

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

ASST Ovest Milanese

PLAO 2023-2025





Indice

1.	Scheda Anagrafica dell'Azienda.....	5
2.	Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	8
2.1	Valore Pubblico	8
2.1.1	Mission	8
2.1.2	Offerta sanitaria	10
2.1.3	Offerta Territoriale.....	12
2.2	Performance	13
2.2.1	Definizione degli obiettivi	14
2.2.2	Monitoraggio per lo stato di attuazione degli obiettivi da aggiornare.....	24
2.2.3	Misurazione e valutazione	25
2.3	Rischi corruttivi e Trasparenza	26
2.3.1	Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.....	27
2.3.2	Processo di gestione del rischio	29
2.3.3	Analisi del contesto	29
2.3.4	Valutazione di impatto del contesto esterno	30
2.3.5	La valutazione di impatto del contesto interno	31
2.3.6	Processi e valutazione del rischio	31
2.3.7	Misure di prevenzione.....	33
2.3.8	Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	45
2.3.9	L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013	46
2.3.10	Coordinamento con sezione performance	52
3.	Organizzazione e capitale umano	54
3.1	Struttura Organizzativa.....	54
3.2	Organizzazione del lavoro agile.....	56
3.3	Piano Triennale dei fabbisogni del personale	58
3.4	Piano formativo Aziendale	59
3.5	Piano di Azioni positive.....	65
3.6	Dotazioni strumentali e informatiche	67
4.	Monitoraggio	68



Premessa

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

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

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



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

Nello specifico confluiscono nelle apposite sezioni del PIAO gli adempimenti relativi al Piano della Performance, Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Piano dei Fabbisogni di Personale, Piano delle azioni concrete, Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Piano di Azioni Positive, Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali.

In applicazione del comma 6 del art. 6 del D. L. n. 80/ 2021 è stato poi emanato il DM n. 132 del 30 giugno 2022, che disciplina nel dettaglio il contenuto e la struttura del PIAO, individuando le sezioni da cui deve essere composto, come di seguito riportate:

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

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

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



1. Scheda Anagrafica dell'Azienda

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

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese (ASST) - con sede legale in Legnano, Via Giovanni Paolo II - 20025 Legnano - è stata costituita a partire dal 01.01.2016, con D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015, in attuazione della LR n. 23 del 11/08/2015.

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

Le ASST si articolano in due settori Aziendali rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero che afferiscono direttamente alla Direzione Generale. L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

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

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

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

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

In linea con quanto previsto dal DM 70/15, i 4 stabilimenti assumono una loro mission specifica e funzionale all'unitarietà della mission Aziendale e alla corretta soddisfazione della domanda di salute. Tutti gli stabilimenti assicurano una piena integrazione con la rete territoriale per garantire, anche con metodiche di telemedicina, una corretta presa in carico dei pazienti cronici e una maggiore



appropriatezza gestionale. Allo stesso tempo assicurano una piena integrazione con la rete dell'emergenza/urgenza territoriale.

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

Il settore polo territoriale, articolato in distretti e in dipartimenti, eroga le prestazioni distrettuali di cui al D. Lgs. 502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. Il polo territoriale pertanto dispone di un'offerta propria, complementare all'ospedale per prestazioni di bassa complessità assistenziale.

Nei poliambulatori territoriali, presenti a Parabiago e a Legnano (rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera), sono organizzate solo attività ambulatoriali che, per loro caratteristica, non necessitano di un elevato impegno assistenziale ma hanno elevato valore di servizio pubblico al cittadino. Le attività quantitativamente più rilevanti tra quelle svolte sono quelle di punti prelievo, odontoiatria, oftalmologia, oltre a diverse specializzazioni di area sia medica che chirurgica.

Nell'ambito della Salute Mentale, l'Azienda è dotata di strutture territoriali, semiresidenziali e residenziali che ospitano le numerose e capillari attività di assistenza, supporto e recupero alla quale è dedicata una forte attenzione, essendo dotata di due degenze di psichiatria negli ospedali di Legnano e Magenta, e di una fitta rete residenziale, diurna ed ambulatoriale, che consente un soddisfacente legame dei servizi con il territorio.

Al polo territoriale afferiscono gli Ospedali di Comunità (OdC), le Case di Comunità (CdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal PNRR.

Così come indicato dalla R.L 22/2021, nonché dai decreti legislativi nn. 502/92 e 229/99, con provvedimento del Direttore Generale n.123 del 29/03/2022 la ASST Ovest Milanese ha istituito 4 distretti come di seguito riportato:

Distretto	Popolazione	Territorio di competenza
Distretto Abbiatense	82.343	CRT 801.1: Abbiategrasso; Besate; Morimondo; Motta Visconti; Ozzero CRT 801.2: Albairate; Bubbiano; Calvignasco; Cassinetta di Lugagnano; Cisliano; Gaggiano; Gudo Visconti; Rosate; Vermezzo con Zelo
Distretto Castanese	68.731	CRT 805.1: Castano primo; Magnago; Nosate; Robecchetto con Induno; Turbigo; Vanzaghello CRT 805.2: Arconate; Bernate Ticino; Buscate; Cuggiono; Inveruno
Distretto Legnanese	186.866	CRT 818.1: Legnano; Rescaldina CRT 818.2: Busto Garolfo; Canegrate; Dairago; San Giorgio su Legnano; Villa Cortese CRT 818.3: Cerro Maggiore; Nerviano; Parabiago; San Vittore Olona



Distretto Magentino	128.904	CRT 819.1: Boffalora sopra Ticino; Corbetta; Magenta; Marcallo con Casone; Mesero; Robecco sul Naviglio CRT 819.2: Arluno; Bareggio; Casorezzo; Ossona; Santo Stefano Ticino; Sedriano; Vittuone
----------------------------	---------	---

I Distretti costituiscono le articolazioni organizzativo-gestionali del polo territoriale Aziendale, in afferenza alla Direzione Sociosanitaria e svolgono un ruolo strategico per garantire il coordinamento per l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale, ivi inclusa l'assistenza domiciliare.

Il Distretto inoltre monitora la qualità dei servizi, verifica le criticità emergenti e si relaziona con il volontariato per le attività in co-progettazione, nella prospettiva di sviluppo delle Case della Comunità.

Presso la ASST Ovest Milanese è prevista l'attivazione di n. 10 Case della Comunità, n. 3 Ospedali di Comunità e n. 5 COT.

Ad oggi, sulla base del cronoprogramma regionale, la ASST ha attivato le seguenti Case di Comunità:

- ✓ CdC "ponte" di Busto Garolfo, attiva dal 26/07/2022
- ✓ CdC di Cuggiono, attiva dal 10/10/2022
- ✓ CdC "ponte" di Magenta, attiva dal 28/11/2022
- ✓ CdC di Legnano, attiva del 29/12/2022

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale all'interno delle Case di Comunità prevede anche l'utilizzo di servizi digitalizzati utilizzando strumenti come la telemedicina e il telemonitoraggio, utili sia per l'assistenza al domicilio che per l'integrazione delle reti assistenziali.

Sono state istituite, altresì, con deliberazione del Direttore Generale n. 391 del 27/09/2022, n. 5 Centrali Territoriali (COT) della ASST Ovest Milanese, le quali si configurano come un modello organizzativo innovativo che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e garantisce un raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e si relaziona con la rete dell'emergenza-urgenza.

Distretto	Sede COT
✓ Castanese	Cuggiono – Via Badi, 4
✓ Legnanese	Legnano Vecchio Ospedale di Legnano – Via Candiani 2
✓ Legnanese	Parabiago – Via XI Febbraio 31
✓ Magentino	Magenta – Via Al Donatore di Sangue 50
✓ Abbiatense	Abbiategrasso – P.zza Emanuele Samek Lodovici 5

Rispetto alla realizzazione degli Ospedali di Comunità si è convenuto con ATS, in considerazione delle tempistiche di realizzazione delle sedi definitive, di attuare una soluzione ponte transitoria, con istituzione presso lo stabilimento ospedaliero di Abbiategrasso n. 8 posti letto come soluzione ponte dell'Ospedale di Comunità di Legnano (Via Candiani, n. 2) e n. 8 posti letto come soluzione ponte dell'Ospedale di Comunità di Abbiategrasso (Piazza Emanuele Samek Lodovici, n. 5).

Alla data del 31 dicembre 2022, l'Azienda conta n. 4.156 dipendenti. Si rinvia per un maggior dettaglio alla sezione "Organizzazione e capitale umano".



Il logo dell'ASST Ovest Milanese rispecchia l'immagine coordinata definita da Regione Lombardia per gli Enti del Sistema Socio Sanitario Regionale:



2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore Pubblico

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

La mission istituzionale della ASST Ovest Milanese si fonda sulla realizzazione del Valore Pubblico, inteso come miglioramento del livello di benessere economico, sociale, ambientale dei destinatari dei servizi offerti dall' Azienda.

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

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

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

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

2.1.1 Mission

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio-



sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

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

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

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

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

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

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

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

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



2.1.2 Offerta sanitaria

Attività Clinica

Ricoveri totali: **32.812**

Ricoveri ordinari: **27.019**

Day Hospital: **5.229**

Ricoveri sub acuti: **564**

Giornate di degenza: **242.830**

Peso medio DRG Medico:
0,895

Peso medio DRG Chirurgico:
1,682



Prestazioni Ambulatoriali: **4.009.551**

Prestazioni BIC (Bassa Intensità
Chirurgica): **6.324**

Prestazioni MAC (Macroattività
Ambulatoriale Complessa): **25.652**



Accessi totali: **145.918**

Accessi non seguiti da ricovero:
121.132

Prestazioni da PS: **936.393**

Codici rossi: **3.024**

Codici arancioni: **20.480**

Codici verdi: **102.046**

Codici azzurri: **4.413**

Codici bianchi: **15.955**

Dati anno 2022 (fonte flusso SDO, 28SAN)

L'attività di ricovero del triennio 2020/2022, a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, non può essere argomento di confronto sia in termini di casistica che di valorizzazione della produzione, con l'andamento degli anni precedenti. L'evoluzione del quadro epidemiologico ha visto nel corso del triennio 2020/2022 la messa in campo di una serie di azioni che hanno determinato la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete di assistenza territoriale.

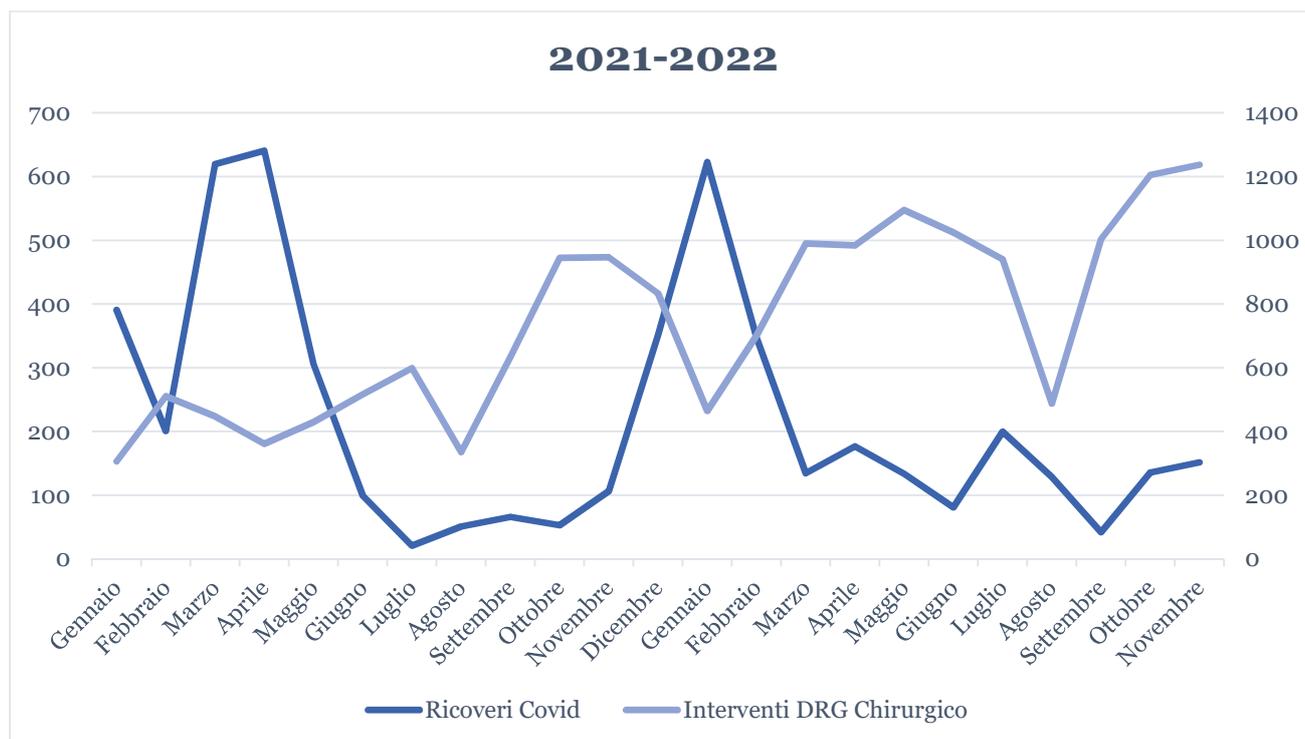
La pandemia da SARS-COV2 ha richiesto, a partire dal marzo 2020, e continua a richiedere risposte coordinate e integrate all'interno del Sistema Sanitario Regionale per fronteggiare le varie ondate di recrudescenza legate all'emergenza Covid. Regione Lombardia ha individuato, per la nostra ASST, l'ospedale di Legnano come HUB di riferimento sia per la gestione di pazienti Covid dell'area medica e di area critica, che per le patologie tempo dipendenti (Cardiovascolare e Stroke).

