

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
Anno 2023-2025***

Sommario

PREMESSA	3
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	8
2.1 VALORE PUBBLICO	8
2.2. PERFORMANCE.....	12
2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	17
<i>Valutazione di impatto del contesto esterno</i>	<i>18</i>
<i>Valutazione di impatto del contesto interno.....</i>	<i>18</i>
<i>Mappatura dei processi</i>	<i>24</i>
<i>Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.....</i>	<i>25</i>
<i>Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio</i>	<i>27</i>
<i>Misure di prevenzione generali.....</i>	<i>28</i>
<i>Misure di prevenzione specifiche – Area di rischio settore sanitario</i>	<i>39</i>
<i>Relazione sulle attività svolte nel 2022</i>	<i>42</i>
<i>Obiettivi di prevenzione della corruzione per l'anno 2023.....</i>	<i>42</i>
<i>Obiettivi strategici in materia di trasparenza</i>	<i>43</i>
<i>Individuazione dei Dirigenti responsabili della produzione, dell'aggiornamento, della pubblicazione e della trasmissione dei dati.....</i>	<i>44</i>
<i>Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure</i>	<i>45</i>
<i>Esercizio del diritto di accesso (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso ai dati personali).....</i>	<i>45</i>
<i>Registro degli accessi</i>	<i>47</i>
<i>Programmazione dell'attuazione della trasparenza – obiettivi di trasparenza per l'anno 2023</i>	<i>47</i>
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	49
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	49
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	54
3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	58
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	66
3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	70
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	73

PREMESSA

Con l'art. 6 del D.L. n. 80/2021, è stata introdotta una innovazione relativa all'attività di pianificazione delle amministrazioni pubbliche, nell'ambito delle misure di rafforzamento delle capacità amministrative legate all'attuazione del PNRR, ma destinata anche a divenire di natura strutturale. L'obiettivo è quello di favorire e generare l'integrazione tra le varie attività di pianificazione già presenti all'interno delle amministrazioni, con conseguente produzione e rappresentazione di un unico documento di piano che assorba e sostituisca i precedenti. Si tratta dei seguenti piani e ambiti di attività:

- Piano della performance;
- Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza;
- Piano fabbisogno personale, piano della formazione;
- Piano lavoro agile;
- Piano azioni positive.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'ASST Nord Milano, istituita il 1° gennaio 2016 (ai sensi della L.R. 23/15), eroga i propri servizi sanitari e socio-sanitari attraverso:

- Strutture ospedaliere.
 - 2 Presidi Ospedalieri per acuti: P.O. E. Bassini e P.O. Città di Sesto San Giovanni con n. 477 posti letto. Rispondono ai bisogni di salute della popolazione del territorio e offrono servizi specialistici di primo e secondo livello, alcune specialità esercitano un'attrazione verso tutta l'area del Nord Milano e comuni limitrofi e partecipano alle reti di patologia sviluppate in Lombardia
- Strutture ambulatoriali e territoriali.
 - o 6 poliambulatori territoriali dislocati in tutta l'area metropolitana che offrono tutte le discipline specialistiche più un punto prelievi.
 - o 1 Centro di Assistenza Limitata CAL con 12 posti letto tecnici presso il presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni.
- Strutture psichiatriche.
 - o 3 C.P.S. (centro Psico-sociale di Cinisello Balsamo, di Sesto San Giovanni e di Cologno Monzese)
 - o 2 Centri diurni per pazienti con disturbi psichiatrici (CD Sesto San Giovanni e CD Cinisello Balsamo)
 - o 3 Ambulatori U.O.N.P.I.A (Sesto San Giovanni, Cologno monzese, Cinisello Balsamo)
 - o 1 Centro diurno U.O.N.P.I.A (di Cusano)
 - o 1 NOA (Nucleo Operativo di alcologia)

- 1 SERD (Servizio per le dipendenze)

Tali strutture si sviluppano con un'organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali ospedaliere e territoriali, in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale e operano per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati.

- Strutture sociosanitarie sul territorio

- 2 Consultori principali con 7 sedi distaccate (dislocate nei comuni di Cinisello Balsamo, Bresso, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni)
- 6 centri vaccinali (Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino e Sesto San Giovanni)
- 3 centri di Medicina Legale e Certificazioni (Cinisello Balsamo, Cologno Monzese e Sesto San Giovanni)
- 3 Case di Comunità (Bresso, Cusano e Cormano).

I servizi territoriali si articolano su un territorio di 300 mila abitanti che mettono a disposizione l'attività ai comuni situati a nord di Milano. Comprendono attività istituzionalmente rilevanti come i consultori, vaccinazioni, medicina legale e certificazioni, ma anche cure domiciliari, assistenza protesica e integrativa, scelta e revoca medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. A tali servizi si affiancano nuovi modelli di cura come la presa in carico e la continuità di cura, in particolare nei confronti della cronicità/fragilità, nonché l'integrazione con l'assistenza sanitaria primaria, il socio sanitario e socio assistenziale.

Inoltre l'Azienda, in attuazione della DGR n. 5195 del 06/09/2021 "Linee di progetto per l'attuazione di case e ospedali di comunità nella città di Milano", ha aperto nell'anno 2022 le case di comunità (CdC) di Bresso, Cusano e Cormano.

La finalità delle Case di Comunità è quella di assicurare un servizio integrato, in particolare ai cittadini affetti da patologie croniche, sanitario o/e sociosanitario o/e sociale territoriale, potendo contare sulla presenza di team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti, assistenti sociali.

Infine sono stati avviati dei percorsi integrati ospedale territorio tra cui:

- Percorso DAMA e DAMA-Domiciliare: le attività comprendono presa in carico strutturata di pazienti gravemente disabili e/o fragili-non autosufficienti; realizzazione di un percorso dedicato per esami strumentali (procedure diagnostiche/terapeutiche) in ambiente ospedaliero protetto che escluda quindi l'accesso in Pronto Soccorso e, in accordo con MMG/PLS (ATS) ed Enti Locali, realizzazione di presa in carico domiciliare di pazienti e famiglie COVID-positivi per valutazione multidimensionale allargata, risposta a bisogni assistenziali e attivazione della rete dei servizi territoriali sia di pertinenza sanitaria (ASST NM) sia di pertinenza socio-assistenziale (SAD e SAD-H);

- Dialisi Peritoneale Domiciliare (DPD), in stretta collaborazione con UOC Nefrologia e Dialisi, presa in carico di pazienti di DPD assistita o con caregiver;
- Trasfusioni Domiciliari, in stretta collaborazione con SIMT, che comportano la presa in carico dei pazienti da sottoporre a periodico processo trasfusionale.

Di seguito sono riportati alcuni dati indicativi dell'attività effettuata e del personale in servizio nel periodo 2019-2022:

DATI DI ATTIVITA'				
Tipologia di attività	Indicatori	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
<i>Ricoveri Ordinari</i>	N° casi	13.045	10.549	12.785
	Degenza Media	7,7	7,6	6,7
	DRG medio	3.387	3.402	3.187
	Peso Medio	1,1	1,1	1,1
	% drg medici	64,9%	63,0%	54,5%
	% drg chirurgici	35,1%	37,0%	45,5%
<i>Day Hospital/Day surgery</i>	N° accessi	3.224	1.455	1.366
	DRG medio	1.242	916	725
<i>Ambulatoriale</i>	N° prestazioni 28 San	2.820.262	3.481.357	2.401.129
	di cui MAC	10.043	10.180	11.210
	di cui BIC	2.173	1.728	3.020
	N° prestazioni 46 San	85.150	73.234	68.839
<i>Pronto Soccorso</i>	n° accessi	70.772	47.810	59.660
Posti letto effettivi mediati	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022	
Ordinari	396	336	351	
Day Hospital/Day surgery	35	35	35	
TOTALE	431	371	386	

DATI RISORSE UMANE			
Personale Aziendale	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
Dirigenti Medici	332	314	333,5
Dirigenti Sanitari	42	47	49,0
Dirigenti amm.vi/professionali	17	18	19,5
Infermieri/Ostetriche	818	849	886
Tecnici Sanitari	205	221	215
Personale di assistenza e supporto	345	334	345
Amministrativi	368	355	366
Sumaisti	225	231	232
Interinali	48	54	54
Consulenti	25	82	81
Universitari	1	1	1
TOTALE	2.426	2.506	2.582

ANNO 2022	CESSATI	ASSUNTI	DELTA
COMPARTO	212	188	-24
DIRIGENZA	52	50	-2

Tipologie di assenze anno 2022							
	MATERNITA'	MALATTIA	INFORTUNIO	L104	ALTRO	FERIE	TOTALE
DIRIGENZA	3.465	3.352	40	628	4.675	11.715	23.875
% dirigenza	15%	14%	0%	3%	20%	49%	
COMPARTO	11.576	26.921	254	5.311	23.440	53.560	121.062
% comparto	10%	22%	0%	4%	19%	44%	

CONTO ECONOMICO				
Cod.	Voce	ANNO 2019	ANNO 2021	IV CET2022
	RICAVI			
AOIR01	DRG	50.172.526	41.387.455	46.506.018
AOIR02	Funzioni non tariffate	22.273.209	23.336.044	21.613.091
AOIR03	Ambulatoriale	35.810.828	32.694.403	35.164.061
AOIR04	Neuropsichiatria	721.780	609.960	846.582
AOIR05	Screening	406.968	468.034	283.639
AOIR06	Entrate proprie	17.386.033	14.484.553	13.747.918
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	1.942.307	1.607.071	1.705.683
AOIR08	Psichiatria	6.707.011	5.858.117	7.189.546
AOIR09	File F	4.360.461	5.370.589	5.723.871
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	136.028	1.749.697	4.810.304
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	24.494.385	37.055.260	23.598.258
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	150.240	129.870	287.665
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	691.521	2.044.055	14.121.922
AOIR15	Prestazioni sanitarie	6.966.575	12.753.193	10.911.285
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	172.219.872	179.548.301	186.509.843

COSTI				
AOIC01	Personale	110.204.080	110.017.831	111.246.084
AOIC02	IRAP personale dipendente	7.312.218	7.279.975	7.407.622
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.597.660	1.339.759	1.417.440
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	63.642.118	78.144.664	79.567.946
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	303.397	391.880	282.119
AOIC06	Altri costi	19.049.910	20.480.793	18.826.776
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	5.251.477	9.679.441	11.453.198
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	1.286.814	786.256	621.162
AOIC17	Integrativa e protesica	810.580	945.489	831.729
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	209.458.254	229.066.088	231.654.076
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	37.238.382	49.517.787	45.144.233
	Risultato economico	-	-	-

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

L'ASST nel corso del triennio 2023-2025 si propone di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sia sanitarie sia sociosanitarie, secondo standard di eccellenza, di media complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse e in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

La missione strategica si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali e uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale; al fine di indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie; porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;

Ambito ospedaliero

La Legge regionale 22/2021, pur essendo fortemente orientata alla riorganizzazione della sanità extraospedaliera, coinvolge anche l'organizzazione degli ospedali, impegnandola nella definizione e condivisione di percorsi clinico assistenziali integrati con le nuove unità di offerta territoriali (COT, Case di Comunità, Ospedali di Comunità) e con le nuove figure professionali (Infermieri di Famiglia e di Comunità). L'ASST proseguirà l'attività di confronto tra professionisti ospedalieri e professionisti operanti sul territorio al fine di realizzare quella continuità clinico assistenziale particolarmente rilevante per l'utenza "fragile" sia per ragioni anagrafiche (bambini, grandi anziani) sia per patologia (pazienti cronici).

L'ASST sarà impegnata nel corso del 2023:

- all'analisi e miglioramento del percorso assistenziale del paziente chirurgico dall'inserimento in lista al momento dell'intervento chirurgico e all'informatizzazione a livello aziendale delle liste d'attesa di ricovero.

- A una corretta gestione delle liste di attesa al fine di garantire il rispetto delle tempistiche per ciascuna classe di priorità.
- A migliorare i livelli di appropriatezza con una corretta assegnazione delle classi di priorità.
- A migliorare la presa in carico dei pazienti oncologici fornendo al momento della dimissione, tutti gli appuntamenti previsti nel percorso di *follow-up*, con indicazione in lettera di dimissione delle date e degli orari degli esami e visite di controllo.

Nell'anno 2023 saranno portate a termine le opere strutturali e impiantistiche dei sei posti letto di terapia intensiva e sei posti letto di UTIC presso il PO Bassini.

Sempre nell'anno 2023 si concluderanno i lavori di riqualificazione dei reparti di degenza chirurgica e del servizio di blocco operatorio presso il PO Bassini, saranno avviati i lavori di ristrutturazione del reparto di psichiatria presso il PO di Sesto San Giovanni e saranno realizzati interventi legati alla messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini e antincendio per il PO di Sesto San Giovanni.

Ambito Pronto Soccorso

Con la DGR n. XI/6893 Regione Lombardia, al fine di ridurre la permanenza in PS dei pazienti in attesa di ricovero, ha ridefinito il flusso dei pazienti in PS e la ricettività dei reparti di area medica. Per cui l'ASST è tenuta a:

- garantire la figura del bed manager;
- fornire evidenza nella documentazione clinica della valutazione del paziente in termini di eventuali impedimenti di natura clinico-sociali che possano ritardare la dimissione e dare evidenza del momento in cui il paziente ha concluso il proprio iter clinico ed è pronto alla dimissione per limitare il fenomeno del bed_blockers.
- dare evidenza del momento in cui il paziente ha concluso il proprio iter in Pronto Soccorso ed è pronto al ricovero.

A tal fine l'ASST sta provvedendo all'aggiornamento dei flag richiesti all'interno dei software gestionali al fine di garantire un monitoraggio dei tempi di dimissione del paziente ricoverato e i tempi di ricovero del paziente da Pronto Soccorso. Ha attivato un sistema di monitoraggio per la rilevazione dei tempi di attraversamento in Pronto soccorso al fine di ridurre il tempo di permanenza in pronto soccorso.

Ambito ambulatoriale

Elemento qualificante dell'assistenza specialistica ambulatoriale è per l'ASST la presa in carico organizzativa e clinico-assistenziale del paziente: l'ASST si pone come obiettivo prioritario l'equità, garantita dalla trasparenza dei percorsi e da un'attenta e puntuale attività di programmazione delle attività.

Le iniziative poste in essere dalla ASST per il contenimento delle liste di attesa e il miglioramento dell'offerta sanitaria prevedono:

- Rimodulazione dell'offerta ambulatoriale e delle agende ambulatoriali. L'azienda sulla base delle risorse disponibili ha messo in atto le azioni necessarie per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei codici di priorità. L'azienda, al fine di ridurre i tempi di attesa, ha attivato lo strumento dell'area a pagamento nonché all'erogazione di talune prestazioni in fascia serale, prefestiva e festiva aderendo all'iniziativa di Regione Lombardia di Ambulatori aperti nelle ore serali e nel weekend, garantendo prioritariamente le prestazioni più richieste dagli utenti di diagnostica per immagini (Tac, Risonanza magnetica, Mammografia). Per cui tutte le agende saranno aperte e ai fini della trasparenza saranno visibili sul sistema SovraCUP regionale (CUP aziendale, CCR, internet, ...). Inoltre sono state uniformate tutte le note di preparazione contenute all'interno delle agende coinvolgendo gli specialisti interessati.
- Liste di galleggiamento. Al fine di individuare una soluzione, nel caso in cui il paziente in fase di richiesta di prenotazione non trovi alcuna disponibilità nel territorio di appartenenza, Regione Lombardia ha implementato un percorso di abbattimento delle liste di attesa e in particolare con deliberazione n° xi / 5747 (21/12/2021) "Recupero delle liste di attesa: adozione del modello basato su "liste di presa in carico della prenotazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie" ha previsto un nuovo modello di servizio basato sulla completa presa in carico delle richieste di prenotazione. Per l'implementazione del nuovo modello, Regione Lombardia ha definito con il supporto di ARIA un nuovo servizio della Rete Regionale di Prenotazione, rivolto a tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia, che consente la prenotazione di una prestazione in modalità "differita", mediante un meccanismo di "presa in carico" della richiesta. Il servizio si attiva nel caso di completa mancanza di disponibilità per la prestazione richiesta, a fronte di un tentativo di prenotazione attraverso uno dei canali della RRP (portale, App, CCR, etc.). Per la prenotazione in modalità "differita" mediante un meccanismo di "presa in carico" della richiesta, l'ASST ha proceduto ad individuare all'interno della struttura dei referenti : Referenti operativi che forniscono un appuntamento a fronte della richiesta pervenuta dall'ufficio gestione liste d'attesa.
- Maggiore utilizzo degli strumenti informatici. L'ASST provvede a massimizzare l'utilizzo degli strumenti informatici aziendali e regionali per:
 - la prenotazione, sia all'interno della ASST (tramite CUP), sia dall'esterno direttamente da parte dei cittadini (tramite Call center telefonico, mail, App, Internet, ...).
 - account per la gestione dei solleciti "presaincaricoamm@asst-nordmilani.it"
 - il pagamento del Ticket (attraverso PagoPA).
- Monitoraggio liste di attesa. Al fine di contenere le liste di attesa di alcune prestazioni Regione Lombardia con DGR XI 7819 del 23/01/2023 DGR XI 7475 del 30/11/2022 individua le prestazioni ambulatoriali da monitorare applicando le metodologie e gli strumenti sopra riportati.

