabili.
- Attività fruibili all'esterno della Fondazione  
In questo contesto, INT aderisce a:
  - CERISMAS, Centro di ricerche e studi in management sanitario - Università Cattolica del Sacro Cuore, con la partecipazione a due Community di pratica (Formazione e controller) e alla formazione in ambito amministrativo e gestionale;
  - NETWORK JOINT COMMISSION, per la formazione in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti;
  - PROGRAMMA VALORE PA, promosso dall'INPS, con particolare riferimento alla formazione avanzata nella lingua inglese;
  - PROGETTO SYLLABUS, programma e-learning del Dipartimento della Funzione pubblica per l'assessment e la formazione digitale dei dipendenti pubblici nell'ambito del Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese".



Anche nel corso del 2022, il Piano è via via tradotto nei singoli programmi degli eventi, elaborati in co-progettazione tra gli esperti del processo e delle metodiche didattiche del settore formazione e i responsabili scientifici esperti della materia. I programmi formativi sono divulgati tramite:

- canali differenziati a seconda della platea interessata (Portale del dipendente, sito della Fondazione, mailing list dedicate).
- rete INTranet: <http://intranet/INTranet/intranet/DirStrategica/formazione/principale.asp?ctrl=elenco>

**FORMAZIONE AZIENDALE**

**EVENTI FORMATIVI PIANIFICATI**

- [Piano di Formazione Aziendale ed Elenco eventi formativi pianificati](#)

**MODULO EASYROOM – PRENOTAZIONE ONLINE AULE DIDATTICHE**

[Accedi a EasyRoom](#)

**ARCHIVIO EVENTI FORMATIVI**

- [Archivio eventi formativi](#)

Il PFA è monitorato trimestralmente con indicatori di efficienza (% di realizzazione degli eventi pianificati) e di efficacia (qualità percepita complessiva della formazione erogata). Le iniziative che si svolgono in sede vengono valutate in merito a:

- apprendimento, tramite la verifica dei contenuti e delle tematiche principali dell'evento
- qualità percepita dai partecipanti in merito alla progettazione, docenza, didattica, organizzazione, soddisfazione complessiva:
- ricaduta organizzativa, tramite indicatori di processo e risultati previsti dai progetti aziendali.

Le modalità valutative citate permettono di misurare l'efficacia della formazione aziendale: l'analisi dei dati raccolti permette di riesaminare le iniziative, perfezionare strumenti, metodi e contenuti, mantenere il PFA aderente alle necessità dell'azienda e del professionista.

Il personale destinatario delle attività formative 2022 è rappresentato da tutti i professionisti del ruolo sanitario, sia dirigenti che comparto e dal personale non compreso nelle categorie ECM, come specificato nella tabella di seguito riportata.

TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA ECM	TOTALE
Medico chirurgo	384
Sanitario (biologo, farmacista, fisico, psicologo....)	187
Specializzando medico / sanitario	161
Fisioterapista	16
Infermiere	468
Infermiere pediatrico	9
Tec. san. laboratorio biomedico	107
Tec. san. radiologia medica	67
Altri professionisti ecm del comparto	
<b>TOTALE</b>	<b>1.408</b>

TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA NON ECM	TOTALE
Altro professionista sanitario	79
OTA / OSS	161
Dirigente amministrativo	6
Personale amministrativo	308
Altro personale amministrativo	38
Dirigente professionale tecnico	9
Personale professionale tecnico	140
Altro personale professionale tecnico	25
<b>TOTALE</b>	<b>766</b>

## 4.5 Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo.

Nello specifico, le Azioni positive identificate al suo interno costituiscono misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Al fine di misurare lo stato di salute dell'organizzazione aziendale e il grado di soddisfazione e motivazione del personale, a seguito dell'emergenza sanitaria COVID 19, è stato riformulato in Fondazione un apposito Gruppo di Lavoro Clima organizzativo e argomenti correlati che si è prefissato di agire in merito alle seguenti tematiche:

- rivalutazione del documento stress lavoro correlato (SLC) mediante nuova indagine;
- elaborazione di specifica procedura per la gestione degli atti di violenza a danno del personale;
- promozione di un clima positivo finalizzato alla valorizzazione delle risorse e quindi al miglioramento della performance complessiva dell'azienda.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è fondamentale sensibilizzare tutti gli organi interessati promuovendo la collaborazione tra gruppi di lavoro Comitati e Organi istituzionali, già presenti in Fondazione. Di seguito se ne riportano alcuni.