Con riferimento all'anno 2022 due sono stati i periodi di recrudescenza, dicembre 2021-marzo 2022 e il periodo giugno- settembre 2022, che hanno determinato la riconversione dei posti letto per i



pazienti Covid negli Ospedali di Legnano, di Magenta e del reparto subacuti Covid nell'Ospedale di Abbiategrasso.

Di seguito si rappresentano i dati relativi all'andamento dei ricoveri Covid 2021/2022 e degli interventi chirurgici elettivi:



Dati (fonte flusso SDO agg. novembre 2022)

A partire dalla seconda metà del 2022 sono state implementate diverse azioni al fine di assicurare la ripresa delle attività correlate alle prestazioni di ricovero e cura, in modo significativo per l'elezione e il recupero delle liste di attesa.

In riferimento al recupero delle liste d'attesa le azioni si sono focalizzate sul rispetto dei tempi di attesa delle patologie oncologiche con priorità in classe A, a tal fine l'ASST Ovest Milanese ha programmato un incremento dell'attività chirurgica elettiva nel periodo aprile - dicembre 2022.

Altrettanto per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, si è dato avvio alla ripresa graduale delle attività di specialistica ambulatoriale, tenendo in considerazione le regole necessarie per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività sanitarie.

La ASST Ovest Milanese, ha adottato specifico piano volto all'incremento dell'attività di specialistica ambulatoriale, secondo le indicazioni regionali.



2.1.3 Offerta Territoriale

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

La rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone e che erano erogate dalla ex ASL Milano 1, ad eccezione di quelle ad oggi espressamente attribuite alla ATS (Agenzia di Tutela della Salute).

La rete socio sanitaria dell'ASST Ovest Milanese eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti strutture dislocate all'interno del proprio territorio:

- ✓ n. 8 Consultori Familiari
- ✓ n. 2 Ser.T
- ✓ n. 2 NOA
- ✓ n. 7 Centri Diurni Disabili

Nell'ambito della salute mentale, sono presenti, altresì, ulteriori punti di riferimento territoriali correlati alle SS.CC. Psichiatria Legnano e Magenta. Inoltre, l'Azienda eroga le Cure Palliative presso l'Hospice di Magenta e l'Hospice presso lo stabilimento ospedaliero di Cuggiono.

Di seguito si forniscono alcuni dati di attività:

Consultori	
2022	Quantità
Prestazioni sanitarie	7.508
Prestazioni Sociosanitarie	11.920
Totale	19.428

SerT - NOA	
2022	Numero Prestazioni
Tossicodipendenti	11.211
Alcoldipendenti	7.823
Utenti da Prefettura	53
Utenti da Commissione Patenti	475
Pazienti HIV positivi	485
Familiari o educatori	513
Soggetti a rischio: a scuola, in ambiente lavorativo, in ambiente esterno	365
Giocatori d'azzardo patologici	1.158
Altro	2.269
Totale	24.352



CDD		
2022	Valore	Giornate Erogate
C.D.D. Rescaldina	182.220	3.316
C.D.D. Busto Garolfo	349.323	6.162
C.D.D. Castano Primo	344.965	6.143
C.D.D. Magnago	156.477	2.767
C.D.D. Magenta	164.012	3.124
C.D.D. Vittuone	118.225	2.274
C.D.D. Pontevecchio	154.335	3.111
Totale	1.469.558	26.897

2.2 Performance

L'ASST Ovest Milanese adotta un sistema di gestione della performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi Aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione, definito dalla procedura Aziendale PUP03 ad oggetto "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance".

Il documento descrive processo, metodi, strumenti e soggetti coinvolti nel miglioramento continuo dell'organizzazione mediante la gestione della performance, al quale partecipa la Direzione Aziendale, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, la struttura complessa Controllo di Gestione e i Centri di Responsabilità.

Il ciclo di gestione della performance attivato dall'Azienda in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, prevede lo sviluppo del processo di valutazione sui tre livelli (Aziendale, organizzativo e individuale), secondo le fasi:

1. definizione degli obiettivi

- a) obiettivi di interesse regionali in ordine alla gestione del servizio sociosanitario;
- b) obiettivi Aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance Aziendale;
- c) obiettivi di budget assegnati ai Centri di Responsabilità (CdR) su cui è misurata la performance organizzativa;

2. monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi;

3. misurazione e valutazione, nel dettaglio:

- a) della performance Aziendale da parte della Regione;
- b) della performance organizzativa - Area dirigenza da parte del Nucleo di Valutazione;
- c) della performance organizzativa - Area comparto da parte del Nucleo di Valutazione;
- d) della performance individuale - Area dirigenza da parte dei valutatori;
- e) della performance individuale - Area comparto da parte dei valutatori.



2.2.1 Definizione degli obiettivi

L'avvio del sistema di pianificazione prevede la definizione, a partire dagli obiettivi strategici, di obiettivi assegnati ai diversi livelli dell'organizzazione (performance organizzativa), sino alla valutazione del contributo individuale (performance individuale), tramite un meccanismo "a cascata" puntualmente descritto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Tutti gli obiettivi di performance organizzativa sono oggetto di monitoraggio periodico. Vi è inoltre un momento formale di monitoraggio che prevede l'invio di un report di monitoraggio al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che evidenzia stato di avanzamento, eventuali criticità rilevate e azioni correttive da intraprendere per garantire il buon esito degli obiettivi programmati. In tale occasione viene anche formalizzata l'eventuale revisione degli obiettivi, accolta in caso di cambio di priorità e per l'insorgere di fenomeni esterni non prevedibili.

In Azienda, il processo di definizione degli obiettivi prende vita dalle direttive esposte dalla Direzione Strategica principalmente sulla base di quanto viene ad essa assegnato in termini di obiettivi da parte della Regione, dallo Stato ed in base al contenuto del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico vigente.

Infatti, il contesto di sistema entro cui l'Azienda è chiamata ad operare nell'anno 2023 è determinato da quanto contenuto nella DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", in cui vengono definite le aree di priorità e gli obiettivi da perseguire.

In via prioritaria, nel 2023, l'Azienda si impegnerà a mettere in campo tutte le azioni necessarie ad implementare le misure di potenziamento della rete territoriale attraverso il rispetto del cronoprogramma per la realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, peraltro già avviate nel 2022, in attuazione della LR 14 dicembre 2021, n. 22 che ha previsto importanti interventi di miglioramento e rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario lombardo.

In merito all'assistenza territoriale, il modello organizzativo proposto con la DGR n. XI/6760/2022, di recepimento del DM n. 77 del 23 maggio 2022, prevede che la componente ospedaliera partecipi attivamente all'assistenza territoriale, svolta presso la Casa di Comunità e l'Ospedale di Comunità. Tale modello permette di integrare le strutture territoriali con quelle ospedaliere e di garantire un livello clinico-assistenziale nonché una continuità per il paziente. Quanto indicato nella DGR n. XI/6760/2022 deve essere implementato anche nel corso del 2023 e la sua applicazione sarà verificata così come disposto con DGR n. XI/7472/2022.

Il modello previsto dal DM n. 77 del 23 maggio 2022, inoltre, persegue l'obiettivo del rafforzamento e della valorizzazione dei servizi territoriali attraverso l'implementazione di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete ospedale/territorio.

Inoltre, in continuità con l'esercizio precedente, l'Azienda proseguirà nell'implementazione delle azioni finalizzate al miglioramento della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità dei ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dando seguito, per queste ultime, alle indicazioni contenute nella DGR



XI/7475 del 30/11/2022 avente oggetto “Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”.

Ancora, in via prioritaria, verrà garantita l’attuazione della DGR n. XI/6893 del 5/09/2022 sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti in area medica per contrastare il fenomeno del *boarding*.

Al fine di garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi regionali, la Direzione Generale della ASST Ovest Milanese, in ottemperanza alla normativa nazionale, al Piano Regionale di Sviluppo (PRS), al Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), alle regole di sistema e nel rispetto del proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici Aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato) e, attraverso il processo di budget (livello operativo), li declina in piani e obiettivi operativi.

Nelle more della deliberazione regionale di individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali per l’anno 2023, di seguito si riporta la scheda matrice obiettivi, predisposta tenuto conto degli indirizzi di programmazione definiti da Regione Lombardi per l’anno corrente con DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 alla quale si rinvia per gli elementi di dettaglio.



Scheda Matrice obiettivi – DGR n. XI/7758 del 28/12/2022

Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
Allegato 1 e 2 Inquadramento economico e indicazioni specifiche per gli Enti Sanitari del Sistema Socio-Sanitario Regionale	Area bilanci	Mantenimento dell'equilibrio di bilancio	Redazione e approvazione del Bilancio preventivo 2023 secondo le tempistiche definite da RL
	Certificazioni trimestrali	Certificazioni trimestrali	Rispetto puntuale dei tempi di invio dei flussi
	Intercompany	Riconciliazione e quadratura delle partite Intercompany	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti
	Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Monitoraggio dell'effettivo livello di implementazione delle procedure Aziendali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica delle necessità di aggiornamento delle procedure adottate dalle aziende in sede PAC 2. Verifica dell'esistenza di ulteriori controlli implementati in Azienda, ma non tracciati nelle procedure amministrativo-contabili 3. Proseguimento dell'attività di formazione
	Pagamenti verso fornitori	Rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC	Rilevazione trimestrale ed annuale dei tempi di pagamento e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente
	Controllo di Gestione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Co.AN 2. Modello LA e Modello Conto di Presidio (CP) 	Rispetto puntuale dei tempi di invio dei flussi
Allegato 3 Azioni per il contenimento delle liste di attesa	Liste di attesa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contenimento dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici 2. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto dei target definiti da RL 2. Rispetto dei target definiti da RL con DGR n. 7475/2022 <ul style="list-style-type: none"> • Aumento delle disponibilità di slot per l'erogazione della singola prestazione, al fine di garantire un volume pari all'erogato del 2019 incrementato del 10% • Aumento delle agende prenotabili • Recupero appuntamenti con classe D oltre soglia programmati dal 01/01/2023 al 30/06/2023