Ambito territoriale

Altra importante vision riguarda l'apertura delle Case di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare. L'obiettivo si inquadra nel sistema prefigurato dalla D.G.R. n. XI/5373 del 11 ottobre 2021, avente ad oggetto "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico e approvazione della fase n. 1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del servizio sociosanitario regionale". Uno dei temi chiave identificati per il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio è il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali quali la Casa delle Comunità e gli Ospedali della Comunità.

In tale ambito in seguito all'apertura nell'anno 2022 della Casa di Comunità di Bresso e l'attivazione funzionale, ancorché parziale, delle strutture di proprietà di Via Ginestra 1 a Cusano Milanino e Via Boccaccio 17 a Cologno Monzese, per l'anno 2023 sono previsti la conclusione degli interventi strutturali di adeguamento e riqualificazione delle case di Comunità di Cusano e Cologno Monzese, nonché l'avvio dei lavori per le future case di comunità di Via Terenghi a Cinisello Balsamo e Via Oslavia a Sesto San Giovanni. Inoltre a seguito dei lavori di riqualificazione e di adeguamento è prevista l'apertura dell' Ospedale di Comunità presso Cologno Monzese.

Infine al fine di consentire una sempre più efficace integrazione ospedale-territorio verranno valutati e migliorati i percorsi diagnostico-terapeutici quali PDTA diabete, PDTA BPCO, PDTA scompenso Cardiaco, PDTA demenze nonché potenziato il percorso delle dimissioni protette.

Le Case della Comunità, dove opereranno team multidisciplinari, costituiscono il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e sono il punto di riferimento per i malati cronici. Presso le case di comunità sono state e saranno attivati i servizi riferiti alle seguenti Aree:

- accoglienza utente
- servizi amministrativi e di accesso
- assistenza primaria
- integrazione sociosanitaria
- specialistica ambulatoriale
- servizi sociosanitari

Nello specifico sono stati avviati nelle Casa di comunità servizi quali:

- Punto Unico di Accesso - PUA
- Sportello multidisciplinare
- Punto prelievi
- Assistenza Protesica e Farmaceutica Accesso libero
- Ambulatorio Infermiere di famiglia e Comunità – IFeC Accesso

- Consultorio Familiare
- Servizio Fragilità
- Vaccinazioni
- Scelta e Revoca medico ed esenzioni

2.2. Performance

Per Performance si intende la capacità dell'Azienda di trasformare, attraverso azioni mirate, gli obiettivi prefissati in risultati misurabili.

I principi generali sui quali si sviluppa il sistema di valutazione delle performance sono coerenti con quanto definito nel Decreto Legislativo 150/09 e smi. Esso prevede l'applicazione di un sistema che, comprendendo la definizione e assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio, la successiva misurazione e valutazione, sia collegabile all'utilizzo dei sistemi premianti ed alla rendicontazione dei risultati sia volta al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione degli incentivi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle strutture cui afferiscono.

Tali principi sono ribaditi e sviluppati nella recente integrazione normativa dettata dal D. Lgs. n. 74 del 25.05.2017, che estende il rilievo del sistema rispetto al riconoscimento di progressioni economiche ed al conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

L'ASST Nord Milano ha adottato meccanismi di valutazione (organizzativa e individuale), volta al raggiungimento di specifici obiettivi e al miglioramento delle performance, delle competenze e dei comportamenti professionali ed organizzativi, collegata alla progressione economica orizzontale (comparto) e attribuzione o conferma di incarichi (Dirigenza) e alla erogazione della produttività e della retribuzione di risultato, secondo la Contrattazione Nazionale e Integrativa Aziendale.

Nel livello direzionale e operativo e nelle singole articolazioni organizzative trovano collocazione gli strumenti di programmazione di breve periodo quali il budget, gli obiettivi ed i programmi aziendali:

- definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati alla Direzione.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità sulla base delle entità organizzative definite nel Piano di Organizzazione Aziendale Sanitario.

La ASST declina le proprie performance mediante una programmazione annuale coerente con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Performance organizzativa

Punto di partenza della pianificazione strategica dell'ASST è la declinazione di obiettivi di indirizzo definiti nel Piano Socio sanitario Regionale 2020-2022 (PSSR), nelle Regole di Sistema annuali e negli Obiettivi di Mandato (DGR n.7758 del 28.12.2022).

Al fine di garantire il pieno raggiungimento, gli obiettivi regionali sono stati assegnati ai referenti interni individuati per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione e a sua volta declinati alle articolazioni aziendali coinvolte al fine di consentire un completamento del processo di gestione della performance organizzativa.

Inoltre l'Azienda, quale soggetto inserito nel sistema regionale, si è impegnata nella realizzazione di ulteriori specifici obiettivi sia di carattere amministrativo gestionale (interventi di edilizia sanitaria, salvaguardia equilibrio economico finanziario, rispetto budget personale) che sanitario (consolidamento di percorsi integrati, multidisciplinari e di continuità della cura, nella condivisione di protocolli diagnostici).

In sintesi la programmazione aziendale prioritariamente si impegnerà per il prossimo triennio sui temi relativi:

- alla dimensione di performance dell'utente, riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti e dei servizi, articolata secondo le aree di performance dell'accesso e della domanda dell'integrazione e degli esiti.
- alla dimensione di performance dei processi interni, fondamentale per garantire lo svolgimento efficiente, efficace e sicuro di prestazioni e servizi, articolata secondo le aree di performance della produzione; appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico; dell'organizzazione; dell'anticorruzione e della trasparenza.
- alla dimensione di performance della sostenibilità relativa al corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento all'area economico-finanziaria e degli investimenti.

Gli obiettivi di cui sopra sono stati declinati di seguito nella tabella degli obiettivi/indicatori.

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Riultato Atteso 2023	Risultato Atteso 2024	Risultato Atteso 2025
PERFORMANCE DELL'UTENTE	Piano per le liste di attesa 2023: produzione 110% del medesimo mese dell'area specialistica ambulatoriale dell'anno 2019 delle seguenti prestazioni: 9502 - Prima visita oculistica 897A7 - Prima visita dermatologica 88722, 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A - Eco(color)dopplergrafia cardiaca 88731 - Ecografia bilaterale della mammella 88761 - Ecografia addome completo 897B7 - Prima visita ortopedica 88735 - Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici 897A3 - Prima visita cardiologica 897A8 - Prima visita endocrinologica/diabetologica 8913 - Prima visita neurologica [neurochirurgica] 4525 - Colonscopia con endoscopio flessibile 88714 - Diagnostica ecografica del capo e del collo 4516 - Esofagogastroduodenoscopia [EGD] 87371 - Mammografia bilaterale 8950 - Elettrocardiogramma dinamico 89372 - Spirometria globale 88772 - Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuali, arteriosa o venosa 88016 - Tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo, sz e con contrasto 87411 - Tomografia computerizzata (TC) del torace, sz e con contrasto 88741 - Ecografia dell'addome superiore	n° prestazioni mese corrente/n° prestazioni mese 2019	+10%	+10%	+10%
	Piano per le liste di attesa 2023: incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni ambulatoriali	n° remind aziendale /n° totale prenotazioni	↑	↑	↑
	Attività ambulatoriale: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ambulatoriale	100%	=	=
	Attività di ricovero: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ricoveri	100%	=	=
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti gestiti in PS entro le 8h/n° totale pazienti gestiti in PS	90%	90%	90%
	Elaborazione procedura per la gestione dei pazienti in dimissione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	avvio attività	30%	50%
	Potenziamento rete territoriale: rispetto del cronoprogramma di attivazione funzionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	rispetto cronoprogramma	100% (CdC Cinisello/SSG ODC Cologno Monzese)	100% ODC Cormano	messa a regime
	Attivazione nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	entro 31/03/2023	messa a regime	=
	Screening Cervic Uterina: gestione attività	n° colposcopie realizzate entro 3-5 o 20 gg dalla richiesta di ATS/n° totale richieste	100%	100%	100%
		n° di diagnosi di 2° livello inseriti su SW entro 30 gg da colposcopia/ n° totale diagnosi	90%	90%	90%
	Rispetto programma del PRP "Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL"	- coorte 2021 per le vaccinazioni: esavalente, MPRV, Men C, PNC, Rotavirus, Men B - coorte 2016 per le vaccinazioni: 4° DTTP e MPR - coorte 2011 per le vaccinazioni HPV (2 dosi), 5° DTTP e Men ACWY - coorte 2007 per le vaccinazioni: 5° DTTP e Men ACWY	>=95%	>=95%	>=95%
	Organizzazione eventi per la promozione delle campagne vaccinali con pianificazione di azioni mirate per incentivare i pazienti alla vaccinazione	n° eventi promozionali n° azioni mirate	5 5	5 5	5 5
	Implementazione e messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	75%	80%	85%
	Area consultori: Definizione del percorso di presa in carico delle donne consultorio ospedale e ospedale consultorio	n° donne gravide prese in carico che partoriscono presso l'hsp SSG/n° totale donne gravide gestite	>=30%	>=40%	>=50%
	Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz assistiti a domicilio (età>=65 anni)/1000 residenti	4%	5%	8%
Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	almeno 8 azioni	almeno 8 azioni	almeno 8 azioni	

PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Aggiornamento piano pandemico	pubblicazione piano	entro 31/08/2023	entro 31/08/2024	entro 31/08/2025
	Istituzione cabina di regia	delibera Elaborazione regolamento	entro il 30/06/2023 pubblicazione entro il 31/12/2023	applicazione regolamento	applicazione regolamento
	Area Distretti: elaborazione accordi organizzativi tra gli erogatori e i medici di famiglia per lo sviluppo dell'attività di vaccinazione	elaborazione documenti	entro il 30/06/2023	aggiornamento	aggiornamento
	Elaborazione accordi organizzativi relativi alle integrazioni tra i diversi setting assistenziali per una efficace presa in carico della popolazione di riferimento (ADI base)	elaborazione documenti	entro il 30/06/2023	aggiornamento	aggiornamento
	Introduzione Cartella Clinica Elettronica	introduzione in un reparto pilota	entro il 31/12/2023	messa a regime	=
	Applicazione modello HIMSS EMRAM	applicazione modello	entro il 31/03/2023	messa a regime	=
	Predisposizione piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e programmazione e effettuazione interventi tecnici e organizzativi necessari:	condivisione scheda aziendale quantificazione e allocazione delle risorse aggiornamento scheda aziendale	entro il 31/01/2023 entro il 31/03/2023 entro il 31/12/2023	messa a regime	=
	Corretta e completa alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali	coerenza con il sistema contabile n. informazioni trasmesse	100% 100%	100% 100%	100% 100%
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area crediti e ricavi - area debiti e costi	pubblicazione	entro il 31/12/2023	entro il 31/12/2024	entro il 31/12/2025
	Rispetto delle indicazioni richieste da Regione Lombardia sulla gestione dei flussi consumi e contratti:	rispetto dei tempi di invio n° repertori presenti su flusso consumi/n° repertori presenti su flusso contratti	SI >=70%	SI >=70%	SI >=70%
	Rispetto cronoprogramma per gli avvisi/concorsi	rispetto cronoprogramma	entro il 31/12/2023	entro il 31/12/2024	entro il 31/12/2025
	Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione delle nuove linee guida regionali sul controllo di gestione	n° incontri	almeno un incontro		
	Area protesica: elaborazione / rivisitazione istruzione operativa per il monitoraggio e il recupero dei beni sia riutilizzabili che installati presso il domicilio	pubblicazione procedura	entro il 30/06/2023	applicazione	applicazione
	Avvio attività di riclassificazione dei laboratori clinici aziendali	presentazione istanza	entro il 31/08/2023	entro il 31/08/2024 requisiti minimi specifici organizzativi	entro 28/02/2025 requisiti minimi specifici strutturali
	Sorveglianza Malattie Infettive: utilizzo SMI	partecipazione a corso FAD possesso credenziali n° accessi	100% dei dirigenti medici 100% dei dirigenti medici almeno un accesso	corretto utilizzo	corretto utilizzo
	Elaborazione documento per la sperimentazione del budget della salute per residenzialità psichiatrica socio riabilitativa	pubblicazione documento	entro il 31/07/2023	applicazione	applicazione
	Attivazione nucleo funzionale dell'autismo	delibera	entro il 30/04/2023		
	Messa a regime: - centro per la famiglia - psicologia delle cure primarie	elaborazione documento progettuale avvio	entro il 30/06/2023 entro il 30/09/2023	messa a regime	manteniment o
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	↑	↑	↑
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Oculistica	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023		
Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale - ambulatoriale	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023			
Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	entro il 31/05/2023			
Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	entro il 31/07/2023	attivazione	messa a regime	
Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento Consultorio di Cusano/Cinisello Balsamo	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023			
Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di attivazione UDO C-Dom	elaborazione documenti	entro il 31/07/2023			

PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per i neo assunti	n. neo assunti che hanno effettuato il corso / n. totale neo assunti	80%	80%	80%
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operatori di struttura	10%	10%	10%
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	almeno due edizioni	almeno due edizioni	almeno due edizioni
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	100%	100%	100%
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: implementazione della tracciabilità dell'attività di gestione interna delle istanze di accesso agli atti e di accesso civico generalizzato e di riscontro alle stesse	n° note di riscontro alle richieste di accesso di cui è garantita la tracciabilità a mezzo del protocollo informatico aziendale/n° totale di istanze pervenute (esterne+interne)	100%	100%	100%
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: revisione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni, di cui alla sottosezione bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 previsto da ANAC	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	80%	85%	90%
	Prevenzione dei conflitti di interesse nei processi afferenti a "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazione": acquisizione Dichiarazione Pubblica degli interessi da parte di specifiche figure individuate dal RPCT	n. dichiarazioni acquisite /n. totale delle figure professionali individuate	75%	80%	85%
	Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi valutazione rischi misure di trattamento	entro il 30/09/2023 entro il 31/12/2023	entro il 30/09/2024 entro il 31/12/2024	entro il 30/09/2025 entro il 31/12/2025
PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	31/12/2023	31/12/2024	31/12/2025
	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	0%	0%	0%
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrezzature previste da programma	attuazione piano	adesione al 100% delle gare espletate	adesione al 100% delle gare espletate	adesione al 100% delle gare espletate
	Rispetto dei tempi di pagamento	rispetto richieste regionali	SI	SI	SI
	Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	entro il 30/6/2023 entro il 31/12/2023	entro il 30/6/2024 entro il 31/12/2024	entro il 30/6/2025 entro il 31/12/2025

Performance individuale

Ogni Responsabile di struttura/servizio (Responsabile UOC per i Dirigenti, Coordinatore per il Comparto) compie una valutazione dell'apporto individuale, di ciascun collaboratore, al raggiungimento complessivo dei risultati. Tale valutazione si esprime attraverso la compilazione di apposite schede di valutazione predisposte dalla UOC Risorse umane e organizzazione.