L'organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.

L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa. Per il Comparto l'organismo è stato costituito con determinazione DG n. 425 del 18/10/2019 - Per la Dirigenza con determinazione DG n. 560 del 23/12/2020. Entrambi i provvedimenti sono in corso di aggiornamento per la composizione.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), ricostituito in Fondazione con determinazione n. 25RU del 22/2/2022 svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Inoltre l'adozione del "Gender Equality Plan" pubblicato sul sito internet nella sezione RICERCA al link <https://www.istitutotumori.mi.it/gender-equality-plan1> conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari. Tale documento che è oggetto di aggiornamento annuale con i dati relativi al personale della Fondazione suddiviso per genere, dovrà essere integrato con "azioni positive" proposte dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) e dalla DSC (parità di genere nella ricerca/medicina di genere), definendo obiettivi e monitorandone il raggiungimento attraverso adeguati indicatori.

Di seguito si descrivono alcune azioni che a livello più o meno "embrionale" sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2022- 2024.

**AZIONE 1 Attivazione comunicazione finalizzata alla divulgazione delle informazioni di base e di dettaglio relative al tema dello stress correlato al lavoro.**

Promozione e sensibilizzazione di tutto il personale della Fondazione alla partecipazione all'indagine SLC attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti per la Sicurezza, dei Preposti e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza al fine di ottenere una risposta il più possibile rappresentativa.

*Solo con una fotografia chiara in merito alla percezione che il personale ha rispetto al proprio lavoro, sarà possibile intraprendere una serie di azioni mirate volte a migliorare i fattori che a vario titolo possono incidere sulla soddisfazione del lavoratore ovvero: chiarezza dei compiti, riconoscimento dei meriti, senso di appartenenza, fiducia e coinvolgimento, pari opportunità, opportunità di crescita e possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati, capacità di creare un lavoro di squadra tra i dipendenti ecc...*

**AZIONE 2 Promozione della collaborazione tra Organi Istituzionali e non**

Promuovere l'interazione tra CUG, gruppi di lavoro, Organi Paritetici sindacali, RLS, e altro personale che può contribuire in tema:

- di pari opportunità;
- di benessere organizzativo;
- di discriminazioni a vario titolo;
- di mobbing;
- di molestie;
- di violenze e aggressioni;
- di contrasto alle discriminazioni.

**AZIONE 3 Attività di formazione/informazione**

Promozione dell'informazione al fine di sviluppare conoscenze specifiche sul ruolo e sull'attività del CUG e gruppi di lavoro, Organi Paritetici sindacali, RLS ecc..

Programmazione e/o sviluppo di eventi formativi rivolti al personale della Fondazione in merito alle seguenti tematiche: tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti, stress lavoro correlato, accoglienza del paziente straniero, clima organizzativo.

Miglioramento della comunicazione interna attraverso gli spazi dedicati sulla pagina INTranet aziendale, [http://intranet/INTranet/intranet/salute\\_dipendenti/default.asp](http://intranet/INTranet/intranet/salute_dipendenti/default.asp)

**AZIONE 4 Promozione del benessere organizzativo**

Promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione mediante:

- eventi formativi dedicati;
- organizzazione di un video di accoglienza e di presentazione per il nuovo personale in ingresso da parte della Direzione aziendale;
- implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, ecc..);
- incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell'ambito lavorativo, laddove necessario;
- campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute.