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
Allegato 4 Polo Ospedaliero	1. Reti clinico-assistenziali	Rafforzamento delle reti attivate in particolare: 1. Rete Cure Palliative 2. Rete Trasfusionale 3. Rete regionale delle neuroscienze 4. Emergenza Urgenza	1. Utilizzo sub-allegato E ex DGR 1046/2018, integrazione CP nei diversi setting assistenziali e formazione agli operatori 2. Azioni mirate al rafforzamento dell'appropriatezza trasfusionale 3. Implementazione della DGR n. XI/7473/2022 4. Implementazione della funzione Bed Management nel rispetto delle indicazioni regionali
	2. Attività di controllo prestazioni	1. Autocontrollo sulle prestazioni di ricovero 2. Autocontrollo di specialistica ambulatoriale	1. Volume dei controlli pari al 12,5%. Invio esiti in ATS entro il 30/06 2. Volume dei controlli pari ad almeno il 3,5% delle pratiche Predisposizione del Piano di Controllo Aziendale ed invio in ATS entro il 15/02
	3. Sistema Regionale Trapianti	Attuazione del programma regionale per il biennio 2022/2023 definito dalla DGR n. XI/6329 del 02/05/2022	Rispetto dei target definiti da RL: Organi 1. Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in terapia intensiva >40% 2. Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in tutti i reparti della ASST/IRCCS (compresa terapia intensiva) >15% Multi tessuto 1. Rapporto tra n. donazioni multi-tessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2% Cornee 1. Rapporto tra n. donatori cornee/n. totale decessi >10%



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
	4. Rete Ostetrico-Ginecologica e neonatale	Efficientamento della rete attraverso l'implementazione di azioni caratterizzate da forti strategie di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale che coinvolgono diversi ambiti organizzativi, - Polo Ospedaliero, Polo Territoriale, Prevenzione	Efficientamento della rete attraverso l'implementazione di azioni caratterizzate da forti strategie di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale che coinvolgono diversi ambiti organizzativi, - Polo Ospedaliero, Polo Territoriale, Prevenzione
	5. Risk Management	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sicurezza in area travaglio parto-sorveglianza 2. Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito territoriale 3. Prevenzione delle infezioni/sepsi 4. Monitoraggio GEDISS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione dei triggers all'interno dei CEDAP e programmazione di Audit 2. Attivazione di percorsi di gestione del rischio in linea con l'istituzione dei Distretti (CdC e OdC), il trasferimento dipartimento Cure primarie e Telemedicina 3. Attivazione di Audit su eventuali casi di sepsi campionati 4. Analisi degli indicatori relativi alla sinistrosità
Allegato 5 Negoziazione sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attività di ricovero e cura 2. Prestazioni ambulatoriali 3. Prestazioni cure Sub-Acute 4. Nuove reti sanitarie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sottoscrizione contratti prestazioni sanitarie 2. Monitoraggio Programmi di screening 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sottoscrizione contratto entro il 31/05/2023 e eventuale rimodulazione entro il 31/10/2023 2. Rispetto dei target indicati dall'allegato screening oncologici allo schema di contratto <p>Rispetto degli adempimenti contrattuali entro le scadenze previste da ATS</p>
Allegato 6 Sistemi Informativi, PNR e Sanità Digitale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cartella Clinica Elettronica 2. Laboratorio Analisi 	<p>Implementazione del nuovo sistema di cartella clinica elettronica</p> <p>Progettazione e implementazione di un nuovo sistema per la gestione centralizzata dei servizi di Laboratorio Analisi</p>	<p>Implementazione del nuovo sistema di cartella clinica elettronica</p> <p>Progettazione e implementazione di un nuovo sistema per la gestione centralizzata dei servizi di Laboratorio Analisi</p>



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
	3. Digital Pathology	Progettazione e introduzione di sistemi di Digital Pathology	Progettazione e introduzione di sistemi di Digital Pathology
	4. Automazione della logista del farmaco	Progettazione e introduzione di nuovi sistemi per l'Automazione della logistica del farmaco	Progettazione e introduzione di nuovi sistemi per l'Automazione della logistica del farmaco
	5. PNRR	Implementazione delle attività progettuali relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali	Implementazione delle attività progettuali relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali
	6. Fascicolo Elettronico Sanitario	Potenziamento del FSE	Potenziamento del FSE
Allegato 7 Acquisti e Innovazione Tecnologica	1. Acquisti	Adesione al sistema di acquisti centralizzati e aggregati	Adesione al sistema di acquisti centralizzati e aggregati
	2. Monitoraggio Beni e Servizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Flusso consumi dispositivi medici 2. Flusso Contratti 3. Servizi non sanitari 4. Flusso grandi apparecchiature 5. Proroghe contratti 	Invio dei flussi entro le tempistiche indicate da RL
Allegato 8 Farmaceutica	1. Assistenza farmaceutica territoriale	Integrazione/collaborazione tra ATS e ASST	Programmazione di momenti formativi/informativi tra medici ospedalieri e MMG e PLS
	2. Piani Terapeutici	Utilizzo piattaforma informatica PT OnLine	100% PT informatizzati
	3. Assistenza farmaceutica ospedaliera	Erogazione File F	Invio dei flussi entro le tempistiche indicate da RL
	4. Assistenza protesica e integrativa	Monitoraggio e recupero dei beni sia riutilizzabili che installati presso il domicilio	Definizione di una Istruzione Operativa Aziendale



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
Allegato 9 Investimenti	Programmi di investimento	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento e PNRR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali 2. Rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC
Allegato 10 Osservatorio epidemiologico	1. PNE e Network delle Regioni	Indicatori PNE e Network delle Regioni	Reportistica trimestrale degli indicatori selezionati attraverso l'analisi dei dati restituiti sul Portale di Governo Regionale
	2. Scheda di dimissione ospedaliera Riabilitativa (SDO R)	Rispetto dei criteri per l'accesso appropriato ai ricoveri ospedalieri di riabilitazione previsti dal DM 5 agosto 2021	Adeguamento del flusso SDO secondo le tempistiche definite da RL
	3. Governo LEA	Monitoraggio periodico degli indicatori "core"	Monitoraggio periodico degli indicatori "core"
Allegato 11 Personale	1. Flussi informativi	Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi	Corretta compilazione dei flussi e Invio entro le tempistiche indicate da RL
	2. PIAO	Predisposizione del documento secondo lo schema definito dal DM 30 giugno 2022, n.132	Adozione del documento entro il 31/01/2023
	3. Piano Triennale dei Fabbisogni del personale	Predisposizione del documento secondo l'assetto organizzativo del POAS 2022 e le indicazioni di RL	Adozione del Piano approvato da RL entro il 31/01/2023 e contestuale invio del documento alla DGW
Allegato 12 Prevenzione	Applicazione della riforma regionale e attuazione del nuovo modello organizzativo vigente (POAS 2022-2024) rispetto a:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione del PNPV e PRP 2021/2025 2. Coordinamento con ATS per l'attuazione dei progetti relativi al Piano Integrato Locale (pratiche WHP, programmi Home Visiting...) 3. Attuazione del Piano Operativo Locale Aziendale predisposto nel 2022 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazioni di azioni finalizzate al raggiungimento/mantenimento delle coperture previste per i vaccini secondo l'offerta vaccinale prevista dal PRP 2021-2025 (per classi di età e per categorie a rischio) e promozione AUDIT vaccinali 2. Effettiva implementazione delle azioni previste nel Programma WHP



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaccinazioni/Malattie infettive 2. Promozione alla salute 3. PANFLU 4. Screening 5. Medicina Legale 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Prosecuzione della campagna di screening secondo i target indicatori 5. Accertamenti invalidità civile – Tempi di attesa 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Aggiornamento del Piano entro 31/08/2023 – In particolare predisposizione di elenco aggiornato rispetto agli operatori formati per la risposta pandemica 4. Prosecuzione della campagna di screening secondo i target indicatori 5. Rispetto dei tempi di attesa definiti da RL
Allegato 13 Veterinaria	Azioni integrate UO Veterinaria e UO Prevenzione	Adempimenti a carico di ATS	Adempimenti a carico di ATS
Allegato 14 Rete territoriale	1. Attuazione LR 22/2021 e piena operatività del Dipartimento di Cure Primarie	Trasferimento graduale delle specifiche funzioni da ATS a ASST	Rispetto del cronoprogramma definito da RL
	2. CdC e OdC	Attuazione del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale nel rispetto del cronoprogramma di attivazione CdC e OdC	Applicazione della DGR n. XI/6760 del 25/07/2022 e del DM 77
	3. Salute Mentale	Attuazione: <ol style="list-style-type: none"> 1. DGR n. 7661 28/12/2022 - Rafforzamento Dipartimento Salute mentale e dipendenze 2. DGR n. 7752 del 28/12/2022 - aggiornamento modello assistenziale e presa in carico pazienti minorenni NPIA 3. DGR n. 7357 del 21/11/2022 – Collaborazione con ATS alla stesura del nuovo Piano Locale Disturbi Nutrizione alimentare (DNA) 	Attuazione: <ol style="list-style-type: none"> 4. DGR n. 7661 28/12/2022 - Rafforzamento Dipartimento Salute mentale e dipendenze 5. DGR n. 7752 del 28/12/2022 - aggiornamento modello assistenziale e presa in carico pazienti minorenni NPIA 6. DGR n. 7357 del 21/11/2022 – Collaborazione con ATS alla stesura del nuovo Piano Locale Disturbi Nutrizione alimentare (DNA)



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
	4. Consultori Familiari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione della rete dei CF in coerenza con il DM 77 e PNRR 2. Promozione Salute donna e percorso nascita 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Applicazione della DGR n. 7592/2022 2. Implementazione screening tumore cervice uterina 3. Mantenimento buone pratiche per il supporto competenze genitoriali 4. Prosecuzione Percorso nascita 5. Corretto e tempestivo invio del flusso CON
	5. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Attuazione DGR n. 6867/2022 relativa all'Assistenza Domiciliare Integrata	Implementazione del nuovo modello di erogazione ADI
	6. Negoziazione strutture sociosanitarie	Sottoscrizione contratto UdO	<p>Sottoscrizione contratto entro il 31/05/2023 e eventuale rimodulazione entro il 31/10/2023</p> <p>Rispetto degli adempimenti contrattuali entro le scadenze previste da ATS</p>
Allegato 15 Progetto sperimentale in ambiti territoriali carenti per i pazienti privi di MMG	Progetto sperimentale di assistenza primaria in ambiti territoriali carenti in favore di pazienti privi di MMG	Implementazione di percorsi condivisi tra ATS e ASST, anche attraverso il sistema di Cure Primarie, per intervenire sugli ambiti carenti degli MMG	Implementazione di percorsi condivisi tra ATS e ASST, anche attraverso il sistema di Cure Primarie, per intervenire sugli ambiti carenti degli MMG
Allegato 16 Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione con le reti di offerta sociale del territorio 2. Contrasto alla violenza sulle donne 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorire l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci 2. Rafforzamento del ruolo della ASST, in collaborazione con ATS, all'interno delle reti antiviolenza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT) ai sensi della LR 22/2021, art. 7 e collaborazione alla stesura dei Piani di Zona degli ambiti sociali territoriali 2. Implementazione di percorsi al fine di garantire un accesso immediato ai servizi di emergenza



Macro Area	Area	Descrizione obiettivo	Azioni/Indicatori
Allegato 17 Accordi per il governo della mobilità sanitaria	Sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario	Adempimento a carico di RL	Adempimento a carico di RL

Obiettivi correlati alla corretta applicazione delle norme in materia di Anticorruzione e Trasparenza

- Piena attuazione di quanto previsto nella sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del documento Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- Pubblicazione in Amministrazione Trasparente delle informazioni ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla normativa di riferimento