La valutazione del personale, effettuata dal dirigente o funzionario direttamente responsabile della direzione dello stesso, è finalizzata:

- al miglioramento delle prestazioni degli operatori, utilizzando la valutazione come opportunità;
- a premiare il merito individuale attraverso il riconoscimento economico;
- a favorire la crescita professionale degli operatori attraverso interventi di sviluppo e formazione;
- ad acquisire ogni utile informazione per la migliore gestione delle risorse umane.

Il contributo individuale viene valutato negli aspetti qualitativi dei comportamenti e delle competenze svolte nell'esecuzione delle prestazioni sia di natura assistenziale e di cura, che amministrative e/o organizzative.

La valutazione individuale si sviluppa su specifiche aree articolate in relazione alla categoria/profilo del personale, che possono essere di seguito schematizzate:

Relazioni interne e con l'utente: capacità di mantenere un atteggiamento positivo nei rapporti con i colleghi, con gli utenti e con i superiori; adottare comportamenti e strategie per evitare tensioni interpersonali; affrontare i problemi con serenità e fermezza verificando anche il punto di vista altrui con ascolto e dialogo; impostare rapporti professionali fondati su chiarezza, correttezza e collaborazione nell'ottica del lavoro d'équipe.

Capacità organizzativa: capacità di organizzare le attività professionali proprie, di individuare le priorità, programmare, rispettare i tempi concordati e mettere in atto sistemi di delega e/o attribuzione di attività a personale di supporto, sorveglianza e controllo.

Qualità delle prestazioni: attuazione di azioni e comportamenti rispondenti ai bisogni del cliente esterno (utenti/persone assistite/cittadini) o del cliente interno, compiendoli con dedizione e precisione, combinando opportunamente le esigenze, entrambi importanti, della standardizzazione e della personalizzazione delle prestazioni di propria competenza nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

Iniziativa personale e capacità di proporre metodologie/soluzioni innovative o migliorative: capacità di formulare proposte di nuove attività di formazione/aggiornamento coerenti al proprio profilo di competenza e di prospettare nuove soluzioni/metodologie.

Partecipazione: contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi di struttura.

2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sezione sostituisce il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i e rappresenta il documento in cui sono illustrate le strategie di prevenzione del rischio corruttivo e le politiche di trasparenza che l'Azienda Socio Sanitaria Nord Milano intende adottare nel periodo 2023-2025.

La presente sottosezione è stata predisposta attenendosi a quanto previsto dalla Legge n.190/2012 e s.m.i., nonché dai Piani Nazionali Anticorruzione e dalle altre direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'ASST Nord Milano si propone, nell'ambito delle proprie strategie di prevenzione della corruzione, di realizzare i seguenti principali obiettivi:

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

Nell'ottica di rendere più efficace l'azione finalizzata al conseguimento dei predetti obiettivi strategici, l'ASST Nord si impegna a:

- mantenere un percorso di collegamento tra gli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance al fine di tradurre le misure di prevenzione in obiettivi strategici organizzativi e individuali assegnati alle strutture e ai loro dirigenti;
- realizzare una migliore integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e i sistemi di controllo interno (internal Auditing);
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione.

Al fine di sensibilizzare i cittadini e le imprese alla cultura della legalità, si è data la possibilità a tutti gli stakeholder aziendali di intervenire nel processo di elaborazione della presente sezione mediante invio all'Azienda di proposte e osservazioni in merito.

Al fine di raccogliere eventuali proposte e/o suggerimenti, nonché formulare integrazioni e osservazioni finalizzate ad una migliore individuazione delle misure per prevenire la corruzione, in data 30 dicembre 2022 è stato pubblicato sulla home page della sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale l'Avviso di consultazione, rivolto a tutti gli stakeholder e al personale aziendale.

Entro il 18 gennaio 2023, data di scadenza della presentazione di contributi, non è pervenuta alcuna proposta da parte degli stakeholder aziendali.

Il Sistema di Gestione Anticorruzione delineato nel presente documento deve essere conosciuto ed osservato da fornitori, provider, appaltatori e contraenti a qualsivoglia titolo, pubblici e privati che entrino in relazione con l'Azienda.

Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'ASST Nord Milano si trova ad operare, possano influire sulle attività istituzionali favorendo la loro esposizione a fenomeni corruttivi.

L'ASST Nord Milano è inserita in un contesto socio economico e territoriale caratterizzato da alcune specifiche peculiarità, in quanto nel panorama nazionale la Regione Lombardia, con oltre 10 milioni di abitanti è la regione più popolata d'Italia e si configura come la più importante realtà economica, essendo connotata da un tessuto produttivo e finanziario particolarmente ricco e dinamico.

Di conseguenza, tale territorio e, in particolare, la provincia di Milano possono rappresentare un'area di interesse per la criminalità organizzata, tesa a permeare l'economia legale ed a sfruttarne le opportunità che ne derivano (cfr. Relazioni al Parlamento sull'attività delle forze di polizia sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata anno 2019 e anno 2020, a cura del Ministero dell'Interno, e

Relazione della Direzione Generale Sicurezza di Regione Lombardia e Polis Lombardia sul monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia biennio 2020/2021).

Per la criminalità organizzata, la Lombardia può costituire un solido bacino di investimento grazie ai cospicui capitali da reimpiegare, anche attraverso il riciclaggio, in attività commerciali di vario tipo.

Tale modus operandi rende più labili i confini tra le attività legali e quelle illecite, creando potenzialmente le condizioni per l'insinuazione del fenomeno corruttivo.

Inoltre, l'attuale situazione di crisi economica determinata prima dalla pandemia da Coronavirus e successivamente dall'esplosione del conflitto russo-ucraino è suscettiva di rappresentare una ulteriore opportunità per la criminalità organizzata di incrementare i propri affari.

In questo contesto, il sistema sanitario lombardo rimane soggetto all'attenzione da parte della criminalità organizzata.

La Sanità lombarda costituisce infatti un settore di eccellenza di una delle regioni più progredite d'Europa, un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni regione d'Italia e beneficiario di risorse ingenti pubbliche e private.

Si è accertato che le risorse finanziarie per la gestione e funzionamento del Servizio Sanitario regionale lombardo assorbono circa il 70% del fabbisogno complessivo della Regione Lombardia.

In tale contesto, è da osservare che il trascorso periodo di pandemia ha comportato nuove urgenze e bisogni nel settore della salute, generando un rapido sviluppo di mercati nuovi per tipologie e dimensioni, con potenziale attrattiva delle organizzazioni criminali rispetto a settori, invero non bloccati dalle restrizioni covid, quali l'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico sanitario, i servizi funebri, le imprese di pulizia e sanificazione e smaltimento di rifiuti sanitari.

Da ultimo, le risorse messe a disposizione a livello europeo per la ripresa economica, mediante il PNRR, destinate alla realizzazione di infrastrutture e altre opere pubbliche, nonché a potenziare il sistema sanitario nazionale possono comportare il rischio di infiltrazione mafiosa nell'economia legale e in particolare nel settore degli appalti pubblici.

La necessità di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza sanitaria ha consentito alle Pubbliche Amministrazioni di procedere all'acquisto di beni e servizi mediante procedure semplificate che hanno comportato modifiche sostanziali al codice dei contratti.

Tutto ciò espone le aziende del SSN ad un rischio medio/alto di fenomeni corruttivi, e impone alle stesse di mantenere costantemente un elevato livello di guardia introducendo meccanismi dinamici di prevenzione e deterrenza tali da contrastare e impedire detti fenomeni, pur tenendo conto delle esigenze di semplificazione dell'azione amministrativa.

E' quindi necessario rivedere processi e procedure con sistemi di controlli efficaci, ma nel contempo adeguati all'emergenza, senza aprire a deroghe generalizzate ed azzeramento dei controlli.

Valutazione di impatto del contesto interno

L'ASST Nord Milano è stata oggetto negli ultimi anni di un processo di riorganizzazione che ha comportato la modifica del Piano Organizzativo Aziendale Strategico ed ha interessato tutto l'anno 2022.

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

Tutto ciò ha determinato una minore speditezza delle attività di monitoraggio e controllo, anche rispetto a quelle in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

- Il Direttore Generale;
- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- Dirigente Responsabile delle Funzioni di Internal Audit e Gruppo Operativo Internal Audit;
- Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- Il Collegio Sindacale;
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- Il R.A.S.A - Responsabile Anagrafe Unica della Stazione Appaltante;
- Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio;
- Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

A) Il Direttore Generale

- designa il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- adotta il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;

B) Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, avv. Anna Bricchi, Dirigente Amministrativo - nominato dal Direttore Generale con deliberazione 23 dicembre 2021, n. 1043, svolge le seguenti attività:

- attuazione dei compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013;

- elaborazione della proposta del Piano di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, quale sottosezione del PIAO, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione;
- verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità;
- proposta di modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare il personale operante nelle aree a maggior rischio corruzione, su proposta dei dirigenti di struttura (art. 1 comma 8, Legge n. 190/2012);
- svolgimento dei compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 Legge n. 190/2012; art. 15 D.Lgs. n. 39/2013);
- elaborazione della Relazione annuale sull'attività svolta assicurandone la pubblicazione;
- assunzione anche del ruolo e delle funzioni di Responsabile della trasparenza, ai sensi di quanto disposto nel D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97;
- riferisce sull'attività nei casi in cui la Direzione Generale lo richieda o qualora lo stesso responsabile lo ritenga opportuno.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il RPCT riscontri fatti che configurino un illecito disciplinare, deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto ovvero al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, nonché all'Ufficio Procedimento Disciplinari, affinché tali fatti siano valutati ed eventualmente avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Ove riscontri fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve altresì presentare tempestiva comunicazione alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

Nel caso venga a conoscenza di fatti che rappresentano notizia di reato deve presentare denuncia, esposto o segnalazione alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

In caso di temporanea assenza del RPCT il sostituto dello stesso è individuato nel Dott. Antonio Cortese, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso la SC Affari Generali e Legali.

C) I Dirigenti referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

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

I predetti Dirigenti:

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

D) Gruppo Operativo Internal Audit

La funzione di Internal Audit è uno strumento di controllo caratterizzato da autonomia e indipendenza rispetto ai processi aziendali, il cui compito è quello di presidiare e monitorare le procedure organizzative, identificare e mitigare i rischi, al fine di garantire la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, che per essere qualificabile come regolare e corretta deve essere misurabile e verificabile nella sua efficienza ed efficacia.

L'attività di Internal auditing si è rivelata infatti utile ai fini di identificare rischi e criticità insite nei vari processi aziendali, che, se non monitorate possono potenzialmente costituire terreno fertile per eventuali fenomeni corruttivi.

Il Responsabile aziendale delle Funzioni di Internal Audit, unitamente al Gruppo Operativo appositamente costituito, svolge attività di supporto al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza in relazione all'attività di monitoraggio di 2° livello avente ad oggetto la verifica dell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione programmate da parte delle Strutture Aziendali, nonché l'efficacia delle stesse. In esito a detto monitoraggio, che a seconda delle strutture sottoposte a controllo avviene con cadenza semestrale o annuale, qualora emergano criticità nell'applicazione delle misure di prevenzione, il Gruppo di Internal Audit elaborerà di concerto con il RPCT le relative proposte di miglioramento.

E) Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di valutazione delle Prestazioni, considerata la rilevante importanza delle funzioni svolte, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione. Svolge inoltre i propri compiti connessi all'attività

anticorruzione con le verifiche e le attestazioni afferenti al settore della trasparenza. I verbali di riunione del Nucleo, sono pubblicati sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente.

F) Il Collegio Sindacale

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

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

G) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari aziendale concorre alla prevenzione della corruzione mediante l'esercizio dell'azione disciplinare nei casi di violazione del Codice di Comportamento aziendale.

H) Il Responsabile Anagrafe unica della Stazione Appaltante

Il Responsabile dell'Anagrafe unica per la Stazione appaltante (RASA), nominato ai sensi dell'art. 33 *ter* D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 17 dicembre 2012, n. 221, è il soggetto incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante.

La ASST Nord Milano ha designato il nuovo Responsabile dell'Anagrafe Unica della Stazione appaltante con Deliberazione n° 262, del 22 aprile 2020, nella persona del Dirigente responsabile della S.C. Gestione Acquisti (ing. Federica Olivei).

I) Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

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

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

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

L'ASST Nord Milano al fine di adempiere alla normativa nazionale in materia di antiriciclaggio, con delibera n. 821 del 23 dicembre 2019, ha provveduto:

- a) ad approvare il “Regolamento per il contrasto dei fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo”, che disciplina le procedure aziendali finalizzate alla prevenzione del riciclaggio e del finanziamento al terrorismo e definisce compiti e funzioni dei soggetti che intervengono nell’ambito delle predette procedure.
- b) a nominare il c.d. “gestore” antiriciclaggio individuato nel Dirigente amministrativo Dott. Francesco Giuliani.

J) I dipendenti e collaboratori dell’Azienda

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

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall’Azienda devono essere rispettate da tutti i soggetti che hanno un rapporto di lavoro con l’Ente, di qualsivoglia natura (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: dipendenti, specialisti ambulatoriali, incarichi libero professionali, borsisti, tirocinanti, ecc.) ai sensi di quanto disposto nel Codice di Comportamento aziendale.

La violazione delle misure di prevenzione previste nel Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012 e s.m.i.).

Mappatura dei processi

L’Azienda ha avviato un percorso finalizzato a recepire, gradualmente, le indicazioni ANAC contenute nell’allegato 1 al PNA 2019 “*Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*”, che prevedevano il passaggio da un approccio di tipo quantitativo fondato su analisi matematiche e statistiche ad un approccio metodologico qualitativo fondato su motivate valutazioni del livello di rischio espresso, supportate da dati documentali.

Nell’anno 2021 era stata effettuata la mappatura di gran parte dei processi aziendali e delle correlate attività, ma non era stato completato il percorso di analisi e valutazione dei rischi sulla scorta delle indicazioni di cui al richiamato allegato 1 del PNA 2019.

Tra gli obiettivi di performance riportati nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2022/2024 era stato pertanto previsto quello della revisione delle procedure di analisi valutazione e trattamento del rischio corruttivo, in conformità alla nuova metodologia indicata da ANAC, relativamente ai processi ricompresi nelle sotto riportate aree di rischio generali e specifiche:

- a) area di rischio Contratti Pubblici, definita da ANAC Area di rischio generale;

- b) area di rischio Acquisizione e Gestione Risorse Umane, definita da ANAC Area di rischio generale;
- c) area di rischio libera professione e liste di attesa, definita da ANAC Area di rischio specifico.

Nell'anno 2022 si è provveduto in relazione all'obiettivo di performance suindicato, ad applicare la nuova metodologia di gestione del rischio corruttivo ai processi e alle correlate attività afferenti alle tre aree individuate.

Il processo di gestione del rischio corruttivo si è articolato nelle seguenti fasi:

- identificazione del rischio;
- analisi e valutazione del rischio;
- trattamento del rischio.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

E' stato predisposto per i processi sottoposti a valutazione un Registro dei Rischi corruttivi, identificati sulla scorta dei seguenti elementi:

- a) esito della mappatura dei processi aziendali effettuata nell'anno 2021;
- b) informazioni in possesso del RPCT quali segnalazioni, richieste di accesso agli atti, procedimenti disciplinari o penali, ricorsi giurisdizionali etc;
- c) Delibere e Direttive ANAC in materia.

L'analisi e la valutazione del rischio è una fase che ha un duplice obiettivo, quello di comprendere più profondamente la natura dei rischi corruttivi riportati nel Registro aziendale dei Rischi, mediante l'individuazione dei fattori abilitanti, nonché quello di stimare il livello di esposizione al rischio, avvalendosi di specifici criteri, parametri e indicatori.