**AZIONE 5 Conciliazione vita lavorativa e vita familiare**

Individuazione di soluzioni che conciliano l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare.

- Promozione del lavoro agile
- Installazione locker amazon (soluzione già realizzata)

- Collaborazione con il Circolo Ricreativo Aziendale per attivazione iniziative sia interne che esterne alla Fondazione (convenzioni, corsi per promuovere l'attività fisica ecc..)

## 4.6 L'organizzazione del lavoro agile

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

L'attuale quadro normativo interviene sulla materia, prevedendo per le pubbliche amministrazioni apposite misure che, anche al fine di verificare gli effetti delle politiche pubbliche, richiedono un apposito monitoraggio.

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

### Contesto attuale

Presso la Fondazione si è ricorso in maniera massiva al lavoro agile, per quelle attività perlopiù tecnico – amministrative che possono essere svolte in maniera proficua, anche non in presenza, in occasione dell'evento pandemico da SARS-COV19, in coerenza con le disposizioni regionali e statali collegate al rafforzamento delle misure per il contenimento della malattia infettiva diffusiva COVID -19, emanate tra il 21 ed il 25 febbraio 2020, ed in particolare l'art. 2 del DPCM 25 febbraio 2020 rubricato "Lavoro Agile" che ha previsto l'applicabilità *della modalità di lavoro agile disciplinata dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81, in via provvisoria, anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti.*

Con Circolare 4/3/2020, in merito alla regolamentazione per l'attivazione temporanea ed eccezionale del lavoro agile in occasione dell'emergenza, si è quindi provveduto ad attivare - su base volontaria e subordinatamente al parere favorevole del Direttore della struttura di afferenza – lo *smart working* come modalità di lavoro agile, compatibilmente con le esigenze di servizio, privilegiando in prima battuta:

- I dipendenti portatori di patologie che li rendono maggiormente esposti al contagio;
- i dipendenti su cui grava la cura dei figli minori a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi dell'asilo nido, della scuola dell'infanzia e primaria;
- i dipendenti che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa.

Successivamente, coerentemente con le disposizioni di urgenza via via emanate, è stato autorizzato il lavoro agile in tutti i casi in cui ne è stata verificata la possibilità in relazione alle attività da svolgere e all'organizzazione dei servizi.

Quanto precede nelle more della definizione dell'atto aziendale in materia.

La suddetta Circolare, unitamente agli allegati (fac simile domanda, informativa sulla salute e sicurezza, di cui all'art. 22, co. 1, L. 22 maggio 2017, n. 81) è stata inviata via mail a tutto il personale.

Dette modalità di svolgimento delle prestazioni lavorative non hanno comportato difficoltà nello svolgimento dell'attività ordinaria e, in particolare, di tutte le attività connesse alle specifiche esigenze dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Ove non sia stato possibile organizzare i servizi con modalità di lavoro agile, sono state adottate misure di rotazione del personale nei servizi ove ciò è fattibile, fruizione di congedi, ferie pregresse e recupero ore.

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

Successivamente, in considerazione dell'acuirsi dei contagi, e vista la proroga dello stato di emergenza al 31 marzo 2022, si è ritenuto opportuno adottare alcune misure organizzative eccezionali e temporanee per garantire il proseguimento delle attività istituzionali della Fondazione.

La Circolare 5/01/2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione ha, tra l'altro, riproposto la necessità di utilizzare ogni strumento utile a diminuire le possibilità del diffondersi del virus, utilizzando ove possibile in forma di massima flessibilità il lavoro agile, precisando che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nella normativa e nelle linee guida sullo smart working può essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile.

Pertanto, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile nei regolamenti aziendali, e comunque fino al termine dello stato di emergenza sopra indicato, è stata ripristinata la modalità di lavoro agile, come segue.