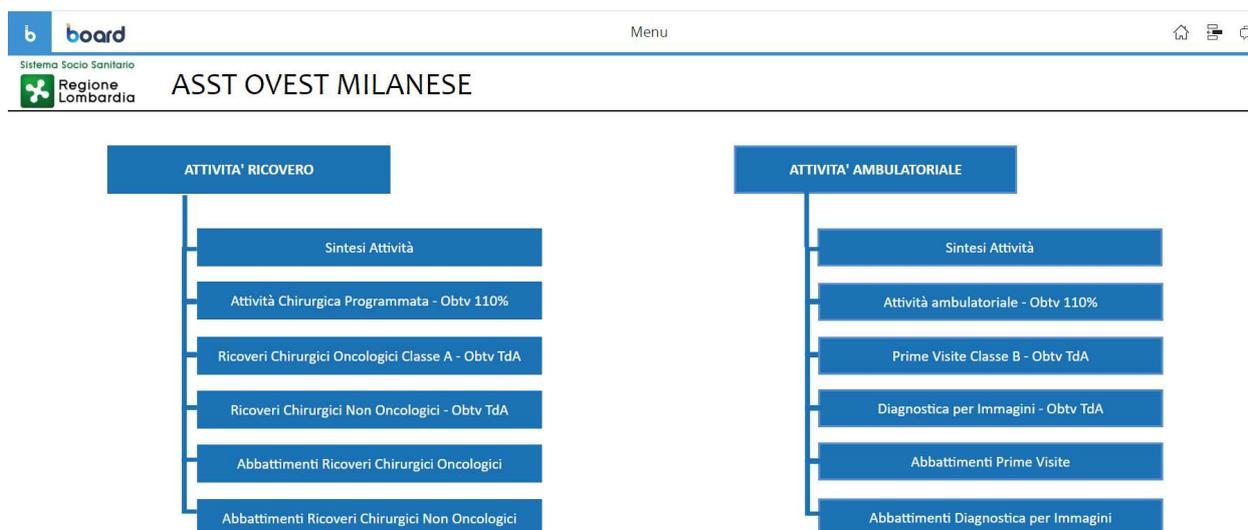
2.2.2 Monitoraggio per lo stato di attuazione degli obiettivi da aggiornare

Nel corso del 2023 l'Azienda procederà, sulla base delle ulteriori indicazioni che fornirà Regione Lombardia con successivi provvedimenti, a:

- Monitorare costantemente la qualità degli indicatori e dei dati raccolti;
- Aggiornare, ove necessario, la presente sezione per assicurare la coerenza con l'evoluzione normativa e nel caso in cui emergessero correttivi in materia di programmazione finanziaria e/o di bilancio e darne eventuale evidenza nella Relazione della Performance – Anno 2022 ai sensi dell'articolo 10, comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009 e smi.

L'Azienda ai fini del monitoraggio degli obiettivi del Direttore Generale ha implementato un cruscotto accessibile alla Direzione Strategica e alle strutture in staff, che viene alimentato e aggiornato con cadenza mensile in corrispondenza dell'invio dei flussi delle SDO e 28SAN.

Il cruscotto, di cui sopra, è visibile per la consultazione dei dati a tutti i Direttori di Struttura Complessa secondo le logiche dipartimentali presenti nell'intero applicativo.



Gli indicatori implementati sono legati al monitoraggio della produzione e al rispetto dei tempi di attesa delle classi di priorità, sia per i ricoveri elettivi che per l'attività di specialistica ambulatoriale.

I dati relativi agli indicatori sopra richiamati vengono analizzati periodicamente dalla Direzione Strategica. È stato infatti istituito un tavolo permanente di lavoro che vede coinvolte tutte le strutture Aziendali di riferimento necessarie per la programmazione e monitoraggio delle attività (Direzioni Mediche di Presidio, Controllo di Gestione, DAPSS, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Area Accoglienza, Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità).

Inoltre sono riportate le simulazioni relative agli abbattimenti del rimborso regionale in seguito al non rispetto dei tempi di attesa come previsto nelle DGR n. XI/5883 del 24/01/2022 e DGR n. XI/6255 del 11/04/2022.



Come di consueto, l'Azienda, a seguito della verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati, procede ad individuare eventuali disallineamenti dei processi rispetto agli indicatori previsti, individuando le necessarie misure di miglioramento.

2.2.3 Misurazione e valutazione

La performance organizzativa si riferisce al contributo che ciascun Centro di Responsabilità (CdR) dà alla performance complessiva dell'Azienda. La misurazione della performance dell'unità organizzativa rappresenta il collegamento fondamentale per ancorare la misurazione della performance individuale a quella organizzativa. Il raggiungimento dei risultati e la misurazione della performance organizzativa si svolge, quindi, attraverso processi quantitativi/qualitativi di rilevazione, tramite un sistema di monitoraggio che prevede la puntuale misurazione degli indicatori, così come descritto nella procedura sopra richiamata (PUP 03).

L'Azienda si è dotata di una procedura specifica relativa al processo di budget ed ha per oggetto la disciplina del processo di negoziazione del budget e dei connessi obiettivi delle strutture della ASST Ovest Milanese definiti sulla base delle indicazioni nazionali e regionali in cui intervengono diversi attori tra i quali, la Direzione Aziendale, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, la struttura complessa Programmazione e Controllo e i Centri di Responsabilità.

La suddetta procedura è consultabile al seguente link: [http://www.asst-ovestmi.it/home/Amministrazione Trasparente](http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente) - Sistema di misurazione e valutazione della Performance.

In merito alla misurabilità e valutazione finale dei risultati in termini di performance organizzativa, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge un ruolo fondamentale.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso al riguardo alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all'efficacia della gestione.

A tal proposito, si richiama la Relazione annuale sullo stato di funzionamento del sistema complessivo della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli redatta dal NVP nel 2022 ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. 150/2009, in cui l'organismo, in funzione di una costruttiva collaborazione con la Direzione Aziendale, ha proposto spunti di miglioramento in ordine al percorso di definizione ed assegnazione degli obiettivi.

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

Per quanto riguarda l'anno 2022 si è provveduto:

- per l'Area del Comparto a sottoscrivere in data 01 marzo 2022 specifico accordo in materia di produttività;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità a sottoscrivere in data 16 febbraio 2022 specifico accordo in tema di retribuzione di risultato;



- per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 17 febbraio 2022, specifico accordo in tema di retribuzione di risultato.

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

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all'anno 2022, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come previsto dai contratti integrativi Aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza e con il saldo relativo alla performance individuale.

Per il personale della Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica, così come previsto dal CCNL del 17/12/2020, con deliberazione del Direttore Generale n. 185 del 13/05/2021 è stato approvato – con decorrenza 1/06/2021 – il nuovo Regolamento in materia di incarichi dirigenziali e di valutazione dell'Area delle Funzioni Locali – Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale che, tra l'altro, ridefinisce la metodologia e gli strumenti di valutazione sia per quanto riguarda la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati che delle capacità/competenze professionali.

Per il personale della Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie, il Regolamento in materia di incarichi dirigenziali è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 450 del 29/12/2020.

2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza

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

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

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

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



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

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

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

In sede di redazione si è tenuto conto delle indicazioni contenute nel Decreto interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022, delle linee guida del Piano nazionale anticorruzione (PNA), approvato dal Consiglio di ANAC con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, a seguito del parere della Conferenza Unificata, reso il 21 dicembre 2022, e di quello del Comitato interministeriale, reso il 12 gennaio 2023, nonché dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati dall'ANAC negli anni precedenti, oltre alle prescrizioni poste a tutela della Amministrazione, derivanti da norme primarie e secondarie, da provvedimenti collegati e da disposizioni organizzative interne, idonee a garantire tutela da prescrizioni penalmente rilevanti.

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

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

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

2.3.1 Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza

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



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

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

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

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

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

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

Appare opportuno evidenziare che, al fine di garantire il sinergico collegamento dei diversi ambiti ed aree considerate a maggior rischio, conformemente alle indicazioni contenute nel POAS 2022-2024, si prevede per l'anno 2023 l'istituzione del *Comitato di coordinamento dei controlli*, di norma presieduto dal RPCT ed afferente al Direttore Generale.

Con successivo atto aziendale, sarà disciplinata:

- a) la composizione del Comitato (indicativamente Direzione Medica di Presidio, DAPSS, RPCT, Risk Manager, Internal auditing, Qualità e Rischio, Controllo di Gestione, Dipartimento e Uffici Amministrativi...);
- b) le modalità e gli strumenti (piani di azione, misure correttive, ecc.) con cui viene garantito il funzionamento del Comitato e viene assicurato il raccordo ed il coordinamento dei controlli, che si svolge attraverso i rispettivi titolari delle attività;
- c) modalità e tempi con cui il responsabile della funzione riferisce e relaziona alla Direzione Strategica in momenti collegiali che garantiscono la rappresentanza della componente direzionale sanitaria, sociosanitaria e amministrativa.



2.3.2 Processo di gestione del rischio

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.



Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema).

2.3.3 Analisi del contesto

Nell'ottica del legislatore nel PIAO, l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO.

Ne risulta, in questo modo, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance e prevenzione della corruzione. Con riferimento alla sezione anticorruzione e trasparenza, l'analisi del contesto esterno e interno mira ad evidenziare tutti gli elementi utili e significativi per corrispondere alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.



2.3.4 Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno si pone l'obiettivo di restituire all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'amministrazione o ente opera.

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

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

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

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

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

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

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

L'imprevista diffusione della pandemia da Covid-19 ha portato il paese in una situazione di emergenza sanitaria che da crisi inizialmente sanitaria è diventata crisi economica e sociale.

La criticità del contesto si è poi ulteriormente aggravata a seguito degli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est.

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



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

Il DL n. 77/2021 ha disciplinato agli artt. 7 e 8 il meccanismo di controlli sull'attuazione del PNRR attraverso la definizione di strutture a ciò deputate presso le Amministrazioni centrali titolari degli interventi.

Considerato che il quadro operativo per l'attuazione del PNRR si innesta su un sistema amministrativo di prevenzione della corruzione, si pone l'esigenza di un efficace coordinamento che possa garantire il migliore perseguimento degli obiettivi di prevenzione, sia in termini generali sia con mirato riferimento alla realizzazione del PNRR.

È quindi necessario rivedere processi e procedure per contemperare la legittimità delle azioni con la risposta efficiente e tempestiva all'emergenza, a tutela dell'interesse pubblico.

In previsione dell'attuazione degli interventi relativi alla Mission 6 Salute – Componente 1 del PNRR, con particolare riferimento al potenziamento della telemedicina, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e l'Autorità Nazionale Anticorruzione hanno siglato un protocollo che disciplina lo svolgimento dell'attività di vigilanza collaborativa-preventiva, finalizzata a verificare la conformità degli atti di gara per la realizzazione della Piattaforma della telemedicina alla normativa di settore.

2.3.5 La valutazione di impatto del contesto interno

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

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

Per la struttura organizzativa aziendale si rinvia alle apposite sezioni ad essa relative (*"Scheda anagrafica"* e *"Organizzazione e Capitale Umano"*).

2.3.6 Processi e valutazione del rischio

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nello specifico l'Azienda, oltre alle aree di rischio generali, obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, ha individuato ulteriori aree di rischio specifiche considerato anche il fatto che l'identificazione delle stesse è rimessa all'autonomia e alla responsabilità dell'amministrazione.

Per l'individuazione di queste ultime, l'Azienda ha tenuto conto di tutte le prescrizioni/raccomandazioni pervenute dagli Organi di Controllo di Regione Lombardia, dando attuazione a tutti i rilievi in esse contenute.



Il cambiamento di scenario prodotto dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, ha indotto le Pubbliche amministrazioni ad introdurre nuove modalità organizzative e di lavoro diverse da quelle ordinarie. Questo scenario ha reso necessario valutare eventuali nuovi rischi connessi al fenomeno corruttivo, non presenti in situazione di normalità, e prevedere delle ulteriori azioni di prevenzione.

Per ogni processo sono stati individuati i possibili eventi rischiosi, le misure per contrastare il rischio e la relativa responsabilità, le modalità di monitoraggio.

L'analisi del livello/grado di rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore, che si determina applicando i precisi criteri e parametri forniti dall'allegato 5 al PNA del 2013. L'utilizzo di tale metodologia ha dato come esito valori di rischio "basso", "medio" e "alto". I risultati della mappatura dei processi e la conseguente analisi di valutazione sono riportati nel Registro dei Rischi.

La valutazione del rischio ha un duplice obiettivo, il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Per il dettaglio delle aree specifiche, si rimanda all'allegato Registro dei Rischi.

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

L'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholder*. Pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

La programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, in assenza del quale il PIAO risulterebbe privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della L. 190/2012. Le misure di prevenzione sono riportate nel Registro dei Rischi.

2.3.7 Misure di prevenzione

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

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



➤ Doveri di comportamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per l'anno 2023 a livello nazionale si prevede un aggiornamento del DPR n. 62/2013.