Per fattori abilitanti si intendono tutti i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

I fattori abilitanti presi in considerazione a livello aziendale sono stati individuati tra i seguenti:

- carenza controlli;
- disfunzioni organizzative;
- scarsa percezione rischio corruttivo;
- alta discrezionalità;
- carenza di trasparenza;
- basso livello di rotazione;
- eccessiva concentrazione dei poteri decisionali;
- carenze formative del personale addetto ai processi;
- eccessiva regolamentazione;
- scarsa chiarezza normativa;

- necessità di fronteggiare situazioni di emergenza;
- asimmetrie informative e presenza di potenziali conflitti di interesse.

La stima del livello di rischio consente di individuare i processi e le attività su cui è necessario rafforzare le misure di prevenzione della corruzione.

Al fine di pervenire ad una stima del livello di esposizione al rischio basata su un approccio di tipo qualitativo, sono stati pertanto individuati una serie di indicatori di rischio rappresentati dai seguenti:

- 1) Segnalazioni ed altri eventi sentinella;
- 2) Manifestazioni di eventi corruttivi avvenuti in passato;
- 3) Grado di discrezionalità;
- 4) Grado di efficacia delle misure di prevenzione della corruzione;
- 5) Grado di opacità;
- 6) Grado di concentrazione del processo decisionale e rotazione del personale;
- 7) Grado di rilevanza degli interessi esterni;
- 8) Gravità impatto potenziale sul piano economico e su quello dell'immagine in caso di evento corruttivo;
- 9) Grado di probabilità dell'evento corruttivo.

Per ciascuno dei singoli indicatori di rischio è stato chiesto ai Responsabili delle strutture afferenti alle aree di rischio interessate di associare, sulla scorta di determinati criteri e parametri forniti dal RPCT, un valore di rischio in rapporto alle specifiche attività dei processi oggetto di valutazione, operando una scelta nell'ambito di una scala di valori composta da tre livelli (**ALTO - MEDIO - BASSO**).

Partendo dalla misurazione parziale dei singoli indicatori è stata dipoi effettuata la valutazione complessiva del livello finale di esposizione al rischio delle specifiche attività, sulla base di una scala di valori articolata in 5 livelli (**ALTO - MEDIO/ALTO - MEDIO - MEDIO/BASSO - BASSO**).

La scelta del valore finale di rischio è stata operata tenendo conto della prevalenza di uno specifico livello di rischio parziale rispetto ad un altro, ma evitando sia di sottostimare il rischio e sia di esprimere un giudizio finale dettato esclusivamente dalla media dei valori parziali.

L'indicazione del valore finale del livello di esposizione al rischio di ogni processo/attività è stata effettuata dai responsabili delle strutture interessate di concerto con il RPCT ed è stata adeguatamente motivata con l'espressione di un giudizio finale supportato il più possibile da dati oggettivi.

L'analisi e valutazione del rischio corruttivo delle aree interessate come sopra descritta è stata compiutamente rappresentata nell'allegato 1 della presente Sottosezione denominato Registro Rischi Aree Contratti Pubblici, Risorse Umane, Liste di attesa e Libera professione.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Una volta che il rischio è stato analizzato e valutato, si è provveduto alla predisposizione del Piano Trattamento dei Rischi, nel quale sono state individuate le misure specifiche finalizzate a prevenire e contenere i rischi corruttivi riportati nel registro di cui al richiamato allegato 1, afferenti ai processi delle tre aree di rischio oggetto di valutazione.

Si sono pertanto definite le priorità di trattamento del rischio sulla scorta degli esiti determinati dal percorso di analisi e valutazione dei rischi, individuando i processi e le attività meritevoli di maggior attenzione.

Le misure sono state individuate dai Dirigenti delle strutture interessate di concerto con il RPCT.

Oltre alle misure di prevenzione, nel Piano del trattamento sono state riportate le strutture responsabili del monitoraggio sia di 1° che di 2° livello, gli indicatori e i target di riferimento per ogni processo e le correlate attività.

Il Piano di trattamento dei Rischi riferito ai processi oggetto di valutazione nel corso del 2022 è rappresentato nell'allegato 2 della presente Sottosezione, denominato Piano Trattamento Rischi Aree Contratti Pubblici, Risorse Umane, Liste di attesa e Libera professione.

Per quanto riguarda i processi e le attività aziendali afferenti alle altre Aree di rischio, l'analisi, valutazione e trattamento dei rischi corruttivi condotta ai sensi della metodologia di cui all'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, verrà progressivamente attuata nei prossimi anni.

Pertanto, medio tempore, per i processi aziendali afferenti a tali altre aree di rischio, si continuerà a far riferimento alla analisi, valutazione e trattamento dei rischi rappresentata negli allegati n. 3 (Registro Rischi altre aree) e n. 4 (Piano Trattamento rischi altre aree), che erano stati predisposti ai sensi della precedente metodologia, di cui all'allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione 2013.

Alla luce di quanto sopra, si fissa pertanto come obiettivo 2023 l'applicazione delle metodologia prevista dall'allegato 1 del PNA 2019 ai processi aziendali afferenti alle aree di rischio, che coinvolgono le strutture rappresentate nella sottostante tabella:

Aree di rischio	Strutture aziendali coinvolte	Processi
Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio	Sc Affari Generali SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità SC Tecnico Patrimoniale SC Area Accoglienza e CUP Aziendali	1) Donazioni e comodati 2) Recupero crediti 3) Fatturazione attiva e passiva 4) Gestione patrimonio immobiliare 5) Rimborsi ticket
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali	1) Convenzioni attive e passive

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali	1) Convenzioni con associazioni di volontariato
Affari Legali e Contenzioso	SS Affari Legali	1) Incarichi di patrocinio legale 2) Gestione malpractice
Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	SC Farmacia e SSD Formazione e Sviluppo capitale Umano	1) Sperimentazioni e ricerca 2) Sponsorizzazioni 3) Partecipazioni a eventi sponsorizzati
Decesso in ambito ospedaliero	Direzioni Mediche di Presidio	Gestione Area Tanatologica

Nelle more del processo di riorganizzazione della rete extra ospedaliera e della compiuta attuazione delle case e degli ospedali di comunità, si dispone che la mappatura dei processi e la revisione della metodologia di analisi valutazione e trattamento dei rischi afferenti alle attività di pertinenza delle strutture territoriali, costituirà obiettivo di performance da realizzare nell'anno 2024.

Misure di prevenzione generali

Al fine di prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi mediante la diffusione dei principi di etica, legalità e trasparenza, l'Azienda adotta le seguenti Misure Generali di prevenzione della corruzione che incidono trasversalmente sull'intera organizzazione:

A) Codice aziendale di Comportamento

Il Codice aziendale di Comportamento è un documento che indica i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che tutti i soggetti che prestano attività a favore della ASST Nord Milano sono tenuti ad osservare.

L'attuale Codice aziendale di Comportamento è stato aggiornato nell'anno 2022 con deliberazione di approvazione 21 dicembre 2022, n. 1064, al fine di recepire quanto previsto dall'art.4 comma 1 lett a) del Decreto Legge 30 aprile 2022, n.36, in materia di corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, a tutela dell'immagine dell'Amministrazione.

Esso rappresenta uno strumento di prevenzione della corruzione, intesa secondo la nozione di corruzione formulata dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che ricomprende anche le situazioni di mal funzionamento dell'amministrazione e di conflitto con l'interesse pubblico, nonché costituisce uno strumento finalizzato a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficienza dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.

Tutti i soggetti che prestano attività a favore della ASST Nord Milano, tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, dipendenti, specialisti ambulatoriali, collaboratori, tirocinanti, specializzandi, borsisti, ecc., sono tenuti al rispetto del Codice di Comportamento vigente in Azienda.

I Dirigenti responsabili delle Strutture devono assicurare la massima attenzione al rispetto del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici*) e del Codice di Comportamento aziendale vigente.

Tra gli obblighi previsti dal Codice aziendale di Comportamento sussiste la prescrizione di osservare le disposizioni del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza o della Sottosezione Anticorruzione del PIAO.

La violazione delle disposizioni previste dal Piano o dalla Sottosezione del PIAO costituisce illecito disciplinare ex art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.

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

In particolare è fatto obbligo ai Dirigenti responsabili delle Strutture Aziendali, ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett.c), della Legge n. 190/2012 e s.m.i., di prestare la dovuta collaborazione al RPCT, anche in termini di obblighi informativi, nello svolgimento delle attività preordinate alla prevenzione della corruzione e ad assicurare il più elevato livello di trasparenza previsto dalle disposizioni normative vigenti.

L'Azienda, al fine di rendere sempre più efficace il dettato del Codice aziendale di Comportamento quale strumento per prevenire e contrastare possibili fenomeni di natura corruttiva ha previsto, fra l'altro, quanto segue:

- inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice aziendale di Comportamento e della Sottosezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;
- previsione in tutti i contratti stipulati dall'azienda di una specifica clausola risolutiva in caso di violazione da parte dei contraenti del Codice di Comportamento aziendale e della Sottosezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO.

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA CODICE DI COMPORTAMENTO

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice di comportamento e della Sottosezione Anticorruzione del PIAO	Numero di Contratti controllati /Numero contratti recanti la clausola	90%	Monitoraggio semestrale espletato a campione dal RPCT
SC Gestione Acquisti SC Gestione Tecnico	Inserimento nei contratti stipulati dall'azienda con i fornitori di beni servizi e	Numero di Contratti	90%	Monitoraggio semestrale

Patrimoniale	lavori della clausola risolutiva in caso di violazione del codice di comportamento e della sottosezione Anticorruzione del PIAO	controllati /Numero contratti recanti la clausola		espletato a campione dal RPCT
--------------	---	---	--	-------------------------------

B) Trasparenza

Per quanto riguarda questa importante misura di prevenzione della corruzione si rinvia alla Sezione Trasparenza della presente Sottosezione.

C) Formazione

La formazione in materia di anticorruzione e della trasparenza costituisce un importante strumento indispensabile per diffondere la cultura della legalità e della prevenzione della corruzione.

Ai sensi dell'art. 1, comma 8, della Legge n. 190/2012, il RPCT è tenuto a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Al fine di conformarsi a quanto dettato dalla normativa e di modulare l'offerta formativa in materia di anticorruzione e trasparenza in rapporto alle specifiche esigenze delle strutture aziendali e del personale afferente alle stesse, si è disposto di articolare tale offerta formativa su due livelli quali:

a) Formazione di livello generale

E' rivolta a tutto il personale che opera per conto dell'Azienda. In tale ambito sono trattate tematiche legate ai principi di etica e legalità inserite nel Codice di Comportamento aziendale, nonché ai contenuti della Legge n.190/2012 e dei suoi decreti attuativi. Mediante tale tipologia di formazione si analizzano i reati legati al fenomeno corruttivo e gli strumenti per prevenirli e contrastarli, le regole minime per i responsabili e i loro collaboratori, il comportamento da tenere in ufficio e con l'utenza, la gestione dei conflitti di interesse anche potenziali, il dovere di astensione, etc.

Tale tipologia di formazione è prioritariamente destinata ai neo assunti e al personale che non abbia mai partecipato ad iniziative formative in materia.

b) Formazione di livello specifico

Le iniziative formative in materia di anticorruzione e trasparenza, ricomprese nel livello specifico, sono rivolte a tutti coloro che, a prescindere dal ruolo di appartenenza operano nelle strutture presso le quali si svolgono le attività a maggior rischio corruttivo, individuate ai sensi della Legge n. 190/2012, e delle indicazioni ANAC.

L'individuazione dei contenuti dell'offerta formativa specifica destinata al personale afferente alle aree di rischio generali e specifiche, è effettuata dal RPCT di concerto con la SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano ed i Responsabili delle Strutture interessate, i quali devono altresì comunicare annualmente al RPCT i

nominativi dei dipendenti a cui prioritariamente rivolgere la formazione specifica, attenendosi ai seguenti criteri di selezione:

- priorità agli operatori di nuova assunzione e al personale con significativo peso della responsabilità, ossia con maggiore influenza sulle decisioni finali;
- rotazione delle unità individuate in modo da garantire la formazione di tutto il personale operante nei settori a più alto rischio di corruzione, con priorità ai dipendenti che non abbiano partecipato a corsi di livello specifico in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nell'ultimo triennio.

I percorsi formativi specifici devono essere differenziati in funzione dei destinatari della formazione nonché alle particolari esigenze formative, alla tipologia dell'attività svolta e/o da svolgere.

La formazione di livello generale nell'anno 2023, rivolta al personale neo assunto, verrà erogata fornendo la possibilità ai dipendenti di accedere in modalità webinar tramite la piattaforma aziendale al corso di formazione di base dal titolo *"Anticorruzione nella PA: le novità in tema di semplificazione pubblicità e trasparenza"*.

Per quanto concerne invece la formazione specifica, nel 2023, verranno organizzate iniziative formative di livello specifico fruibili sia in modalità webinar che in presenza, che potranno attenersi sia all'area anticorruzione e trasparenza che all'area antiriciclaggio.

I Dirigenti Responsabili di struttura, ed in particolare i responsabili delle strutture afferenti alle aree di rischio, dovranno adoperarsi per garantire la partecipazione dei propri collaboratori alle iniziative formative generali o specifiche.

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
RPCT SSD Formazione e sviluppo capitale umano	Attivazione di corsi di livello generale e di livello specifico in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza Attivazione corso in materia di codice di comportamento	Attivazione di almeno una iniziativa annuale di livello generale e di una iniziativa formativa di livello specifico in materia di anticorruzione e di trasparenza Attivazione corso di formazione in materia di Codice di Comportamento	100%	RPCT
Dirigenti Responsabili strutture interessate	Garantire la partecipazione dei neo assunti ai corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza o in materia di codice di comportamento	Numero dei neoassunti che ha partecipato al corso di livello generale in materia di anticorruzione e trasparenza o al corso in materia di codice di comportamento / Numero totale	80%	RPCT SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano

		neo assunti		
Dirigenti Responsabili strutture interessate	Garantire la partecipazione alle iniziative specifiche in materia di anticorruzione e di trasparenza dei dipendenti assegnati alle strutture afferenti alle aree considerate maggiormente esposte al rischio corruttivo	Numero totale del personale assegnato alle strutture afferenti alle aree a rischio / Numero del personale assegnato alle medesime strutture che ha partecipato alle iniziative formative specifiche in materia di anticorruzione e trasparenza	30%	RPCT SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano

D) Rotazione del personale

La rotazione del personale con incarichi di responsabilità in servizio presso le Strutture più esposte al rischio di fenomeni corruttivi si pone quale ulteriore misura di prevenzione della corruzione. Tale misura è preordinata ad evitare il rischio che la permanenza prolungata di un dipendente in una posizione funzionale, alla quale sono correlati poteri decisionali, possa dare origine a situazioni di privilegio ovvero a fatti illeciti.

La concreta attuazione di questa misura presuppone l'identificazione delle Strutture e degli Uffici che operano nelle aree a rischio e la pianificazione delle modalità attuative della rotazione.

Giova tuttavia precisare che anche l'ANAC si è pronunciata in proposito, evidenziando come la concreta attuazione della sopracitata misura abbia causato problemi e difficoltà, atteso che la norma di riferimento (Legge n. 190/2012) non ha previsto le opportune differenziazioni dovute alla diversa tipologia delle pubbliche amministrazioni (ad esempio: il *turnover* dei dirigenti nelle Amministrazioni centrali dello Stato appare di più agevole attuazione rispetto alla rotazione nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale ovvero negli Enti locali).

Ne consegue che la rotazione del personale è soggetta a limitazioni oggettive, dovute alla necessità di assicurare il buon andamento e l'efficacia dell'azione amministrativa, nonché alla infungibilità di talune funzioni caratterizzate da un alto grado di professionalità tecnica. Va altresì rimarcato che l'ANAC, con la delibera n. 12/2015, ha precisato che la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che potranno quindi adeguare la misura alla concreta organizzazione dei propri uffici.