La presenza del personale nei luoghi di lavoro è stata richiesta per tutte le attività non eseguibili in smart working, mentre per le sole prestazioni per cui si può ricorrere a tale modalità di lavoro agile sono stati invitati i Direttori/Responsabili a mantenere in presenza un contingente minimo, prevedendo la rotazione di detto personale, e in modo tale da garantire settimanalmente almeno 3 giorni di rientro in presenza.

A titolo esemplificativo e non esaustivo non sono state considerate attività eseguibili in smart working, oltre alle attività clinico-sanitarie e di ricerca, le attività di front office, le attività che prevedono uscite in reperibilità e quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili (es. laboratori).

È stata confermata la responsabilità dei dirigenti in merito alla vigilanza sull'attività svolta in smart working dai propri collaboratori, con rendicontazione puntuale delle attività svolte per tutta la durata del periodo in smart working.

Nel predisporre il piano di rotazione, i Direttori/Responsabili hanno infine assicurato il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi.

Si è tenuto conto altresì dei tempi e mezzi di percorrenza casa-lavoro, assicurando principalmente le richieste di (senza alcun ordine di priorità):

- dipendenti in quarantena in quanto contatti stretti di positivo per la durata della quarantena;
- dipendenti genitori di figli minori fino a 14 anni compiuti, in caso di chiusura della scuola/classe per motivi legati alla pandemia;
- dipendenti in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita. Tra i lavoratori fragili sono ricompresi anche i lavoratori in

possesto del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992).

Al termine del periodo di efficacia della predetta direttiva (31/03/2022), è stato comunicato a tutto il personale della Fondazione che, essendo terminato lo stato di emergenza ed in assenza di proroghe disposte dal recente D.L. n. 24/2022, dal 01/04/2022 è stato ristabilito il lavoro in presenza, nelle more della regolamentazione del lavoro agile, anche alla luce delle disposizioni che saranno dettate dai rinnovi dei CCNL di categoria.

### Impegni operativi

Con la sottoscrizione dell'ipotesi di CCNL Comparto del 15/06/2022, viene ribadito che il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro. Vengono quindi disciplinate le modalità di accesso al lavoro agile, i contenuti dell'accordo individuale, l'articolazione della prestazione in modalità agile, il diritto alla disconnessione e la formazione, nonché altre forme di lavoro da remoto, ad es. il telelavoro domiciliare, già oggetto di specifica progettualità presso la Fondazione.

Pertanto, per l'anno 2022, si intende predisporre il POLA della Fondazione, in coerenza con le disposizioni del CCNL e previo confronto sindacale sui criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi. Si intende altresì introdurre questa modalità di lavoro in maniera graduale, definendo gli indicatori di performance ed effettuando periodicamente un monitoraggio sulla base di appositi questionari compilati dallo smart worker e dai Dirigenti responsabili per verificare l'andamento dell'attività in "smart working" e proporre eventuali azioni correttive.

Il POLA dovrà definire:

1. Finalità e Obiettivi dell'adozione dello Smart Working
2. Campo di Applicazione: quali lavoratori e quali mansioni
3. Modalità di accesso allo Smart Working
4. Strumenti di Lavoro
5. Ambiente di Lavoro e Sicurezza
6. Indicazione Temporale della prestazione in Smart Working
7. Canali di comunicazione
8. Sicurezza informatica e riservatezza
9. Durata Revoca e Recesso dell'accordo individuale
10. Diritti e Doveri del Lavoratore (compreso il diritto alla Disconnessione)
11. Verifica e Valutazione dell'attività svolta

Per gli anni 2023 e 2024 si intende dare corso all'aggiornamento del POLA, alla raccolta dei dati di performance e degli esiti dei monitoraggi sull'andamento.

## 5. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti sono svolte dai competenti uffici dell'INT, ed in particolare:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Direzione Strategica
2. Performance – SS Controllo di Gestione
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
4. Lavoro Agile – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
6. Piano delle Azioni Positive – SC Qualità e Risk Management.