Nello specifico, con il Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2022 è stata approvata una modifica al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e, lo schema di modifica in argomento, adottato in attuazione di quanto previsto dal DL. del 30 aprile 2022, n. 36, c.d. PNRR 2, integra gli elementi



costitutivi della Milestone M1C1-58 del PNRR, di riforma della pubblica amministrazione, da concludersi entro il 30 giugno 2023.

Tra le principali novità, si prevede:

- ✓ la responsabilità attribuita al dirigente per la crescita professionale dei collaboratori, e per favorirne le occasioni di formazione e le opportunità di sviluppo, nonché l'espressa previsione della misurazione della performance dei dipendenti anche sulla base del raggiungimento dei risultati e del loro comportamento organizzativo. Nello specifico, i dirigenti hanno l'obbligo di conformarsi a canoni di condotta orientati all'integrità, imparzialità, buona fede, correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza;
- ✓ l'espressa previsione del divieto di discriminazione basato sulle condizioni personali del dipendente, quali ad esempio orientamento sessuale, genere, disabilità, etnia e religione. In particolare, viene previsto l'obbligo per il dipendente di conformare la condotta sul posto del lavoro nel rispetto della dignità fisica, integrità fisica e psichica degli altri dipendenti. Fondamentale risulta, inoltre, la soddisfazione dell'utente finale, che garantisce tra l'altro un collegamento con la misurazione della performance, di cui al primo punto;
- ✓ la previsione che le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso l'utilizzo dei social media non debbano in alcun modo essere riconducibili all'amministrazione di appartenenza o lederne l'immagine ed il decoro. Pertanto, saranno incentivati i controlli da parte della pubblica amministrazione sul corretto utilizzo dei social network, nel rispetto della tutela della privacy, al fine di consentire un utilizzo più consapevole delle tecnologie informatiche;
- ✓ una maggiore attenzione viene dedicata anche al rispetto dell'ambiente, per contribuire alla riduzione del consumo energetico, della risorsa idrica.

Tenuto conto della necessità di adeguare il contenuto del codice di comportamento Aziendale alle novità sopra indicate, si prevede la possibilità di un aggiornamento nel corso dell'anno 2023.

➤ **Rotazione**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

➤ **Conflitto di interesse**

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

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

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

- astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- conflitto d'interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi;
- adozione dei codici di comportamento;
- divieto di pantouflage;



- autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing).

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

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

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

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

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

Conflitto d'interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici

Alle fonti normative in materia di conflitto di interessi sopra indicate, sono state aggiunte specifiche disposizioni in materia all'art. 42 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante il Codice dei contratti pubblici, al fine di contrastare fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni e garantire la parità di trattamento degli operatori economici.

L'art. 42 del D. Lgs.50/2016 ad oggetto "Conflitto d'interesse" si applica a tutte le procedure di aggiudicazione di appalti e concessioni nei settori ordinari sopra e sotto soglia comunitaria compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.



La definizione di conflitto d'interesse è espressamente citata all'art. 42, comma 2: "Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione".

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

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

Per espressa previsione dell'art 77, comma 6 del D. Lgs.50/2016, la disciplina sul conflitto di interessi si applica anche ai commissari e ai segretari delle commissioni aggiudicatrici.

La nomina del RUP e del DEC relativa alla singola procedura di gara è subordinata alla acquisizione della dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di conflitti di interessi.

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

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

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

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

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

Il PNA 2022 dedica una particolare attenzione al tema del conflitto di interessi con riferimento al settore dei contratti pubblici, tenuto conto anche della normativa comunitaria e nazionale emanata per l'attuazione del PNRR.

Al riguardo l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202177 prevede espressamente: "*Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire*



che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi”.

Inoltre, il medesimo Regolamento UE, al fine di prevenire il conflitto di interessi, all'art. 22, stabilisce specifiche misure, imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla Commissione i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore *“in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi”.*

Lo Stato italiano ha recepito le misure fissate a livello di regolamentazione UE, oltre che in disposizioni normative, anche negli atti adottati dal MEF, Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (RGS), Servizio centrale per il PNRR, quale punto di contatto nazionale per l'attuazione del PNRR. In particolare, nelle Linee Guida del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30, è stata posta grande attenzione alla necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici. Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF nelle predette Linee Guida è ricompresa anche quella con cui si è previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo, ma anche quello, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo di assenza di conflitto di interessi.

Per la nozione di titolare effettivo, i criteri e le indicazioni ai fini dell'individuazione dello stesso si rinvia a quanto stabilito nella normativa in materia di anticiclaggio di cui al D. Lgs. 231/2007 e riportato nelle stesse Linee guida del MEF.

Posto quanto sopra si prevede, a cura del RPCT per il 2023 la predisposizione di apposito modulo di autodichiarazione di assenza di conflitto di interessi ad opera del titolare effettivo, con suo successivo utilizzo.

ANAC, nel PNA 2022 si sofferma anche sull'attuazione del sistema delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse a seconda che i contratti utilizzino i fondi PNRR o meno. Per quanto riguarda i contratti che utilizzano i fondi PNRR e fondi strutturali, ANAC ritiene, in un'ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, che i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento. Nel caso emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non dichiarate, occorre integrare detta dichiarazione. In questo senso i dipendenti rendono la dichiarazione riferita alla singola procedura di gara al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP.

Per i contratti invece che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, resta fermo l'orientamento espresso da ANAC nelle Linee Guida n. 15/2019 che prevedono una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione. Tale ultima dichiarazione dovrà essere aggiornata in caso di conflitti di interesse che insorgano successivamente nel corso delle diverse fasi della procedura di gara, ivi inclusa la fase esecutiva.



Resta fermo comunque l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara (art. 77 D. Lgs. 50/2016).

Vista poi la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata fra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'Autorità, nell'ambito dei poteri attribuiti dall'art. 213 del codice sopra citato, ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 25 del 15 gennaio 2020 recante le «Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di contratti pubblici» cui si rinvia.

➤ **Patti di integrità**

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

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

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

Azioni previste:

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



➤ **Inconferibilità e incompatibilità**

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

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

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

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

L'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni sul rispetto della disciplina con la Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili», cui si rinvia.

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

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

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

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

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



➤ **Pantouflage o Revolvingdoors: svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

L'art. 1, co. 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "Incompatibilità successiva" (pantouflage o Revolvingdoors), introducendo all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

L'Azienda ha provveduto a regolare le attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro del personale, mediante l'adeguamento delle procedure dell'SC Risorse Umane relativa alle assunzioni, in ossequio alle previsioni di cui all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. 165/2001.

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

La presente misura preventiva è stata oggetto di apposita trattazione nel PNA 2022, ove ANAC, nell'evidenziare l'importanza del divieto di porte girevoli, oltre a rinviare a successive Linee Guida e/o atti che l'Autorità intenderà adottare, suggerisce una serie di misure operative volte a dare concreta attuazione dell'istituto.

Sulla scorta delle suddette raccomandazioni, e ai fini di un potenziamento del pantouflage, si prevedono per l'anno 2023 le seguenti misure di implementazione:

- ✓ predisposizione di modulo contenente apposita informativa ex art. 53, comma 16 ter D. Lgs.165/2001, per successiva consegna ai dipendenti dimissionari a qualsiasi titolo, con contestuale sottoscrizione della stessa;
- ✓ predisposizione di apposita clausola da inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del D. Lgs. 50/2016;

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

L'Azienda si è dotata di un regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.123 del 19/04/2018, in materia incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, così come previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/01 che contiene inoltre la disciplina dell'apposita procedura per il conferimento/autorizzazione degli incarichi con indicazione



dell'attività istruttoria da espletare e le competenze dei soggetti coinvolti. Nel rispetto della normativa, tale disciplina regolamentare tiene conto e garantisce al dipendente la possibilità di non perdere occasioni di arricchimento professionale, culturale e scientifico, utili a determinare una positiva ricaduta sull'attività istituzionale.

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

La L. 30 novembre 2017, n. 179, recante “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, entrata in vigore il 29 dicembre 2017, ha modificato l'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che disciplina la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

L'art. 54 bis del D. Lgs. 165/2001, come novellato dalla L.179/2017, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del c.d. Whistleblower, ovvero del dipendente che segnala illeciti o comportamenti meritevoli di considerazione, all'interno della ASST, assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso. L'anonimato del dipendente che segnala illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve disposizioni di L. speciale in materia penale, tributaria o amministrativa. La violazione della riservatezza potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari

In adempimento a quanto disposto dalla L. 179/2017, l'Azienda con deliberazione del Direttore Generale n. 478 del 24/12/2018 ha adottato il Regolamento che disciplina le misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower) che ha sostituito il precedente regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.136/2017.

Sussiste apposito indirizzo mail, accessibile al solo Responsabile della prevenzione, ove chiunque potrà segnalare illeciti, con garanzie di riservatezza e anonimato del segnalante.

L'indirizzo è: segnalazione.illegalita@asst-ovestmi.it.

Il RPCT produce specifica relazione annuale come disposto dalla DGR 4878/2016, da presentare alla Giunta, contenente gli esiti dell'efficacia dell'istituto della tutela del segnalante Whistleblower.

Nel corso dell'anno 2022 il RPCT ha altresì contribuito, per la parte di competenza, alla predisposizione dell'informativa per il trattamento dei dati personali in materia di Whistleblowing.

Con la deliberazione n. 469 del 9 giugno 2021, ANAC ha definito le Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. Whistleblower), allo scopo di fornire indicazioni sull'applicazione della L. n. 179/2017.

Per il 2023 si prevede un intervento di riforma da parte del legislatore. Il 9 dicembre 2022 il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di decreto legislativo in attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937: la bozza è stata sottoposta al vaglio delle competenti commissioni parlamentari che dovranno esprimere i propri pareri entro il 19 gennaio 2023.

L'obiettivo dichiarato della nuova disciplina è garantire maggiore protezione del Whistleblower al fine di incentivare la segnalazione di illeciti, seppur nel rispetto di limiti previsti per evitare l'abuso di segnalazioni infondate.

In attesa della definitiva entrata in vigore del decreto e tenuto conto delle Linee guida sopra richiamate, si prevede per l'anno 2023 di aggiornare il regolamento adottato nel 2018.



➤ **Formazione**

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

Nell'anno 2022 sono stati organizzati due eventi formativi: "Anticorruzione e Appalti Pubblici" e "Anticorruzione, Trasparenza e Antiriciclaggio nella PA all'interno del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)".

a) Anticorruzione e Appalti Pubblici

Il corso era finalizzato ad affrontare il tema relativo alla prevenzione della corruzione (L. 190/2012) in rapporto alle varie fasi del ciclo dei contratti pubblici (Decreto Legislativo n. 50/2016), con un focus particolare dedicato alle varie figure professionali (in particolare, RUP, DEC, DL e RPCT). Più nello specifico, si è voluto favorire la conoscenza dei vincoli normativi in materia di anticorruzione, chiarendo ruoli e responsabilità dei principali attori di governo del processo di acquisti e appalti e razionalizzare i controlli già esistenti nell'amministrazione migliorandone l'efficacia.

Si sono tenute due edizioni in presenza il 25/10/2022 e l'11/11/2022, ciascuna della durata di quattro ore, alle quali ha partecipato il personale di area comparto e dirigenza afferente alle Strutture Complesse principalmente coinvolte nelle attività in materia di contratti pubblici.

b) Anticorruzione, Trasparenza e Antiriciclaggio nella PA all'interno del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Obiettivo del corso era un approfondimento dei temi legati all'anticorruzione con particolare attenzione alle novità introdotte dall'art. 6 del DL n. 80/2021. Nello specifico si è proceduto ad illustrare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione nel suo complesso, per poi approfondire la sezione specifica in materia di anticorruzione e trasparenza con un'analisi del processo di gestione dei rischi legati ai fenomeni corruttivi.

Il corso, della durata di due ore, si è tenuto in modalità FAD usufruendo della piattaforma Aziendale, accessibile a tutto il personale dell'ASST Ovest Milanese.