Va sottolineato che all'interno della ASST Nord Milano la rotazione dei dirigenti è solo parzialmente attuabile, stante la presenza di figure dirigenziali caratterizzate da un elevato contenuto di professionalità tecnica che rende difficile il loro avvicendamento.

Con riferimento alla motivata ed oggettiva impossibilità ad attuare la rotazione, l'Azienda adotta tuttavia il meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "*segregazione di funzioni*", con attribuzione a soggetti

diversi delle funzioni: a) di svolgimento delle istruttorie, b) adozione delle decisioni, c) attuazione delle decisioni assunte e d) svolgimento dei controlli.

Per quanto attiene alla rotazione ordinaria, si precisa che nel 2022 la gestione delle strutture complesse Tecnico Patrimoniale, Affari Generali e Legali e Informatica, è stata affidata ad altri Dirigenti, mentre la responsabilità in materia di libera professione intramuraria, ai sensi del nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico, è stata attribuita alla SC Controllo Strategico.

E) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Divieto di Pantouflage - Revolvingdoors)

La legge n.190/2012 ha introdotto una nuova disciplina delle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, volta a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'art. 53, c. 16-ter, del D.Lgs. n. 165/20021 e s.m.i. stabilisce che: *"i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art 1. comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri di controllo"*; il fine della norma è di evitare che coloro i quali esercitano poteri autoritativi o negoziali sfruttino la posizione ricoperta all'interno della pubblica amministrazione allo scopo di ottenere un incarico presso una società terza. I dipendenti interessati sono quelli che per il ruolo e la posizione rivestiti nell'amministrazione pubblica hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà e il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura. Pertanto è necessario prevedere una limitazione della libertà negoziale del dipendente, per un determinato periodo, successivo alla cessazione del rapporto, al fine di eliminare l'eventuale "convenienza" di accordi illeciti tra il dipendente e i soggetti terzi.

Le misure adottate per far fronte al predetto rischio sono le seguenti:

a) inserimento, nei contratti di incarico e nei contratti di assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali, di clausole che prevedano il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) – per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro – presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta dal dipendente in virtù dei suddetti poteri (provvedimenti, contratti o accordi).

b) consegna ai dipendenti cessati a qualsiasi titolo, di apposita informativa recante indicazioni in ordine ai limiti previsti per il dipendente cessato dall'art. 53, c. 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., con contestuale sottoscrizione della stessa, che attesti l'avvenuta ricezione.

c) nei bandi di gara o negli atti preliminari agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, inserimento della condizione soggettiva (riferita ai concorrenti) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano

esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della ASST Nord Milano nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Qualora si riscontrino che siano stati conferiti incarichi a dipendenti della ASST Nord Milano dotati di poteri autoritativi o di controllo cessati nel corso dell'ultimo triennio, i soggetti privati che hanno conferito detti incarichi verranno esclusi dalle procedure di affidamento ovvero si procederà alla revoca del contratto eventualmente stipulato con gli stessi, fatta salva la promozione del giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti, per i quali sia emersa la violazione dei divieti di cui all'art 53 del D.lgs. n. 165/2001.

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA PREVENZIONE PANTOUFLAGE

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
SC Gestione e Sviluppo delle risorse umane	Inserimento, nei contratti di incarico e nei contratti di assunzione di clausole che prevedano il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) – per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta dal dipendente mediante i poteri di controllo (provvedimenti, contratti o accordi).	Numero di Contratti controllati /Numero contratti recanti la clausola	100%	RPCT Monitoraggio a campione
SC Gestione e Sviluppo delle risorse umane	Consegna ai dipendenti cessati a qualsiasi titolo, di apposita informativa recante indicazioni in ordine ai limiti previsti per il dipendente cessato dall'art. 53, c. 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., con contestuale sottoscrizione della stessa, che attesti l'avvenuta ricezione.	Numero informative recanti sottoscrizione / Numero dipendenti cessati	80%	RPCT
SC Acquisti SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Nei bandi di gara o negli atti preliminari agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, inserimento della condizione soggettiva (riferita ai concorrenti) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto	Numero dei bandi di gara controllati / Numero dei bandi di gara recanti la condizione soggettiva	100%	RPCT Controllo a campione

	della ASST Nord Milano nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto			
--	---	--	--	--

F) Whistleblowing - tutela del dipendente che segnala illeciti.

La ASST Nord Milano nel corso dell'anno 2021 ha approvato, con Deliberazione n. 776 del 24 settembre 2021, il nuovo Regolamento Aziendale per la gestione delle segnalazioni di fatti illeciti e/o irregolarità e per la tutela del whistleblower, nel quale sono state recepite compiutamente la normativa nazionale e le direttive ANAC vigenti in materia.

Il predetto Regolamento Aziendale è pubblicato sul sito aziendale alla Sezione Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Prevenzione della Corruzione.

Altresì l'Azienda, nell'anno 2021, al fine di garantire il diritto alla riservatezza di coloro che intendono segnalare fatti illeciti, ha aderito alla piattaforma informatica gratuita messa a disposizione con modalità opensource dalla società Whistleblowing solutions IS S.r.l.

La predetta piattaforma, a cui è possibile accedere direttamente dalla sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale, consente di acquisire e gestire le segnalazioni, garantendo al segnalante un alto livello di protezione dei propri dati personali e del contenuto della segnalazione.

La segnalazione può dunque essere presentata con le seguenti modalità:

- a) accedendo tramite il sito web aziendale al modulo di segnalazione tramite la piattaforma web accessibile all'indirizzo www.asst-nordmilano.it/whistleblowing;
- b) con consegna direttamente nelle mani del RPCT mediante dichiarazione riservata riportata a verbale, qualora il segnalante non intenda utilizzare la piattaforma informatica o la stessa risulti non accessibile.

Le segnalazioni sono considerate riservate. Al RPCT è affidata la protocollazione in via riservata e la tenuta del relativo registro. L'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal RPCT che ne garantirà la riservatezza, fatti salvi i casi in cui non è opponibile per legge.

Regione Lombardia, a cadenza annuale, chiede agli Enti afferenti al Servizio Sanitario Regionale informazioni circa il numero di segnalazioni pervenute, con specifica del canale di trasmissione (whistleblowing o altro tipo di segnalazione), nonché delle conseguenti attività istruttorie avviate e gli esiti delle stesse.

Nell'anno 2022 non risulta pervenuta alcuna segnalazione rientrante nell'istituto del whistleblowing.

G) Verifica incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi dirigenziali di vertice dell'azienda.

Il RPCT esegue il monitoraggio finalizzato a garantire che il responsabile del procedimento acquisisca e verifichi a campione le dichiarazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di inconfiribilità e incompatibilità e degli incarichi, ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

Le predette dichiarazioni, rese all'atto del conferimento, costituiscono condizione per l'acquisizione dell'efficacia degli incarichi e devono essere pubblicate sul sito istituzionale alla Sezione Amministrazione Trasparente.

La Sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014 e la Delibera ANAC n.149/2014 hanno chiarito che le dichiarazioni sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico e incompatibilità del medesimo devono essere rese esclusivamente dagli organi di vertice delle Aziende Sanitarie (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Socio Sanitario).

La S.C. Affari Generali e Legali, in qualità di struttura che svolge l'istruttoria, acquisisce le dichiarazioni rese ai fini del conferimento degli incarichi dirigenziali di vertice e provvede all'adozione del provvedimento di incarico, la stessa deve provvedere alle relative pubblicazioni, nonché alla verifica dell'insussistenza di ipotesi di inconferibilità e incompatibilità.

Spetta al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai sensi dell'art. 15 commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 39/2013, contestare al dirigente interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni inconferibilità o incompatibilità, nonché segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione i casi di possibile violazione della normativa in materia.

H) Gestione conflitti di interesse

Il tema del conflitto di interessi va inteso, in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici (cfr. Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358).

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi quando un interesse secondario privato interferisce o potrebbe potenzialmente interferire con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse di un'altra parte e nello specifico con l'interesse pubblico.

Il monitoraggio in ordine alla sussistenza del conflitto di interesse va attuato sia al momento dell'assunzione del dipendente, che nel corso della vita lavorativa dello stesso.

L'art. 7 del Codice di comportamento aziendale prevede che il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, è tenuto ad informare per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia (o abbia avuto) negli ultimi tre anni, precisando: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente, abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti alla struttura o all'ufficio, limitatamente alle pratiche, alle mansioni od ai compiti a lui affidati.

Al fine di adempiere a quanto previsto dall'art. 7 del Codice di Comportamento aziendale il personale neo assunto e il personale a cui sia stato conferito incarico di struttura complessa dovrà compilare specifica

dichiarazione di autocertificazione di assenza di conflitto di interesse e a farla pervenire sia al Responsabile del proprio Servizio di appartenenza, che alla SC. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, la quale provvederà ad archivarla nel fascicolo personale del lavoratore.

I controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate dal personale neo assunto ovvero a cui è stato conferito incarico di struttura complessa verranno effettuati a campione dal RPCT e verteranno in particolare sul personale che opera nelle Strutture ricomprese nelle aree considerate a più alto rischio corruttivo.

Il DPR 16 aprile 2013, n. 62 e il Codice di comportamento aziendale (art. 5, comma 7 e art. 23, comma 3) pongono altresì in capo ai dipendenti già in servizio presso l'Azienda l'obbligo di non accettare incarichi extraistituzionali di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza.

L'art. 53, comma 5 del D.Lgs. n.165/2001, come modificato dalla Legge n.190/2012, in relazione agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici, prevede testualmente: *"In ogni caso il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengono dall'amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza ovvero da società o persone fisiche che svolgono attività di impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudicano l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente"*.

L'Azienda, al fine di meglio governare anche questa tipologia di possibile conflitto di interesse con deliberazione 16 dicembre 2020, n. 901, ha adottato specifico Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali e contestuale costituzione del Comitato di Controllo.

L'art. 8 del Codice aziendale di Comportamento disciplina i casi in cui il dipendente è tenuto ad astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possono coinvolgere i propri interessi personali e prevede in capo ai dipendenti precisi obblighi di segnalazione scritta dell'esistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse al proprio Responsabile di struttura.

L'art. 8 bis del Codice di comportamento pone a carico dei Responsabili di Struttura il compito di verificare la effettiva sussistenza del conflitto di interesse segnalato dal dipendente afferente al proprio servizio e predisporre riscontro scritto di conferma dell'avvenuta presa d'atto dell'incompatibilità alla gestione del procedimento, con conseguente invito al dipendente interessato ad astenersi dal compiere qualsiasi atto inerente il procedimento.

Il Responsabile di struttura deve altresì dare notizia dell'insorta incompatibilità per conflitto di interesse al Responsabile della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, che provvederà a conservare tutta la documentazione nel fascicolo personale del dipendente.

TABELLA MISURE GESTIONE CONFLITTO DI INTERESSE

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
SC Gestione e Sviluppo delle risorse umane	Acquisizione della dichiarazione di comunicazione degli interessi finanziari di cui all'art 7 del Codice di comportamento aziendale sottoscritta dal personale neo assunto o a cui sia stato conferito incarico di struttura complessa	Numero di nuovi assunti e Incarichi di struttura complessa / Numero di dichiarazioni sottoscritte dagli stessi	100%	RPCT Monitoraggio a campione
Dirigenti Responsabili di tutte le Strutture	Preventivo accertamento della presenza di conflitti di interessi insorti nel corso della vita lavorativa dei dipendenti in rapporto alle mansioni e agli incarichi agli stessi conferiti	Numero di conflitti di interessi non accertati preventivamente in rapporto ai conflitti rilevati ex post nel corso dell'anno di riferimento	< N. 3	RPCT Monitoraggio a campione

I) Ulteriori misure di prevenzione a carattere trasversale

Ulteriori misure di prevenzione a carattere trasversale, preordinate alla prevenzione della corruzione, alla trasparenza e al buon andamento dell'azione amministrativa sono le seguenti:

a) SC Controllo di Gestione.

Tale struttura supporta il Direttore Generale nella definizione, pianificazione e controllo degli obiettivi strategici affiancandolo nella definizione degli obiettivi e nella valutazione dei risultati. L'attività è in particolare regolamentata dalle *"Linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie della regione Lombardia"*.

b) Il Percorso di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Il Percorso Attuativo della Certificabilità del bilancio avviato in ASST Nord Milano con deliberazione 23 dicembre 2014, n. 850, si è concluso nel 2020 come risulta dalla deliberazione 6 maggio 2020, n. 300. Il PAC assume importante rilievo nell'ambito dell'attività di contrasto alla corruzione ed è fondamentale strumento di controllo della gestione contabile degli enti del SSN e di riduzione del rischio di frodi in tale ambito e, quindi, sostanzialmente rappresenta una misura preventiva generale trasversale.

Il percorso di certificabilità dei bilanci coinvolge tutti i processi aziendali e ha come obiettivo la verifica della qualità dei dati contabili attraverso la predisposizione e la validazione di procedure amministrativo contabili finalizzate alla produzione dei dati di bilancio.

In caso di mancata o parziale applicazione delle procedure adottate sarà cura del responsabile aziendale PAC darne segnalazione alla struttura competente per il seguito di competenza.

c) Regolamenti aziendali.

Il complesso dei regolamenti che disciplinano gli ambiti dell'attività dell'Azienda.

J) Applicazione normativa anti riciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo

Un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione di carattere generale è rappresentata dall'applicazione della normativa nazionale antiriciclaggio e di contrasto al fenomeno del finanziamento al terrorismo.

Il DPCM 25 settembre 2015 prevede che ogni Pubblica amministrazione debba nominare un gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo, il quale avrà il compito in particolare di valutare ed inviare alla Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (U.I.F.), istituita presso la Banca d'Italia, la segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, laddove si riscontri la presenza di uno degli indici di anomalia di cui al suddetto DPCM.

Le pubbliche amministrazioni, oltre a nominare il gestore delle segnalazioni, devono adottare, in base alla propria autonomia organizzativa, procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti.

Gli indicatori da assumere come riferimento per la segnalazione alla U.I.F. delle operazioni sospette sono riportati nell'Allegato al DPCM 25 settembre 2015.

Nel corso dell'anno 2022 non è stata riscontrata da parte del Gestore aziendale, nominato con delibera 23 dicembre 2019, n. 821, la sussistenza di operazioni sospette da segnalare alla UIF.

Misure di prevenzione specifiche – Area di rischio settore sanitario

Il PNA ANAC già dal 2015 oltre a delineare le aree generali comuni a tutte le amministrazioni quali, ad esempio, l'area dei contratti pubblici e della gestione delle risorse umane, ha indicato alcune aree di rischio specifiche in quanto peculiari al settore sanitario.

Tra tali aree specifiche del settore sanitario, si ritiene di concentrare maggiormente l'attenzione in considerazione delle funzioni esercitate dall'ASST Nord sulle seguenti:

- a) area libera professionale e liste di attesa;
- b) farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- c) attività conseguenti al decesso ospedaliero;

A) Libera professione e liste di attesa

L'area libera professione e liste di attesa è una delle aree specifiche che nel corso del 2022 è stata oggetto di revisione per quanto riguarda l'intero percorso di analisi valutazione e trattamento dei rischi e pertanto si fa riferimento a quanto riportato nel capitolo 4 e agli allegati in esso richiamati.

Si evidenzia che con deliberazione n. 1069 del 23 dicembre 2022 è stato adottato il nuovo Regolamento per la gestione della libera professione intramuraria, con il quale si è provveduto a disciplinare più estesamente l'istituto, nonché a rafforzare le correlate attività di monitoraggio e controllo.

B) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (Area di rischio specifica Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni)

Per tale area, quanto alla metodologia di analisi e valutazione del rischio si è fatto ricorso ancora a quella in vigore dal 2013.

Per l'anno 2023 è prevista la revisione del percorso di analisi valutazione e trattamento rischio riferito all'area specifica in argomento.

Tuttavia, in considerazione della complessità dei processi relativi a questa area di rischio, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali – si prevede di implementare sin dal 2023 le misure di prevenzione che consentano di incidere più efficacemente e trasversalmente sulla prevenzione dei conflitti di interessi reali o potenziali, che possano coinvolgere determinate figure professionali in ambito sanitario.

L'Anac infatti ha invitato più volte le amministrazioni del settore sanitario a implementare le proprie misure attraverso una integrazione del contenuto delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.

Pertanto, si ritiene opportuno che, in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al DPR n. 62/2013 e con le indicazioni Anac, si debbano rendere conoscibili attraverso apposite dichiarazioni tutte le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività implicanti responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

Alle luce di quanto precede, a livello aziendale è stato ora predisposto uno specifico format di dichiarazione, elaborato sulla scorta delle indicazioni fornite da Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali), nel quale sono state previste tutte le situazioni che potrebbero implicare potenziali situazioni di conflitto di interesse in capo a determinate figure professionali.

Il compito di individuare con cadenza annuale il personale tenuto a sottoscrivere la dichiarazione resta affidato al RPCT, che provvederà a formalizzare specifica lettera di invito da destinare al personale interessato e ad acquisire le relative dichiarazioni compilate di norma entro il primo trimestre dell'anno di riferimento.

Sarà invece cura dei professionisti aggiornare la dichiarazione qualora nel corso dell'anno dovessero insorgere situazioni di conflitto di interesse successive alla prima sottoscrizione e comunicare la variazione al RPCT sottoscrivendo nuova dichiarazione.

L'indicatore atto a verificare l'effettiva attuazione della misura in argomento è rappresentato dal numero di figure professionali invitate alla sottoscrizione da parte del RPCT, in rapporto al numero di dichiarazioni effettivamente sottoscritte e trasmesse allo stesso.

TABELLA MISURA

Responsabilità	Misure di Prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
RPCT Personale individuato	Acquisizione della Dichiarazione Pubblica di interessi da parte di specifiche figure professionali individuate dal RPCT	Numero di Dichiarazioni acquisite in rapporto al totale delle figure professionali individuate	80%	RPCT

C) Area tanatologica

Decessi in ambito ospedaliero

Anche per tale area, circa la metodologia di analisi e valutazione del rischio si è fatto ricorso ancora a quella in vigore dal 2013, pertanto per l'anno 2023 è prevista la revisione del percorso di analisi valutazione e trattamento rischio riferito all'area specifica in argomento.

Oltre alle misure riportate nell'allegato 4) del presente Piano, l'Azienda applica una ulteriore misura riportata nella tabella sottostante.

TABELLA APPLICAZIONE MISURE TANATOLOGICO

Processo	Responsabili li adozione misura	Rischio	Misura di prevenzione	Indicatori	tempistica adozione misura	Monitoraggio
Gestione area Tanatologica	Direzioni Mediche di Presidio	Rischio di conflitto di interessi favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica	Monitoraggio delle deleghe alle imprese funebri al fine di verificare una eventuale eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppi di imprese funebri	Informativa al RPCT da parte delle Direzioni Mediche di Presidio in ordine all'esito del monitoraggio volto alla verifica di una eventuale eccessiva concentrazione di deleghe verso una stessa impresa o gruppi di impresa Segnalazioni e denunce da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte di operatori della ditta appaltatrice del servizio in ordine alla	continua	RPCT Direzioni Mediche di Presidio annuale

				scelta del servizio funebre		
				Segnalazioni al RPCT da parte dei Dirigenti Medici Responsabili di Presidio Ospedaliero di attività di promozione di servizi funebri all'interno o nelle immediate vicinanze dei presidi		

Relazione sulle attività svolte nel 2022

L'attività svolta dal RPCT nel corso del 2022 è analiticamente descritta nella relazione rassegnata dal Responsabile all'organo di indirizzo politico dell'Ente e pubblicata sul sito internet aziendale nella apposita Sezione "Amministrazione trasparente".

Obiettivi di prevenzione della corruzione per l'anno 2023

La prevenzione della corruzione e la trasparenza rappresentano un importante strumento trasversale che consente all'Azienda di creare valore pubblico e costituiscono esse stesse valore pubblico di per sé.

Pertanto gli obiettivi di prevenzione della corruzione, come da disposizioni ANAC, devono essere collegati strettamente agli obiettivi di Performance aziendali, in quanto è necessario assicurare tale coerenza al fine di garantire l'efficacia della strategia anticorruzione e la creazione di valore pubblico.

In una logica di integrazione con le altre sottosezioni del PIAO, le misure di prevenzione della corruzione sono sempre tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici ed ai loro dirigenti, al fine di consentire alle politiche sulla performance di contribuire alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e degli obiettivi di valore pubblico che l'ASST Nord Milano si è prefissata, per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di anticorruzione, si definiscono i seguenti gli obiettivi da raggiungere prioritariamente nell'anno 2023:

1. implementazione del percorso di analisi, valutazione e trattamento dei rischi corruttivi, nel rispetto di quanto indicato da ANAC nell'allegato 1 del PNA 2019, con riferimento alle aree di rischio generali e specifiche non sottoposte a revisione nel 2022 (cfr. Tabella di cui al sotto capitolo n. 4.3 della presente Sottosezione);
2. implementazione delle misure di prevenzione dei conflitti di interesse nell'ambito dei processi afferenti all' area di rischio specifica "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazioni" (cfr. Tabella di cui al capitolo n. 6 della presente Sottosezione);

3. formazione *in house* o esterna dei dirigenti delle strutture e dei dipendenti afferenti alle aree di rischio obbligatorio e alle aree di rischio specifiche (cfr. Tabella di cui al capitolo 5, punto C) della presente Sottosezione.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

L'ASST Nord Milano mantiene regolarmente aggiornata l'area denominata "*Amministrazione trasparente*", identificata anche dall'icona ministeriale, sulla *homepage* del sito aziendale, nonché accessibile dalla rete intranet, ed implementata con la pubblicazione di documenti, dati ed informazioni individuati in ottemperanza alle prescrizioni del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., e delle Linee guida ANAC, in coerenza con il quadro normativo generale inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle pubbliche amministrazioni.

Atteso che la pubblicazione delle informazioni sul sito web istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, si evidenzia che, a norma degli artt. 1, c. 2, e 4, c. 4, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., i dati da pubblicare e le modalità di pubblicazione risultano e risulteranno pertinenti e non ulteriori rispetto alle finalità della Legge e conformi alle prescrizioni in materia di tutela dei dati personali, nonché in linea con le previsioni legislative recanti i limiti all'accesso ai documenti amministrativi, al fine della tutela di interessi pubblici fondamentali e prioritari rispetto al diritto di conoscere i documenti amministrativi.

Ogni Struttura dell'Azienda, in quanto competente alla gestione del procedimento e dei documenti, dei dati e delle informazioni al medesimo connesse, provvede alla pubblicazione dei medesimi, in formato aperto ed accessibile.

L'aggiornamento dei dati pubblicati nella sezione "*Amministrazione trasparente*" è condotto nel rispetto dei termini di legge (cfr. art. 8 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.), nonché ogni volta che esso si renda necessario, in ragione di significative modifiche intervenute in merito ai dati stessi o di necessità di pubblicazione di documenti urgenti.

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

La pubblicazione dei documenti sul sito aziendale non deve tuttavia esaurirsi in un formale adempimento, ma deve essere funzionale allo sviluppo di una cultura della legalità e dell'integrità e della trasparenza, all'interno dell'ente fra i suoi operatori.

Si ritiene infatti che l'attività svolta in materia di trasparenza e le successive implementazioni possano concretamente contribuire da un lato a rafforzare la fiducia dei cittadini utenti nei confronti dell'Amministrazione e dall'altro a coinvolgere e sensibilizzare tutto il personale aziendale rispetto ai percorsi attivati.

La pubblicazione dei dati è volta ad assicurare la conoscenza dell'azione dell'ASST Nord Milano da parte di tutti i soggetti istituzionali, gli *stakeholder* e la collettività diffusa, al fine di instaurare la maggiore partecipazione e coinvolgimento dei medesimi e stimolare l'ottimizzazione dei risultati aziendali.

Gli obiettivi di trasparenza risultano strettamente connessi con il ciclo di gestione della *performance*, tendendo a garantire la piena conoscibilità del relativo documento annuale di programmazione e della relativa attuazione. Tramite la pubblicazione in Amministrazione Trasparente si rendono pubblici gli obiettivi fissati ed i risultati conseguiti permettendo, con la trasparenza delle informazioni relative alla *performance*, un costante diffuso controllo sull'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, sull'impiego delle risorse in assoluto ed in rapporto ai risultati ottenuti.

Individuazione dei Dirigenti responsabili della produzione, dell'aggiornamento, della pubblicazione e della trasmissione dei dati

Con la Delibera n. 1085 del 31 dicembre 2021 sono stati individuati formalmente i Dirigenti responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati di cui al D.Lgs. n. 33/2013.

In particolare ai Dirigenti individuati nella delibera n.1085/2021 competono le responsabilità in ordine ai seguenti adempimenti:

- pubblicazione dei dati di pertinenza della propria Struttura sulla sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale attenendosi alle macro voci strutturali in essa presenti, definite conformemente a quanto previsto dal D.Lgs n.33/2013 e s.m.i;
- aggiornamento costante dei dati pubblicati;
- collocazione dei dati per i quali non sussista più l'obbligo di pubblicazione nella specifica sezione archivio della sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale;
- garantire che le modalità di pubblicazione dei dati siano conformi alle modalità di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i. che prevede la pubblicazione dei dati in formato aperto e riutilizzabile.

Nella tabella allegata alla Delibera n.1085 del 31 dicembre 2021 sono altresì riportate nel dettaglio le seguenti informazioni:

- a) le specifiche aree della sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale ove devono essere pubblicati i dati oggetto di pubblicazione;
- b) la generica descrizione degli obblighi di pubblicazione;
- c) il riferimento normativo;
- d) la descrizione in dettaglio dei contenuti degli obblighi di pubblicazione;
- e) la periodicità di aggiornamento del dato/informazione;
- f) l'indicazione del Servizio/Struttura aziendale il cui Direttore è responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato.

La tabella allegata alla delibera n. 1085/2021 costituisce parte integrante del presente documento ed è denominata allegato 5) Tabella obblighi trasparenza e responsabilità.

Per quanto concerne il contenuto degli obblighi di pubblicazione vigenti (ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i.) si è fatto riferimento alla delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1380, allegato 1) Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli Obblighi di Pubblicazione, con adattamento dello stesso alle peculiarità aziendali.

I Dirigenti responsabili delle Strutture individuate nella Delibera aziendale n. 1085/2021 devono comunicare, con cadenza semestrale – 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno – l'assolvimento dei predetti obblighi al RPCT e garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Monitoraggio interno. L'attività di monitoraggio interno circa tutte le attività connesse all'applicazione degli adempimenti in materia di trasparenza è svolta con cadenza semestrale ed è rimessa al Responsabile aziendale della trasparenza, che potrà avvalersi della collaborazione del Gruppo Auditing in ordine alla verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo alle diverse Strutture aziendali e a rilevare eventuali scostamenti, cui conseguono le segnalazioni e l'espletamento delle incombenze di competenza stabilite dalla Legge.

Vigilanza e controllo esterni. L'attività di vigilanza riguardante l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in tema di trasparenza è altresì svolta dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST Nord Milano, attraverso riunioni ed incontri presso l'Azienda a cadenza semestrale.

Le risultanze dell'attività di vigilanza del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, funzionale all'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, sono formalizzate in processi verbali delle sedute periodiche svolte e sono pubblicate sul sito web istituzionale aziendale.

L'ANAC individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto dell'attestazione da parte degli Organismi di Valutazione e definisce le modalità per la predisposizione dell'attestazione.

Esercizio del diritto di accesso (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso ai dati personali)

Al fine di assicurare i principi di trasparenza, pubblicità ed efficacia dell'attività amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale, questa ASST riconosce, a chiunque vi abbia interesse, il diritto di accesso a documenti amministrativi e dati personali, nonché il diritto di accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato, secondo le modalità di cui al Regolamento approvato con deliberazione 5 febbraio 2020, n. 75 ed in armonia con la normativa vigente.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale a 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.

a) Accesso ai documenti amministrativi ai sensi della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i

Il "diritto di accesso agli atti/documenti amministrativi" è il diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi.

La titolarità del diritto di accesso, ex L. 241/90, è riconosciuta a tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi diffusi o collettivi, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso.

L'esame dei documenti è gratuito. Il rilascio di copia è subordinato al rimborso del costo di riproduzione, salve le disposizioni vigenti in materia di bollo, nonché i diritti di ricerca e di visura.

La richiesta di accesso ai documenti deve essere motivata e deve essere rivolta direttamente alla Struttura che ha prodotto l'atto.

Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso sono ammessi e devono essere motivati come meglio dettagliato nel sopra richiamato regolamento.

b) Accesso civico semplice ai sensi dell'art. 5 comma 1 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.

Il diritto all'accesso civico semplice è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati la cui pubblicazione è obbligatoria ex lege, nei casi in cui la relativa pubblicazione sia stata omessa (art. 5, c.1, del D.Lgs. n.33/2013 e s.m.i.).

L'ASST Nord Milano assicura la piena attuazione del diritto di accesso civico a tutti gli atti, documenti e dati dei quali la normativa di riferimento preveda come obbligatoria la relativa pubblicazione.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile aziendale della trasparenza, che si pronuncia sulla stessa. In relazione alla gravità della fattispecie, il Responsabile della trasparenza segnala, ai sensi dell'art. 43, comma 5, del D.Lgs. n. 33/2013, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari aziendale (U.P.D.), nonché alla Direzione Generale ed al Nucleo di Valutazione dell'ASST Nord Milano, i casi di omesso o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Entro trenta giorni, l'Azienda procede alla pubblicazione sul sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto.

Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'ASST Nord Milano indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, c. 9 bis della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, nei termini di cui al comma 9 ter del medesimo articolo, provvede nel merito.

c) Accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5 comma 2 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i denominato anche FOIA (Freedom Of Information Act).

Il diritto all'accesso civico generalizzato è disciplinato dall'art. 5 comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, ed è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi a:

- tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti;
- segreto di stato;
- segreto d'ufficio;
- protezione dati personali;
- conduzione di indagini su reati e loro perseguimento;
- regolare svolgimento di attività ispettive.

In caso di indagini e relative attività in corso, l'accesso può essere differito sino alla conclusione del procedimento.

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

La richiesta di accesso civico generalizzato va presentata al Responsabile della Struttura o Ufficio presso cui i dati sono detenuti, il quale si pronuncia sulla stessa entro 30 giorni.

In caso di diniego il richiedente può presentare istanza di riesame al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il quale si esprime entro 20 giorni dalla domanda, avvalendosi eventualmente del supporto del Responsabile per la protezione dei dati personali.

Registro degli accessi

L'ASST Nord Milano, ai sensi delle linee guida ANAC, ha introdotto il Registro degli accessi pubblicato nella sezione amministrazione trasparente – altri contenuti – accesso civico, recante l'elenco delle richieste di accesso pervenute, l'oggetto dei documenti/dati richiesti, la data dell'istanza, il relativo esito e la data del riscontro.

Con l'adozione della nuova metodologia Anac, la quale prevede che la valutazione del livello di rischio espressa dalle strutture aziendali per i processi di competenza debba essere fondata su dati oggettivi, il Registro degli accessi costituisce una importante banca dati da considerare ai fini valutativi.

Programmazione dell'attuazione della trasparenza – obiettivi di trasparenza per l'anno 2023

Premesso tutto quanto sopra, anche gli obiettivi di trasparenza devono essere collegati strettamente agli obiettivi di Performance aziendali, in quanto anch'essi concorrono a garantire l'efficacia della strategia

anticorruzione; la promozione della trasparenza deve pertanto tradursi in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici al fine di responsabilizzare la dirigenza in ordine alle tematiche in argomento.