Per l'anno 2023 si prevede di organizzare un nuovo evento formativo, in presenza, dal titolo: "Contrasto e prevenzione dei fenomeni corruttivi". Nello specifico il corso intende affrontare il tema relativo alla repressione e prevenzione della corruzione, con un approfondimento dedicato ai delitti contro la pubblica amministrazione, seguito da un'analisi delle principali aree di rischio e delle misure di prevenzione.

➤ **Antiriciclaggio**

Nella stessa ottica si pongono le misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 231/2007. Tali presidi, al pari di quelli anticorruzione, sono da intendersi come strumento di creazione di valore pubblico, essendo volti a fronteggiare il rischio che l'amministrazione entri in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali.

Il Decreto ministeriale 25 settembre 2015 prevede poi che ogni pubblica amministrazione debba nominare un gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo e



prevedere procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette.

L'Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 219 del 25/06/2020, ha provveduto alla nomina di un dirigente amministrativo Aziendale in qualità di "gestore" per le segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

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

Nell'attuale momento storico, l'apparato antiriciclaggio, come quello anticorruzione, può dare un contributo fondamentale alla prevenzione dei rischi di infiltrazione criminale nell'impiego dei fondi provenienti dal PNRR, consentendo la tempestiva individuazione di eventuali sospetti di sviamento delle risorse rispetto all'obiettivo per cui sono state stanziare ed evitando che le stesse finiscano per alimentare l'economia illegale.

2.3.8 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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

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

- ✓ monitoraggio di primo livello, in capo ai Dirigenti apicali delle strutture organizzative, tenuti ad assicurare, per i procedimenti di rispettiva competenza, la verifica della piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza contenute nel PTPCT ed a segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate;
- ✓ monitoraggio di secondo livello, in capo al RPCT, chiamato a verificare, attraverso la richiesta e l'acquisizione di documenti e informazioni, la funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio";
- ✓ monitoraggio di terzo livello, attraverso l'esecuzione di audit, nelle aree a più alto rischio di corruzione, individuate annualmente nel Piano di Audit.

Nel dettaglio, l'attuazione del primo livello avviene mediante una relazione periodica a cura del Dirigente responsabile ove viene rendicontata l'attività di monitoraggio espletata nell'ambito del procedimento di competenza. L'attuazione del secondo livello, a cura del RPCT, con cadenza semestrale, si declina nel controllo dello stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nell'allegato Registro dei Rischi, mediante la richiesta ai responsabili degli uffici della rendicontazione rispetto agli indicatori riportati nel Registro. Con riferimento infine al terzo livello, si fa presente che entro il 31 gennaio 2023 si prevede l'adozione del Piano di audit 2023, all'interno del quale, sulla base delle linee guida e del Piano di Audit di Regione Lombardia, nonché delle indicazioni di ORAC, verranno individuate le aree oggetto di controllo.



L'attività di monitoraggio a più livelli, quindi, implica una piena collaborazione dei responsabili degli uffici nei confronti del RPCT.

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

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

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

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

Il D. Lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

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

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

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

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



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

In un'ottica di maggiore fruibilità ed accessibilità per i cittadini si prevede per l'anno 2023 una riedizione completa del sito con studio di fattibilità volto all'individuazione di eventuali ulteriori flussi automatizzabili.

Nel PNA 2022, allegato 9, ANAC ha provveduto ad una revisione della sottosezione "bandi di gara e contratti", da considerarsi sostitutiva rispetto alle precedenti versioni di cui alle deliberazioni ANAC n. 1310/2016 e n. 1134/2017.

Al riguardo si prevede per l'anno 2023 l'aggiornamento della sezione Amministrazione Trasparente in conformità alle indicazioni del PNA 2022.

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

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

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

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

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

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, la L. 190/2012 contiene riferimenti al formato aperto (art. 1, commi 32, 35 e 42). In particolare, il comma 35 stabilisce che "per formati di dati aperti si devono



intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità".

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

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

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

Con riferimento ai dati relativi alle misure del PNRR, fermo restando gli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. 33/2013, ANAC, nel PNA 2022, prevede la possibilità per le pubbliche amministrazioni, laddove lo ritengano utile, di pubblicare dati ulteriori in un'apposita sezione del sito istituzionale, al fine di consentire una visione complessiva di tutte le iniziative al PNRR.

ANAC ha altresì previsto, in un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex D. Lgs. 33/2013, la possibilità per le pubbliche amministrazioni di inserire in Amministrazione Trasparente, nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

➤ **Responsabilità e misure organizzative**

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

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

Il RPCT si è premurato di effettuare plurime ricognizioni sullo stato di aggiornamento delle sezioni contenute in Amministrazione Trasparente. Nello specifico il RPCT, da un lato, ha provveduto ad aggiornare le sezioni di propria pertinenza in conformità alle disposizioni vigenti, dall'altro, ha effettuato un monitoraggio delle sezioni contenenti dati di competenza altrui, verificando il rispetto dei termini di pubblicazione, la conformità del contenuto dei documenti pubblicati, nonché il formato aperto/non aperto degli stessi.



Il RPCT ha poi comunicato gli esiti delle ricognizioni alle singole strutture competenti. Nelle suddette comunicazioni, a seconda dei casi, raccomandava l'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione, o chiedeva dei documenti in modo da procedere direttamente alla pubblicazione stessa, o suggeriva delle azioni di miglioramento, a seguito di ricerche comparative nella sezione di Amministrazione Trasparente di altre Aziende.

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

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

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

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

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

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

Per l'anno 2022 l'attestazione a cura del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni è avvenuta nella seduta del 14/06/2022.

Il RPCT ha quindi provveduto a pubblicare in Amministrazione Trasparente, nella sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione", le attestazioni del Nucleo, unitamente alla griglia di rilevazione e alla scheda di sintesi per poi trasmettere in data 23/06/2022 la griglia di rilevazione ad ANAC, che, in data 24/06/2022, ha confermato la ricezione.



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

➤ **Accesso civico semplice e Accesso civico generalizzato**

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

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

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

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

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

L'Accesso civico generalizzato, introdotto con il D. Lgs. 97/2016, riguarda i dati ed i documenti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, detenuti dall'Amministrazione; l'istanza può essere avanzata da chiunque, senza necessità di specifica legittimazione e senza obbligo di motivazione.

Si tratta di un diritto, che deve essere esercitato nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

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

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

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



Il RPCT ha gestito le istanze di accesso agli atti, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente e dal regolamento Aziendale.

Nello specifico si riporta che si sono registrate due istanze di accesso civico semplice, in data 21/02/2022 e 19/08/2022, ed evase, entrambe con esito favorevole, rispettivamente in data 17/03/2022 e 08/09/2022.

➤ **L'equilibrio con la Privacy e i rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

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

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

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

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

Alla luce di quanto sopra, questa Azienda, nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore Generale n. 42 del 1 febbraio 2018.

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

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

Nello specifico le linee guida:

- individuano le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nel momento in cui diffondono dati personali sui propri siti web istituzionali in base alla normativa sulla trasparenza;
- precisano che l'ente pubblico deve limitarsi a pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati per adempiere agli obblighi di trasparenza;
- precisano che i dati sensibili possono essere trattati solo se indispensabili ai fini degli obblighi di trasparenza, ovvero quando la trasparenza non può essere raggiunta con dati anonimi o di altro tipo;



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

2.3.10 Coordinamento con sezione performance

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

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

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



della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

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

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

La sezione relativa alla performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel PTPCT, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato.

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

Per gli obiettivi correlati alla prevenzione della corruzione e agli obblighi di pubblicazioni definiti dal D. Lgs. 33/2013, si rinvia alla specifica sezione "*Performance*", in particolare alla scheda matrice obiettivi.



3. Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura Organizzativa

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), redatto in base alle linee guida regionali di cui alla DGR. n. XI/6278 del 11/04/2022, è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. XI/6796 del 02/08/2022 ad oggetto: “Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese, ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, c. 4 della L. regionale n. 33 del 30/12/2009 e s.m.i., come modificata con LR n. 22 del 14/12/2021”.

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

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

Alla data del 31 dicembre 2022, l’Azienda conta n. 4.156 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Medici	616	27
Dirigenza sanitaria non medica	60	11
Altri dirigenti	21	2
Totale dirigenza	697	40

Comparto	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Ruolo sanitario	2127	12
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	854	48
Ruolo Amministrativo	330	45
Totale comparto	3.314	105

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

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:



1) Direzione Strategica

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

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

Direttore Socio Sanitario (DSS): è responsabile della conduzione delle strutture afferenti alla rete territoriale dell'ASST e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero. Garantisce l'integrazione delle prestazioni erogate tra i due poli dell'ASST (ospedaliero e territoriale) e assicura ai pazienti la continuità assistenziale verso il territorio.

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

2) Incarichi di direzione

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

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

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

3) Incarichi dirigenziali

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

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale



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

4) Posizioni organizzative del personale del comparto

Per il personale del comparto (infermieri, tecnici sanitari, operatori sociosanitari, amministrativi, operatori tecnici, ecc.), l'Azienda ha adottato il regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione, che comportano assunzione diretta di responsabilità e compiti addizionali e complessi rispetto al profilo di appartenenza, nonché funzioni di coordinamento del personale assegnato. Anche gli incarichi del personale del comparto sono graduati, in relazione all'ampiezza delle attività svolte e alla loro complessità, alle risorse gestite, al grado di competenze richieste, al grado di responsabilità ed autonomia previsti dal ruolo ricoperto, alla rilevanza strategica dell'incarico in ambito Aziendale, e sono sottoposti a specifica verifica.

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

www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente Organizzazione – Organigramma.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

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

In particolare:

- ✓ il predetto art. 14 ha stabilito che: *le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano,*



entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente comma costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associati.

- ✓ l'art. 18 della L. 81/2017, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ha promosso il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali Aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla L. e dalla contrattazione collettiva.

Nel corso del 2022, da ultimo a seguito di quanto dettato dall'art. 306 della L. 197 del 29/12/2022, si è provveduto a coinvolgere i dipendenti di questa ASST, con particolare riferimento ai lavoratori fragili, nella modalità di lavoro agile attraverso la proroga della procedura semplificata.

Tale modalità di lavoro scadrà il 31/03/2023. Nel 2022 n. 7 dipendenti dell'area del comparto, afferenti a strutture del Dipartimento Amministrativo, hanno svolto la loro prestazione lavorativa in modalità agile.

Definizione di una proposta di modello permanente di lavoro agile

Considerato quanto dettato:

- ✓ dalla L. 81 del 22/05/2017;
- ✓ dal Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021;
- ✓ dal CCNL dell'Area del Comparto sottoscritto in data 2.11.2022, con particolare riferimento al TITOLO VI – Lavoro a distanza – CAPO I - Lavoro agile - che ha disciplinato i principi generali, le modalità di accesso, l'accordo individuale, l'articolazione delle prestazioni in modalità agile e la formazione nel lavoro agile nonché il CAPO II – Altre forme di lavoro a distanza;

l'ASST Ovest Milanese, nel corso del 2023, in forza di quanto dettato dalle sopraindicate disposizioni normo-contrattuali e nell'ottica di sviluppare una proposta che permetta l'adozione del lavoro agile quale modalità permanente di governo e sviluppo delle risorse umane, favorendo una migliore e maggiore conciliazione tra tempi di vita e lavoro, nonché tenuto conto delle numerose richieste di accesso al lavoro agile da parte di dipendenti pervenute alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, intende perseguire le seguenti fasi:



- ✓ definizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da risorse interne, che comprenda l'insieme delle conoscenze e competenze necessarie per una regia attenta al raggiungimento del risultato prefissato e al coordinamento delle risorse. In tale gruppo devono essere ricomprese competenze quali l'organizzazione e il change management, l'innovazione e sviluppo ICT, formazione, controllo di gestione, sicurezza sul lavoro e comunicazione;
- ✓ valutazione dell'esperienza pregressa rispetto a forme di lavoro a distanza, attraverso momenti di confronto con altri soggetti pubblici;
- ✓ analisi del contesto interno;
- ✓ raccolta ed elaborazione delle informazioni in merito al fabbisogno aziendale, ai bisogni dei dipendenti nonché analisi sulla più recente normativa in materia;
- ✓ individuazione degli obiettivi del progetto e degli indicatori di valutazione;
- ✓ elaborazione della documentazione relativa ai controlli di sicurezza, agli aspetti contrattuali, alla gestione riservatezza dei dati e alle specifiche INAIL;
- ✓ verifica degli strumenti tecnologici esistenti e definizione della dotazione informatica necessaria;
- ✓ predisposizione di una bozza di Regolamento per la gestione del lavoro a distanza;
- ✓ definizione del cronoprogramma per la realizzazione del progetto nonché per il suo monitoraggio, sia per quanto riguarda la realizzazione che i risultati raggiunti.