Si ritiene necessario per l'anno 2023 garantire la trasparenza non soltanto tramite il formale adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, ma anche con la previsione di obiettivi che si pongano nell'ottica di una maggiore attenzione alle esigenze dei cittadini, come il costante aggiornamento e il miglioramento della qualità dei dati pubblicati.

Inoltre è necessario a livello operativo garantire una migliore tracciabilità delle istanze di accesso al fine di poter più facilmente acquisire i dati e le informazioni che dovranno essere oggetto di pubblicazione, nonché essere utilizzati anche in funzione dell'attività di analisi e valutazione del rischio corruttivo condotta con la nuova metodologia ANAC.

Pertanto, per l'anno 2023, si prevede di conseguire i seguenti obiettivi in materia di trasparenza:

- 1) monitoraggio semestrale sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013, con particolare attenzione alle aree della sezione Amministrazione trasparente individuate da ANAC per l'anno 2023, che saranno oggetto di valutazione da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- 2) implementazione della tracciabilità della attività di gestione interna delle istanze di accesso agli atti e di accesso civico generalizzato e di riscontro alle stesse;
- 3) revisione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni, di cui alla sottosezione bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 predisposto da Anac.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

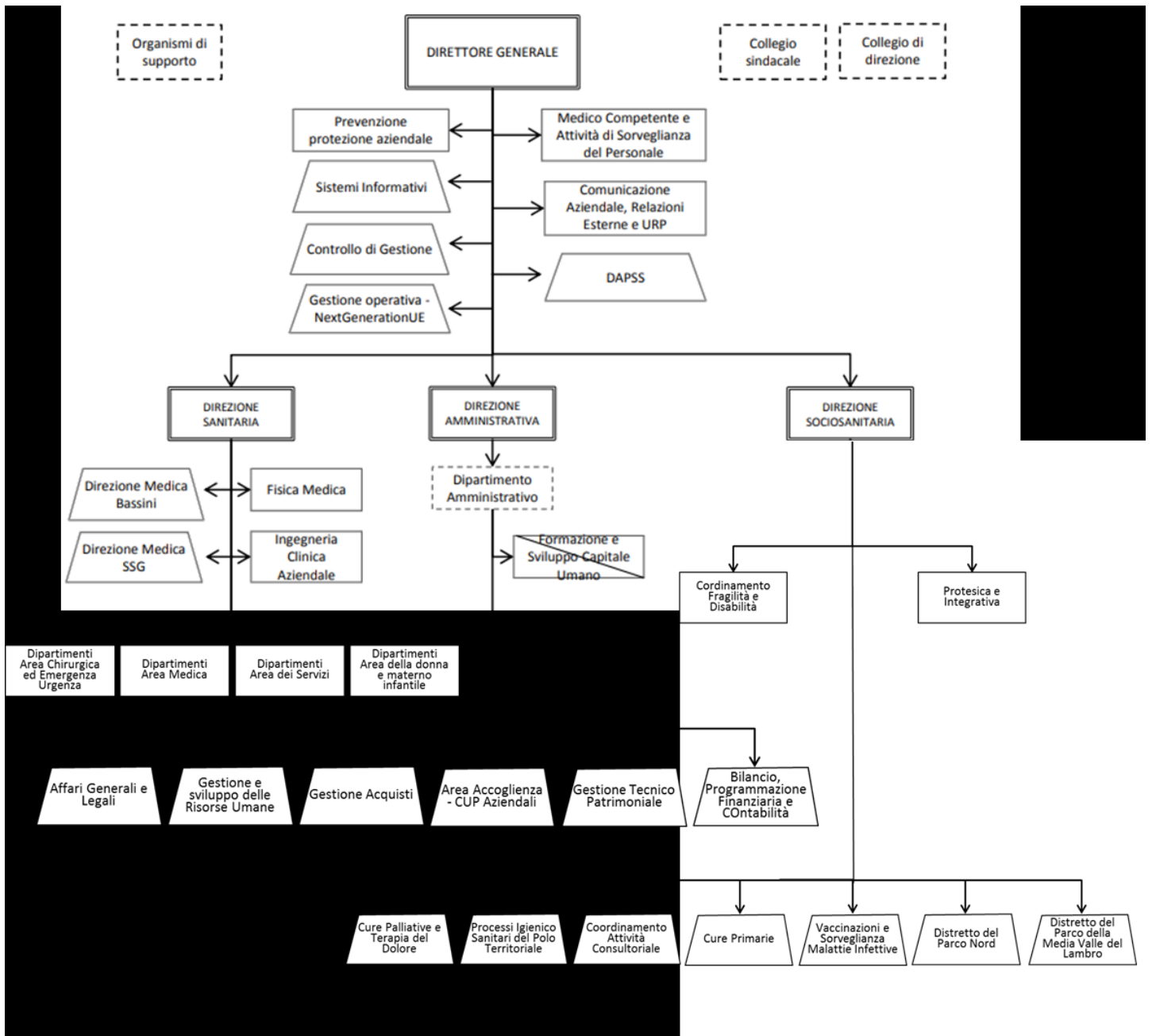
3.1 Struttura organizzativa

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'azienda e all'organizzazione dei servizi. La Direzione Generale si avvale di una funzione collegiale di governo composta dal Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Socio Sanitario e Direttori di Distretto. Si avvale altresì delle competenze tecniche professionali delle Direzioni Mediche dei due Presidi Ospedalieri e della Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie. La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

L'Organizzazione dell'azienda si articola in:

- 5 dipartimenti sanitari e 1 dipartimento amministrativo
- 2 distretti
- 44 strutture complesse
- 8 strutture semplici dipartimentali
- 52 strutture semplici di strutture complesse

La struttura organizzativa dell'ASST Nord Milano è descritta in modo completo nel POAS, adottato con delibera n. 758 del 20/09/2022. Di seguito l'organigramma aziendale.



In relazione alla L.R. n. 22 del 14/12/2021 “Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019” che ha precisato la natura giuridica e i principi organizzativi delle ATS e delle ASST, il POAS 2022-2024 dell’ASST Nord Milano, considerate le linee guida regionali per l’adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) come definite dalla DGR n°6278 dell’11 aprile 2022, definisce gli indirizzi e i principi strategici e organizzativi per il triennio 2022-2024 nel rispetto delle seguenti linee strategiche generali:

- sviluppo e organizzazione delle funzioni territoriali in applicazione della L.R. 22/2021 e in rispondenza agli obiettivi del PNRR;
- miglioramento in termini di trasparenza, equità, semplificazione e performance dell’accesso al SSR;
- riordino della rete di offerta orientato al riequilibrio tra Polo ospedaliero e Polo territoriale anche con il completamento dell’attuazione del DM’70/2015;

- presa in carico dei pazienti cronici e conseguente integrazione tra cure primarie, cure territoriali e cure ospedaliere.

Alla luce delle trasformazioni organizzative degli ultimi due anni, attuate anche in relazione all'esperienza pandemica Covid-19, l'azienda oggi intende capitalizzare quanto appreso, seppur in modo drammatico, e trasformare l'esperienza in apprendimento organizzativo sia per quanto riguarda l'assetto ospedaliero che quello territoriale, quest'ultimo rivisto anche dall'approvazione della l.r. n.22/2021. E' infatti urgente da un lato garantire una maggiore flessibilità alle strutture ospedaliere, in modo da poter adattare l'offerta a possibili futuri cambiamenti anche rapidi della domanda, dall'altro fornire all'offerta territoriale un assetto organizzativo compiuto e ben delineato, con una puntuale definizione dei livelli di responsabilità e delle relazioni gerarchiche e funzionali in modo da poter garantire una effettiva presa in carico dei bisogni di salute alternativa e/o integrata con quella ospedaliera.

In particolare, i principi guida a cui si ispira il POAS 2022-2024 dell'ASST Nord Milano possono essere più ampiamente esplicitati come segue:

- **Unitarietà ospedaliera:** nell'ambito della riorganizzazione delle attività ospedaliere si intende valorizzare ulteriormente la logica del dipartimento inteso come ordinario modello di gestione operativa rafforzando il concetto organizzativo dell'istituzione di un Presidio Ospedaliero Unico articolato in due stabilimenti, ovvero:
 - dando piena attuazione alla logica dipartimentale grazie ad una minor "discontinuità ambientale" e superamento della storica "incomunicabilità organizzativa" tra i due ospedali;
 - costruendo percorsi di cura interpresidio riducendo il rischio di perdita di informazioni nelle interfacce tra UO appartenenti ai due ospedali;
 - promuovendo un miglior utilizzo delle risorse - umane, tecnologiche e strutturali (es. sale operatorie) – grazie ad una maggior flessibilità organizzativa;
 - aumentando la resilienza delle strutture per un più rapido adattamento dell'offerta ad eventuali future variazioni della domanda;
 - costruendo un senso di appartenenza che, pur mantenendo lo storico radicamento nel territorio, riconosca il valore complessivo dell'offerta di prestazioni di diagnosi e cura ospedaliere;
 - perseguendo la coerenza con i criteri del DM'70/2015 di cui al capitolo 9.9.2.3 e capitolo 2.2.3.
 - Tale principio è stato condiviso con ATS Città Metropolitana che ha espresso parere favorevole all'istituzione del Presidio Unico Ospedaliero E. Bassini-Città di Sesto San Giovanni con nota del 6 ottobre 2021 indirizzata a Direzione Generale Welfare Polo Ospedaliero che ha concordato con il parere di ATS con la nota prot. 26576 dell'8/10/2021.

- **Trasversalità, visione per processi e integrazione:** l'azienda promuove un approccio di riconnessione delle attività facenti capo alle diverse unità operative nell'ottica di una gestione per processi diffusa a livello aziendale e ad una gestione unitaria dei fattori produttivi. Ciò significa che, accanto alle tradizionali relazioni univoche verticali, vi sono anche relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria, sociosanitaria e amministrativa:

- Integrazione della rete ospedaliera e territoriale nell'ottica della continuità della presa in carico delle persone e dei loro bisogni dal punto di vista sanitario e socio-sanitario secondo percorsi integrati ospedale-territorio orientati al superamento della frammentazione organizzativa e specialistica.
- Integrazione tra servizi amministrativi, tecnici, sanitari e socio-sanitari su processi trasversali che necessitano dell'apporto di tutte le professionalità per garantire adeguati livelli di efficienza ed efficacia dell'operatività aziendale.
- Integrazione multidisciplinare e multi-professionale attraverso la costituzione di Unit organizzative su linee di attività e patologie che richiedono apporti di diversi professionisti dell'Azienda.
- Integrazione interaziendale orientata alla collaborazione con soggetti pubblici, privati e del terzo settore per garantire il migliore coordinamento delle attività sul paziente.

Da un punto di vista organizzativo, l'ASST prevede diverse modalità per organizzare e governare i processi trasversali di cura sanitari e socio-sanitari:

- il modello di organizzazione dipartimentale che in quanto modello ordinario di gestione delle attività sanitarie (art. 17 del dlgs 502/1992) diventa un nodo organizzativo fondamentale per le esigenze di integrazione e interrelazione con le diverse componenti organizzative necessarie alla realizzazione della mission aziendale
 - le figure di Process Owner – responsabile del processo – che riveste una responsabilità di tipo organizzativo sul processo e ha, quindi, il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo, operando in modo trasversale alle unità d'offerta, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva e promuovendo il miglioramento continuo.
 - le relazioni funzionali come sinteticamente descritte di seguito e generalmente formalizzate con procedure, protocolli, unità multidisciplinari
 - la partecipazione a dipartimenti funzionali interaziendali (DMTE, Medicina Legale, DIPEAD, Cure palliative e Riabilitazione) e la stipula di accordi/convenzioni con altre ASST per contribuire organizzativamente alla realizzazione di reti clinico-assistenziali.
- **Potenziamento del Territorio e delle Cure di Prossimità:** l'insorgere della pandemia da Covid-19 ha imposto all'azienda di rivedere in maniera strutturale i processi di accesso e di offerta delle prestazioni soprattutto in ambito territoriale. Alcune delle proposte di revisione intendono colmare da un punto di vista organizzativo le carenze di integrazione ospedale-territorio e, quindi, propongono soluzioni

organizzative volte all'integrazione dei processi di presa in carico del cittadino/persona assistita anche in applicazione della L.R. 22/2021. Tutti i percorsi e i processi organizzativi dell'Azienda sono orientati alla migliore presa in carico della persona e dei suoi bisogni nell'ottica della centralità del paziente e della continuità assistenziale. L'Azienda si propone di definire processi organizzativi che garantiscano al paziente una presa in carico completa, dal momento in cui accede all'ASST, sia in termini di servizi sanitari e socio-sanitari (visite, esami strumentali, follow-up, assistenza domiciliare, ecc.) sia dei beni (dispositivi, presidi, ausili, ecc.) necessari per la gestione del caso, determinando le procedure e gli strumenti necessari per coordinare tali attività che coinvolgono diverse strutture organizzative sanitarie, socio-sanitarie e organizzative.

- **Valorizzazione delle professionalità:** l'azienda punta ad un percorso progressivo di valorizzazione delle alte professionalità come riconoscimento delle competenze esclusive e delle eccellenze professionali del proprio personale. Pertanto, al fine di valorizzare internamente le professionalità, non solo di carattere puramente gestionale, l'azienda propone l'assegnazione di incarichi ad altissima professionalità ai sensi dell'articolo 18 del CCNL 19 dicembre 2019 Area Sanità (comma 1 paragrafo II lettera a)).
- **Miglioramento dei sistemi di accesso al SSR e la garanzia dei tempi di attesa:** l'azienda promuove una politica volta alla trasparenza, all'equità e alla semplificazione dei sistemi di accesso ai servizi del SSR riorganizzando i processi sanitari, socio-sanitari e amministrativi di supporto al fine di garantire le prestazioni sanitarie (ambulatoriali e di ricovero) e sociosanitarie richieste dai cittadini nel rispetto dei tempi di attesa previsti e ampliando i canali di comunicazione verso la popolazione al fine di migliorare l'orientamento nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e ampliando i canali di visibilità.

Il sistema rivolto all'individuazione, conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi dirigenziali è definito attraverso la concertazione dei principi generali con i rappresentanti aziendali delle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) firmatarie dei CC.CC.NN.LL. per le aree della Dirigenza Area Sanità e della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa, coerentemente alle disposizioni normative e contrattuali vigenti. Il Direttore Generale, sulla base dei principi generali e della specifica regolamentazione aziendale, conferisce ai dirigenti dell'area Dirigenza Sanità incarichi della seguente tipologia:

- Direzione di Dipartimento;
- Direzione di SC;
- Direzione di SSD e Responsabilità di SS;
- Incarico professionale di altissima professionalità;
- Incarico professionale di alta specializzazione 1;
- Incarico professionale di alta specializzazione 2;
- Incarico professionale.

Per i dirigenti dell'area Amministrativo, Tecnica e Professionale, il Direttore Generale conferisce incarichi della seguente tipologia:

- Direzione di Dipartimento;
- Direzione di SC;
- Direzione di SS;
- Incarico professionale;

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze nonché un valore economico determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale. A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale si applica il principio della chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.

Il CCNL comparto sanità 2019-2021 disciplina i nuovi incarichi di funzione stabilendo e definendo il contenuto e i requisiti per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale e assistente sociale senior, nonché per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale. Le tipologie di incarichi istituiti sono:

- Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

La disciplina del lavoro agile (detto anche smart working) è prevista dalla L. n. 81/2017 recante "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". Il comma 3 dell'art.18 ha previsto l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego". Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

Con il dilagare dell'epidemia da Covid-19, la ASST ha dovuto attivare il lavoro agile trasformando quello che, dal punto di vista della normativa nazionale, era un istituto sperimentale in uno degli strumenti ordinari della prestazione lavorativa. I provvedimenti normativi nazionali e le successive direttive ministeriali, oltre a semplificare la modalità di autorizzazione del lavoro agile, hanno confermato la possibilità che lo stesso possa essere svolto anche attraverso l'utilizzo di strumentazione personale del dipendente, richiedendo

l'individuazione delle attività che avrebbero dovuto comunque svolgersi in presenza fisica, stante l'indifferibilità e l'urgenza delle stesse.