Questa Azienda intende realizzare le fasi sopraindicate entro il 31/12/2023, così da permettere la predisposizione di una bozza di Regolamento da presentare alle Organizzazioni Sindacali di categoria attraverso l'attivazione del confronto sindacale.

3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale

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

Il PTFP 2023-2025, così come previsto nella DGR XI/7758 del 28/12/2022 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", deve essere predisposto nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e servizi".

Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi. Inoltre il PTFP deve considerare anche le eventuali esternalizzazioni di servizi autorizzate dalla DG Welfare.

Il Piano triennale dei fabbisogni riporta per ogni anno:



- ✓ il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia esso strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- ✓ il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale;
- ✓ la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, che include anche il personale previsto nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Come dettato dalle Linee di indirizzo previste dalla predetta DGR, le schede di dotazione organica che costituiscono il PTFP, sono distinte in due macroaree: Polo Ospedaliero e Polo Territoriale.

Per quanto riguarda il Polo Ospedaliero è stato previsto uno specifico focus per il Pronto Soccorso ed uno per la Terapia Intensiva, Blocco Operatorio e AREU; mentre per quanto riguarda il Polo Territoriale sono state individuate le seguenti aree:

- ✓ Distretti, CDC, COT e ODC
- ✓ ADI
- ✓ Area prevenzione
- ✓ Area salute mentale
- ✓ Cure primarie
- ✓ Altri servizi territoriali

indicando per ciascuna area i criteri per la definizione del relativo fabbisogno di personale.

In particolare, per l'area indicata nella predetta area a) sono stati riportati gli standard di personale previsti dal DM 77/2022. Infine, nelle tabelle riguardanti il fabbisogno in FTE e costi è stato precisato di riportare i dati relativi sia al personale dipendente sia al personale non strutturato (convenzionato universitario, convenzionato ACN, somministrazione lavoro, incarichi di lavoro autonomo e CO.CO.CO.).

Il PTFP 2023-2025, a seguito di verifica istruttoria della DG Welfare, è stato adottato con delibera del Direttore Generale (allegato schede).

3.4 Piano formativo Aziendale

Con D.G.R. XI/6796 del 02/08/2022, l'Ente Regione ha approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Ovest Milanese, all'interno del quale l'ambito formativo è stato posto in capo alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane che afferisce al Dipartimento Amministrativo.

I settori di attività dell'Ufficio Formazione – provider regionale con codice 7171 - riguardano le seguenti aree:

- ✓ *formazione*: ha lo scopo di promuovere la massima valorizzazione del capitale umano garantendone la crescita tecnica, il mantenimento e lo sviluppo delle abilità e competenze professionali e relazionali attraverso la formazione continua ad ogni livello. Si esplica attraverso la progettazione e la realizzazione del Piano delle attività di formazione del personale, nonché



attraverso la partecipazione del personale ad iniziative fuori sede organizzate sia sul territorio regionale che su quello nazionale;

- ✓ *convenzioni*: il settore gestisce e coordina tutte le attività amministrative nonché di rapporto con Istituti, Scuole ed Università, finalizzate allo svolgimento di stage e tirocini curriculari e professionalizzanti, attraverso la stesura e sottoscrizione di rapporti convenzionali
- ✓ *documentazione scientifica*: attraverso la gestione della rete bibliotecaria internazionale e diffusione delle modalità di accesso a tutti i professionisti appartenenti alle strutture Aziendali e la formazione finalizzata alla promozione dell'utilizzo della rete bibliotecaria biomedica.

Nell'anno 2022, la realizzazione del piano formativo, approvato con provvedimento del direttore Generale n.103 del 10/03/2022, ha risentito delle problematiche organizzative che hanno caratterizzato la ripresa delle attività dopo il periodo pandemico e che hanno portato alla cancellazione di n.73 eventi accreditati. Le nuove esigenze formative hanno però trovato una puntuale e piena soddisfazione mediante la progettazione e la realizzazione di n. 39 eventi fuori piano.

Il personale dell'Ufficio Formazione ha garantito una costante consulenza ai Responsabili Scientifici per l'eventuale progettazione di nuovi percorsi e/o la revisione di quelli approvati in sede di piano. Si è fornita piena collaborazione anche all'utilizzo della piattaforma Zoom per agevolare la partecipazione dei discenti sia ai corsi residenziali che alle iniziative di formazione sul campo.

Un ruolo di primo piano ha giocato l'utilizzo della piattaforma Moodle che ha consentito di realizzare in totale autonomia progettuale, metodologica e tecnica, importanti percorsi FAD, mirati sia a raggiungere obiettivi specifici per determinati settori, sia a soddisfare esigenze trasversali e normative. Proprio l'impegno nell'ambito della formazione digitale, che l'Azienda favorisce sin dal 2020 attraverso la partecipazione alle iniziative promosse in tal senso da Ente Regione, ha consentito all'Ufficio Formazione di essere selezionato da ECM Polis come capogruppo all'interno del progetto dei "Laboratori di formazione digitale per i provider di Regione Lombardia". Questa partecipazione ha consentito la realizzazione di un progetto formativo FAD che, superata la revisione finale, verrà inserito nel Piano formativo dell'anno in corso ed erogato sia dalla nostra Azienda che dagli altri provider pubblici e privati che hanno partecipato ai lavori.

Sono state inoltre mantenute tutte le misure necessarie per erogare in sicurezza i corsi.

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

TIPOLOGIA FORMATIVA	INIZIATIVE
Addestramento (con edizioni BLS-D parte pratica)	103
Gruppi di miglioramento/Audit	50
Corsi (sia residenziali che in videoconferenza)	150
FAD	39
Totale	342



Le 342 edizioni di attività formative hanno consentito circa 14.000 partecipazioni. Le schede di customer, nonché le diverse tipologie di valutazione finale, testimoniano la buona riuscita dei vari percorsi proposti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di progettazione, nonché, in taluni casi, la ricaduta organizzativa misurabile attraverso appositi indicatori.

Per l'anno 2023, l'Ufficio Formazione ha già provveduto a redigere il Piano delle attività di formazione del personale che è in attesa di essere presentato al Comitato Tecnico Scientifico per la sua approvazione, come previsto dalla procedura Aziendale. Nel mese di ottobre 2022, infatti, l'Ufficio Formazione ha provveduto a rivedere le tematiche Aziendali, regionali, professionali, di sistema e normative alle quali fare riferimento per la progettazione delle iniziative formative.



Nel mese di novembre 2022, le tematiche sono state discusse e validate con la Direzione Strategica e con il Comitato Tecnico Scientifico:

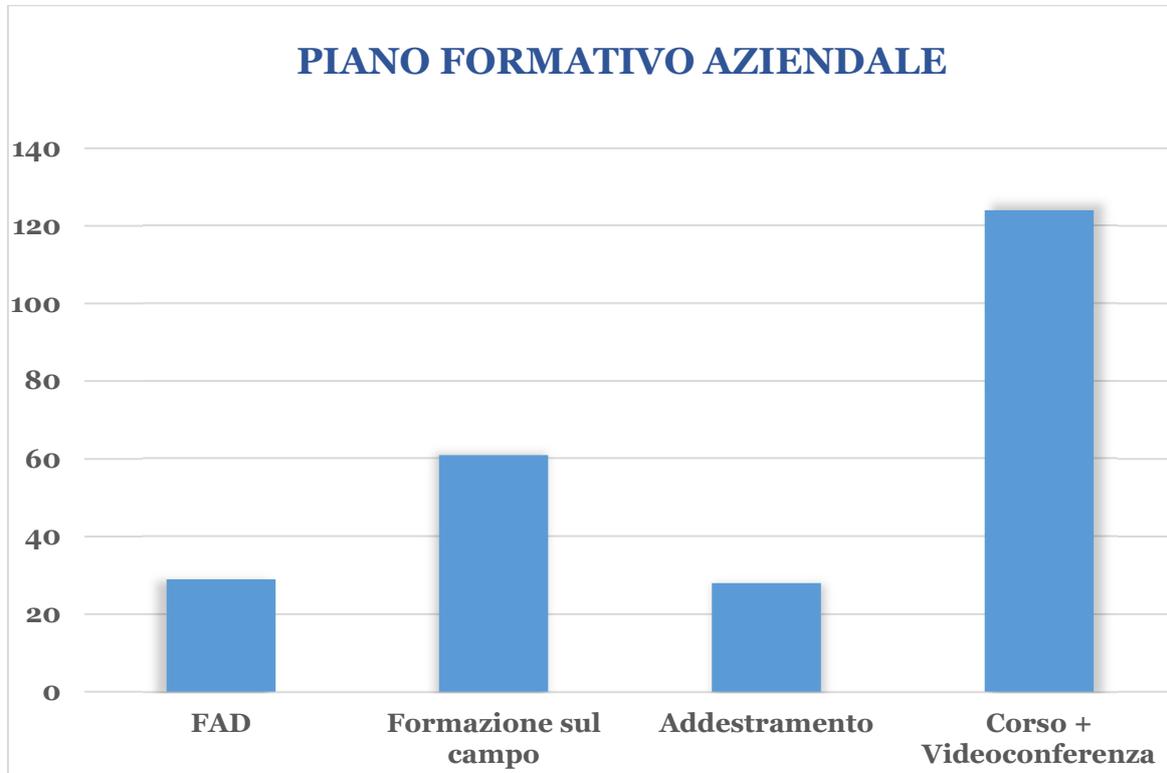
1. TEMATICHE AZIENDALI E REGIONALI	1.1. Gestione del paziente cronico e fragile: ✓ iniziative di formazione sul campo inerenti le nuove realtà organizzative previste dalla Riforma regionale ed i relativi processi ✓ comunicazione efficace ✓ modelli organizzativi e gestionali: le cure domiciliari e l'attività Consultoriale ✓ il modello delle reti: reti di offerta e reti territoriali
	1.2. Telemedicina
	1.3. Applicazione del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
	1.4. Politiche di governo e sviluppo delle risorse umane
	1.5. La comunicazione, il benessere organizzativo e la gestione dei conflitti
	1.6. Sviluppo del PNRR
	1.7. Revisione LR 23/15: il nuovo polo ospedaliero e il nuovo polo territoriale
	1.8. Il nuovo Piano di Organizzazione Strategico Aziendale (POAS)
	1.9. Piano regionale della prevenzione – vaccinazioni e sorveglianza Malattie Infettive
	1.10. Le Basi del Rischio Clinico. Da un approccio relativo a un approccio proattivo (Safety I e Safety II)
	1.11. Organizzazione e gestione della documentazione Aziendale
2. TEMATICHE PROFESSIONALI	2.1. Addestramenti su tecniche specifiche
	2.2. Ricerca e innovazione
	2.3. La ventilazione e sviluppo competenze cliniche e organizzative nell'assistenza al malato pneumologico
	2.4. La corretta gestione delle infezioni e della terapia antibiotica
	2.5. Appropriatelyzza, efficacia e monitoraggio delle prestazioni
	2.6. Attività di farmacovigilanza
3. TEMATICHE DI SISTEMA E NORMATIVE	3.1. Radioprotezione
	3.2. Sicurezza dei lavoratori e dei luoghi di lavoro
	3.3. Fine vita, etica e trapianti
	3.4. Gestione emergenza intraospedaliera, extra ospedaliera con riferimento anche al nuovo modello di triage
	3.5. Innovazione farmacologica, nuove tecnologie e raccomandazioni ministeriale
	3.6. SGQ: sistemi di gestione per la qualità
	3.7. La norma ISO 9001
	3.8 Trasparenza e Anticorruzione
	3.9 Privacy
	3.10 Piano operativo pandemico

La procedura di predisposizione del Piano formativo e le aree tematiche sopra riportate ricomprendono le indicazioni della DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 -avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", relative alla formazione continua in medicina, al ruolo degli Uffici Formazione e alle figure professionali a cui estendere l'attività formativa.

Tenuto conto di quanto sopra riportato, si è quindi provveduto a raccogliere il fabbisogno formativo delle diverse Strutture/Servizi/Uffici di Staff.



Il Piano 2023, viene sintetizzato nella metodologia formativa e nel numero di proposte approvate, come di seguito riportato:





Le iniziative formative sono state presentate da tutte le Strutture/Servizi/Uffici di Staff, come di seguito rappresentato e coinvolgono tutte le professioni sanitarie presenti in Azienda:



Per quanto riguarda i rapporti con gli istituti esterni di formazione (Università, Enti, Scuole), al fine di assicurare una corretta frequenza degli studenti presso i settori di questa Azienda, anche per l'anno 2023 sono state attivate/rinnovate convenzioni con diversi Università regionali e nazionali nonché con Istituti di formazione.

Le iniziative richieste per l'anno 2023 impegnano un budget di circa Euro 140.000,00. Il Piano di Formazione sarà adottato entro il mese di marzo p.v, nel rispetto della scadenza prevista dalla DGR. XI/7758 del 28/12/2022.



3.5 Piano di Azioni positive

Il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) dell’ASST Ovest Milanese è stato istituito con deliberazione n. 434 del 28 ottobre 2021, come previsto dalla vigente normativa in materia e, in particolare, dalla direttiva 26 giugno 2019 recante “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle pubbliche amministrazioni”.

L’Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 83 del 01/03/2022, ha adottato il “Piano Triennale di Azioni Positive 2022-2024 per promuovere le pari opportunità ed il benessere lavorativo”.

Tale piano è stato pensato ed elaborato partendo dal presupposto che la promozione della parità e delle pari opportunità in Azienda, necessita innanzitutto di un’adeguata attività di pianificazione e programmazione di azioni concrete che tendano a sviluppare una cultura organizzativa di qualità volta a promuovere il rispetto della dignità delle persone all’interno dell’Azienda.

Nel Piano, vengono indicate le azioni positive programmate, l’anno di avvio dei lavori per la realizzazione, gli obiettivi che si intendono perseguire, i referenti a cui ne è affidata l’attuazione (individuati prevalentemente tra i componenti del CUG) e le strutture Aziendali chiamate a collaborare per l’attuazione dello stesso.

Sulla base di tale presupposto il CUG, nell’ambito della funzione propositiva che gli è riconosciuta e delle macro-aree di sua competenza (pari opportunità e cultura di genere; benessere organizzativo; conciliazione vita-lavoro), ha elaborato una serie di azioni formative ed informative da ripetersi nel triennio:

1. Convegno annuale sulla “Medicina di Genere”: il corso, esteso a tutte le professioni dell’ASST, nel 2022 si è svolto in modalità FAD asincrona con buon risultato sia in termini di partecipazione che di gradimento, anche per l’anno 2023 si è deciso di mantenere la medesima modalità che lo rende facilmente fruibile da una pluralità di soggetti, senza problemi di sovraffollamento e/o limitazioni di partecipazione.
2. “La Comunicazione efficace e l’arte di ascoltare”: l’iniziativa formativa, (estesa a tutte le professioni), attraverso un percorso teorico pratico si poneva l’obiettivo di fornire ai partecipanti gli strumenti utili al miglioramento dell’efficacia d’ascolto e/o all’assunzione di atteggiamenti assertivi nella gestione delle relazioni interpersonali lavorative ma anche nel rapporto con l’utenza, oltre all’acquisizione dei rudimenti delle tecniche di de-escalation dei conflitti (mediazione trasformativa). Il corso che è stato realizzato con docenza esclusivamente interna, ha avuto un ottimo risultato sia in termini di gradimento che di partecipazione e, pertanto, il CUG ha proposto di confermare la realizzazione del corso per il 2023.
3. Farmacologia di Genere: costituito il gruppo di miglioramento, i componenti del gruppo sono professionisti dell’ASST con competenze specifiche nella medicina di genere, in farmacologia e analisi di laboratorio e avranno l’obiettivo di sviluppare per il 2023 il tema della farmacovigilanza, della farmaco-epidemiologia evidenziando, in particolare, le differenze sostanziali nell’approccio farmacologico tra uomo e donna.



4. Corso FAD destinato ai neoassunti con uno specifico modulo informativo sul CUG (funzioni, obiettivi, riferimenti). Il modulo introdotto nel citato corso per l'anno 2022, è stato apprezzato da parte di coloro che ne hanno fruito. Il Comitato ha quindi deciso di mantenere il modulo nelle edizioni successive e di chiedere l'estensione della fruizione del corso ai lavoratori che si sono assentati per un lungo periodo (assenza, congedi parentali, malattie prolungate), al fine di consentire il loro aggiornamento sulle novità normative e/o sulle procedure/prassi Aziendali interne eventualmente intervenute in loro assenza.
5. *Vademecum maternità* con lo scopo di rendere più agevole alle lavoratrici/lavoratori la comprensione del complesso quadro normativo in materia di maternità e, soprattutto, di congedi parentali. Il documento che illustra la normativa vigente in materia di maternità e congedi unitamente alle procedure/prassi in uso in Azienda, è stato predisposto con la preziosa collaborazione della SC Risorse Umane e del Medico Competente. Il passaggio successivo, per garantirne la più ampia diffusione, sarà la sua pubblicazione sullo spazio dedicato al CUG nell'Internet Aziendale.

Inoltre per garantire il contrasto della violenza di genere e ad ogni tipo di discriminazione diretta o indiretta attraverso la presenza di un/a Consigliere/a di Fiducia, è stato elaborato da parte del CUG il profilo culturale e professionale del/della Consigliere/a di Fiducia che è stato trasmesso alla Direzione dell'ASST con la richiesta di procedere all'emissione di un bando per affidare tale delicata funzione al candidato/a ritenuto/a più idoneo/a.

Tale figura concorrerà a dare concretezza all'azione di tutela svolta dal Comitato nei confronti di tutti i dipendenti che segnalino comportamenti molesti o violenti, garantendo loro un canale d'ascolto sicuro e protetto, nel pieno rispetto della privacy (benessere organizzativo- pari opportunità).

La Direzione ha richiesto al CUG anche la predisposizione di un regolamento che disciplini l'attività della Consigliera in Azienda. La bozza del citato regolamento elaborato da alcuni componenti del Comitato all'inizio del 2023, è stato trasmesso alla Direzione per le opportune valutazioni e i successivi adempimenti di competenza.

Tutte le azioni positive programmate dal CUG per l'anno 2022 sono state realizzate.

Il CUG ha inoltre deliberato in ordine al mantenimento del modulo sul CUG nel corso FAD destinato ai neoassunti chiedendo l'estensione della sua fruizione anche al personale dipendente che per vari motivi rientra dopo un periodo di lunga assenza, oltre all'eventuale aggiornamento del *vademecum maternità* nel caso di novità normative e/o di variazioni nelle procedure/prassi Aziendali riferite alla maternità e/o ai congedi parentali.

Le nuove azioni positive con realizzazione programmata per l'anno 2023, riguarderanno le macro-aree della conciliazione vita –lavoro/pari opportunità e del benessere individuale ed organizzativo.

Per l'anno 2023 sono previsti:

1. La predisposizione di un "*vademecum disabilità*" che al pari di quello sulla maternità, intende fornire ai dipendenti uno strumento di facile comprensione e consultazione sulla complessa normativa in materia di disabilità, sulle tutele previste dal legislatore, dai CCNL di categoria e sulle procedure/prassi vigenti in Azienda da attuarsi per accedere a tali tutele.



2. L' avvio dello studio di fattibilità sulla realizzazione di un'indagine sul clima organizzativo Aziendale mediante la somministrazione di questionari anonimi. Lo studio dovrà considerare e valutare gli aspetti di natura tecnico-organizzativa (quali aree Aziendali sottoporre all'indagine, quali indicatori utilizzare per individuare le aree "critiche", come individuare gli elementi dell'organizzazione in analisi più rilevanti per individuare eventuali criticità, come strutturare il questionario, come elaborare ed interpretare i dati raccolti ecc.) ed economica (analisi costi/benefici) in ordine alla fattibilità e sostenibilità ambientale dell'indagine che si intende effettuare.

La realizzazione di queste ultime attività unitamente al mantenimento in essere di quanto già realizzato, rappresenta per il CUG Aziendale una grande sfida e al tempo stesso un grande sacrificio sia in termini di tempo che di impegno, testimonianza concreta della serietà di ciascuno dei suoi componenti.

Il Comitato, come di consueto, si riserva poi di avanzare ulteriori proposte e/o di effettuare integrazioni al presente Piano al verificarsi di situazioni contingenti e/o rilevanti che rendano necessario un aggiornamento delle azioni positive presentate per il triennio.

3.6 Dotazioni strumentali e informatiche

In riferimento al piano di sicurezza informatica Aziendale che prevede una serie di iniziative tecnologiche, organizzative e procedurali a favore dell'evoluzione della digitalizzazione delle informazioni e della sicurezza informatica, si prevede nel prossimo biennio di:

- ✓ Censire le infrastrutture ed i servizi informatici Aziendali classificandone il livello di criticità, ossia l'importanza che riveste il loro corretto funzionamento per la continuità operativa Aziendale. Per ogni servizio definire eventuali azioni tecniche ed organizzative volte a ridurre al minimo possibile i tempi di fermo del servizio stesso.
- ✓ Effettuare un assessment delle infrastrutture server e storage dei due data center Aziendali individuando eventuali ambiti di razionalizzazione e/o migrazione su servizi cloud.



4. Monitoraggio

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

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

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

L'Azienda, come descritto nella sottosezione di riferimento, effettua un monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale e organizzativa delle strutture dell'Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

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

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

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

Concorre nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa, il monitoraggio della *Customer Satisfaction* per la rilevazione dell'opinione degli utenti interni ed esterni all'Azienda.

La normativa vigente, infatti, prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative attraverso la comunicazione del proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. Tale soddisfazione viene rilevata attraverso il monitoraggio delle segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché attraverso indagini di Customer Satisfaction ad hoc.

Nel 2022, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST ha ricevuto n. 154 segnalazioni/reclami e n. 80 encomi, e oltre 2000 contatti relativi a richieste di assistenza e informazioni pervenute allo sportello, telefoniche e via email/PEC, in collaborazione e a supporto delle varie UO Aziendali.



La rilevazione della soddisfazione degli utenti viene effettuata, altresì, per le prestazioni di natura ambulatoriale e per le degenze, mediante la somministrazione di questionari volti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction). I dati di riepilogo dei questionari relativi ad ogni singola U.O., vengono inseriti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico in una scheda riassuntiva che viene successivamente inviata ad ogni singolo Responsabile dell'U.O. affinché i dati di sintesi ricevuti siano utilizzati come spunti di miglioramento per la propria attività. Inoltre i dati complessivi vengono utilizzati per aggiornare la Customer Satisfaction presente sul sito Aziendale in Amministrazione Trasparente.

Anche a seguito dell'emergenza pandemica, l'attività dell'URP ha continuato, anche nel 2022, a rivestire un ruolo strategico nell'orientare ed informare i cittadini sui servizi disponibili, le modalità di accesso ed i tempi di erogazione. Il ruolo dell'URP è teso a favorire il raccordo tra i cittadini e l'Ospedale in una mutata prospettiva regionale e assistenziale, cercando di facilitare il raggiungimento dei servizi e il contatto con le strutture di riferimento.

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

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

Con riferimento alla sezione "*Organizzazione e capitale umano*", in linea con quanto definito dal DM 30 giugno 2022, n.132, il Nucleo di Valutazione, su base triennale, ne monitora l'effettiva coerenza con gli obiettivi di performance attraverso la predisposizione della relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009).



Allegati

- 1. Piano Triennale dei Fabbisogni**
- 2. Registro dei rischi 2023-2025 sezione Rischi corruttivi e Trasparenza**
- 3. Obblighi di informazione sezione Rischi corruttivi e Trasparenza**