L'ASST si impegna a sviluppare l'utilizzo del lavoro agile, in modo che sia compatibile con le potenzialità organizzative, con le qualità e l'effettività dei servizi erogati, nonché con le condizioni di salute dei soggetti "fragili", al fine di:

- favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti, con particolare attenzione alle esigenze di cura familiare;
- sviluppare e diffondere un nuovo modello culturale di organizzazione, orientato al lavoro per obiettivi e risultati, puntando su una nuova modalità lavorativa che incida positivamente in termini di risparmio ma anche di maggiore efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa;
- accrescere il grado di autonomia operativa del personale, sviluppandone la capacità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa anche all'esterno dei luoghi aziendali, ampliando le capacità decisionali e il senso di responsabilità;
- aumentare il livello di soddisfazione dei dipendenti generando benessere organizzativo;
- razionalizzare spazi e dotazioni tecnologiche.

Il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria focalizza l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile. L'approccio proposto è quello della sua introduzione graduale attraverso l'elaborazione di un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Un ruolo fondamentale nell'attuazione e nello sviluppo del lavoro agile è svolto dai Direttori delle Strutture della ASST, chiamati ad individuare le attività ed il personale coinvolto nel lavoro agile, garantendo equità e non discriminazione nella distribuzione delle attività e nella correlata fase successiva di valutazione. Alla dirigenza è stato richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione sui risultati.

E' stato chiesto ai responsabili di U.O. di individuare i percorsi di attività che possono essere svolti nel lavoro agile, rivedendo i processi, incentivando la diffusione dell'utilizzo di strumenti informatici e favorendo l'ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto.

Sulla base delle proposte e analisi dei processi raccolti, l'Azienda nel prossimo biennio nell'utilizzo del lavoro agile, coinvolgerà - non solo a categorie di personale fragile - ma anche ad altri operatori. Verrà, quindi,

osservato l'impiego ed il ricorso al lavoro agile da parte dei dipendenti di ASST Nord Milano, incentivando la diffusione dell'utilizzo degli strumenti informatici.

Infine, si precisa che la materia del lavoro agile è stata da ultimo normata nel Titolo VI, Capo I, art. 76 e ss. del CCNL Comparto Sanità del 2/11/2022.

In particolare, l'art. 78, ai fini dell'accesso al lavoro agile, prevede la stipulazione di un accordo individuale con il lavoratore, atto a disciplinare l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali dell'Azienda. Vengono poi altresì regolati l'articolazione della prestazione in modalità agile e il diritto alla disconnessione (art. 79) e la formazione nel lavoro agile (art. 80).

Inoltre, l'art 6 del sopra richiamato CCNL prevede che, fra gli altri, i "*criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi*" sono oggetto di confronto sindacale.

Vengono di seguito specificati le condizioni abilitanti il lavoro agile, le azioni e gli indicatori:

- 1) In merito all'integrazione del Regolamento dello Smart Working, si è in attesa del confronto sindacale, alla luce di quanto definito nel CCNL Comparto Sanità del 2/11/2022. Pertanto la Deliberazione verrà predisposta e deliberata entro il 30 giugno 2023.
- 2) Numero di accordi individuali stipulati: Il numero di accordi individuali da aggiornare nell'anno 2023 corrisponde a 42.

Condizioni abilitanti del lavoro agile

- 3) Valutare il benessere organizzativo
la valutazione del benessere organizzativo è stata inficiata nella sua realizzazione per motivi di assenza non preventivabile della Responsabile della SS Comunicazione/URP.
- 4) Censimento delle postazioni di lavoro per attivazione co-working
- 5) Corso di formazioni per Dirigenti e incarichi di funzione
- 6) Corso di formazione sull'utilizzo degli strumenti digitali
- 7) Potenziare/migliorare la qualità di consultazione dei sistemi gestionali aziendali da remoto:
I punti 4,5,6,7 saranno oggetto di analisi da parte del Gruppo di Lavoro aziendale, alla luce dell'assunzione di un mandato in Regione Lombardia da parte del precedente Responsabile SIA, al fine di riprogrammarne il target nel 2023 -2024 e coinvolgere la nuova Responsabile SIA.

Attuazione del lavoro agile

- 8) Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo: il numero dei dipendenti che nell'anno 2022 ha utilizzato l'istituto dello smart working corrisponde a 42 dipendenti/400 totali.
- 9) I dipendenti sono stati soddisfatti dell'aver potuto utilizzare lo smart working?: per quanto sopra riportato, non è stata misurata la customer satisfaction da parte della SS Comunicazione e URP

Performance organizzativa

- 10) Diminuzione delle assenze: verrà fornito il dato successivamente.
- 11) riduzione dei costi di straordinario: verrà fornito il dato successivamente.
- 12) Misurare la customer degli utenti serviti da personale in lavoro agile: la valutazione non è stata effettuata per motivi di assenza non preventivabile della Responsabile della SS Comunicazione e URP e per movimentazione del personale che opera all'interno dell'URP.

Impatti

- 13) riduzione ore per commuting casa-lavoro
- 14) riduzione consumo risme di carta
- 15) riduzione costi legati al trasferimento casa-lavoro

I dati per ora non sono stati forniti.

- 16) Miglioramento della salute organizzativa e di clima: non è stato fornito un questionario di benessere organizzativo e non è stata effettuata per l'anno 2022 la rilevazione da parte della SS Comunicazione.

dimensioni	obiettivi	Indicatori	target 2023	target 2024	target 2025
	Integrazione regolamento Smart working:	Deliberazione entro il 31.12.2023	100%		
		Numero accordi individuali stipulati	N. Accordi individuali	N. Accordi individuali >anno 2022	N. Accordi individuali >anno 2023
Condizioni abilitanti del lavoro agile	Valutare il benessere organizzativo	Somministrazione questionario	rilevazione dati	analisi dei dati	rilevazione dati
	Censimento delle postazioni di lavoro per attivazione co-working	Elaborazione report di analisi	report	ampliamento postazioni co-working	messa a regime
	Corso di formazione per dirigenti e posizioni organizzative di lavoro agile	n. partecipanti	10	10	10
	Corso di formazione sull'utilizzo degli strumenti digitali	n. corsi	1	1	1
	Potenziare/migliorare la qualità di consultazione dei sistemi gestionali aziendali da remoto	% di applicativi consultabili da remoto/totale applicativi presenti	0,9	1	1
Attuazione lavoro agile	Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo	% di lavoratori agli effettivi/totali lavoratori agili potenziali	65%	65%	65%
	Misurare la customer dei dipendenti	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	100%	100%	100%
Performance organizzativa	Diminuzione delle assenze	GG assenza/gg lavorativi	-1,5%	-1,5%	-1,5%
	Riduzione dei costi di straordinario	Numero ore di straordinario	-10,0%	-5,0%	-5,0%
	Misurare la customer degli utenti serviti da personale in lavoro agile	n. questionari somministrati	85,0%	95,0%	95,0%
Impatti	Riduzione ore per commuting casa-lavoro	n.ore di trasferimento casa lavoro	-3,0%	0,0%	0,0%
	Riduzione consumo risme di carta	n. richieste di risme	-1,0%	0,0%	0,0%
	Riduzione costi legati al trasferimento casa-lavoro	% costi risparmiati per il viaggio	-1,0%	0,0%	0,0%
	Miglioramento della salute organizzativa e di clima	% di risposte positive/totale domande presenti nel questionario di benessere organizzativo	10,0%	5,0%	5,0%

3.3 Piano Triennale del fabbisogno del personale

Il Piano Triennale Fabbisogni del Personale 2023-2025 viene adottato con apposito provvedimento, come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 che ne stabilisce l'adozione annuale al fine di recepire aggiornamenti legati alle mutate condizioni del contesto normativo e organizzativo.

I PTFP delle Aziende sanitarie devono svilupparsi in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale relativamente al costo del personale.

Il Piano riporta

- nella tabella "PTFP" i dati annuali relativi al fabbisogno di personale aziendale, sia strutturato che non, espressi in FTE (Full Time Equivalent)
- nella tabella "Dotazione Organica" il conto teste relativo al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari.

I dati sono raggruppati per profilo professionale nonché per Aree, ovvero Area Dirigenza ed Area Comparto.

Il presente PTFP viene approvato con il presente provvedimento, sulla base della proposta effettuata da questa ASST in data 23 dicembre 2022 e nel rispetto delle apposite linee guida, della DGR XI/7758 del 28 dicembre 2022, nonché delle osservazioni e delle assegnazioni pervenute in data 27 gennaio 2023 da Regione Lombardia.

DO 2023												
DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU									
Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	265	10	30	6	2	6	41		1	15	71	336
DIRIGENZA VETERINARIA											0	0
DIRIGENZA SANITARIA	19						13			20	33	52
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3								1		1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5										0	5
DIRIGENZA TECNICA	3										0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11								1		1	12
TOTALE DIRIGENZA	306	10	30	6	2	6	54	0	2	36	106	412
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	691	70	77			26	57			31	114	805
OSTETRICA	30									9	9	39
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)				103	8						111	111
PERSONALE TECNICO SANITARIO	105										0	105
ASSISTENTI SANITARI	7					4	1			1	6	13
TECNICO DELLA PREVENZIONE											0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	60			2	4		24			3	33	99
ASSISTENTI SOCIALI	10			5			8			10	23	33
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	113		4							4	4	117
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	189	31	15	10	10	1	23				44	233
AUSILIARI	1									1	1	2
ASSISTENTE RELIGIOSO	1										0	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	302	1		30	2	4	5		5	44	90	392
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1										0	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA											0	0
TOTALE COMPARTO	1.510	102	96	150	24	35	118	0	5	103	435	1.945
TOTALE COMPLESSIVO	1.816	112	126	156	26	41	172	0	7	139	541	2.357

FABBISOGNO 2025		OSPEDALE				TERRITORIO						TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	di cui COSTI relativi ai Distretti, CDC, COT e ODC		
		TOTALE OSPEDALE	di cui emergenza urgenza		Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO	
			di cui pronto soccorso	di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU												
Categorie	Raggruppamento profili															
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	8,8					4,1	1,5			0,6	6,2	15,0			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA											11,1	11,1			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											4,5	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	8,1	0,0	0,0	0,0	5,1	27,0	26,1	1.089.018	721.801
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)							1,0					1,0	1,0		
	OSTETRICA												0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)												0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,1				0,1	0,1		
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								2,3				2,3	2,3		
ASSISTENTI SOCIALI								0,5				0,5	0,5			
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,1				0,1	0,1			
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS												0,0	0,0			
ALZILARI												0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,0	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,0	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	4,0	92.114	92.114	
TOTALE COMPLESSIVO	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	12,1	0,0	0,0	0,0	5,1	31,0	30,1	1.181.132	813.915	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA												0,0			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA SANITARIA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0			
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0			
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)												0,0	0,0		
	OSTETRICA												0,0	0,0		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)												0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,0	0,0		
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE												0,0	0,0		
ASSISTENTI SOCIALI												0,0	0,0			
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO												0,0	0,0			
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS												0,0	0,0			
ALZILARI												0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0			
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,0	0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,0	0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	

Come si evince dalle sopra riportate tabelle, per l'anno 2024 si prevede un ulteriore aumento della dotazione organica a seguito di ulteriori aperture di CdC e OdC e per l'effettiva presa a regime di tali servizi; l'anno 2025 riporta i medesimi dati dell'anno 2024.

Si precisa che per il personale Convenzionato ACN sono stati considerati anche gli specialisti che a seguito della riforma SSR sono assegnati a strutture che rimangono in carico a questa Asst, ad esclusione degli specialisti ambulatoriali già trasferiti all'ASST GOM Niguarda; per tale motivo, il budget di riferimento è stato ridotto rispetto a quello dell'anno 2022.

Per quanto riguarda gli incarichi di lavoro autonomo non sono stati presi in considerazione quelli derivanti da finanziamenti da privati mentre sono inclusi gli incarichi gravanti sul budget ordinario, nonché derivanti da specifici progetti e/o DGR e relativi alle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, nonché in materia di handicap e di inserimento lavorativo dei disabili, ambito territoriale.

La strategia di copertura del fabbisogno stimato consiste nell'espletamento di avvisi e concorsi per il reclutamento di personale dipendente, nel rispetto dei limiti di budget; di seguito le procedure appena espletate nonché in via di espletamento:

▪ **Area Dirigenza**

AVVISI

- n. 1 posto dir. medico chirurgia generale – inizio servizio vincitore 25 luglio 2022;
- n. 1 posto dir. medico cardiologia-emodinamica - inizio servizio del vincitore il 16/05/22;
- n. 1 posto dir. medico cardiologia - elettrostimolazione elettrofisiologia- inizio servizio del vincitore il 16/03/2023;

- n. 2 posti dir. medico medicina interna - inizio servizio del vincitore il 01/04/22;
- n. 1 posto dir. amministrativo per Provveditorato Económico – due candidate presenti hanno entrambe rinunciato (posto coperto con utilizzo graduatoria esterna);
- n. 1 posto dir. amministrativo per DSS - gestione attività territoriali – inizio servizio vincitore 18/07/22;
- n. 1 posto dir. medico radiodiagnostica (supplenza) - inizio servizio vincitore 1/09/22;
- n. 1 posto dir. medico neuropsichiatria infantile - espletato 13/12/2022- solo presa d'atto graduatoria (è stato avviato concorso);
- n. 1 posto dir. medico psichiatria (supplenza) – inizio servizio vincitore 01/11/2022.

CONCORSI

- n. 2 posti dir. medico ortopedia - inizio servizio dei vincitori il 1/08/2022;
- n. 6 posti dir. medico anestesia e rianimazione – presenti solo 4 candidati tutti specializzandi - 2 in servizio dall'1/04/22, 1 dall'1/11/22 e 1 dal 16/12/22;
- n. 4 posti dir. medico anestesia e rianimazione – 1 assunzione da 1/04/23, 1 assunzione da 1/09/23 e due assunzioni in attesa di decorrenza;
- n. 1 posto dir. medico ginecologia e ostetricia – inizio servizio vincitore 16/12/22;
- n. 1 posto dir. medico igiene epidemiologia e sanità pubblica – inizio servizio vincitore 16/01/23;
- n. 1 posto dir. medico malattie apparato respiratorio – inizio servizio vincitore (presunto da confermare) 01/02/2023;
- n. 1 posto dir. medico patologia clinica (laboratorio analisi) - assunzione vincitrice da 01/08/22;
- n. 1 posto dir. medicina fisica e riabilitazione - inizio servizio vincitore 1/09/2022;
- n. 2 posti dir. medico medicina interna - assunzione vincitrici rispettivamente dall'1/07/22 e dal 16/10/22;
- n. 1 posto dir. medico medicina interna - assunzione vincitrice da 01/04/23;
- n. 1 posto dir. oftalmologia - assunzione vincitore da 01/01/23.

STRUTTURE COMPLESSE

- Gestione operativa - inizio servizio l'1/04/22;
- DAPSS (Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie) - inizio servizio 1/08/22.

Area Comparto

AVVISI

- n. 1 posto Collaboratore professionale - assistente sociale (cat. D) – assunzione vincitrice dal 1/07/2022;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario - infermiere (cat. D) – 4 assunzioni con decorrenza tra l'1/6/22 e il 18/7/22;
- n. 2 posti Collaboratore amministrativo professionale (cat. D) – assunzioni rispettivamente dal 18/7/2022 e dall'1/9/2022;
- n. 1 posto specialista della comunicazione istituzionale (cat. D) - assunzione vincitrice dal 16/11/2022;
- n. 1 posto Assistente amministrativo (cat. C) – scadenza bando il 2/12/2022 - da espletare a febbraio 2023;
- n. 2 posti Collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario di laboratorio biomedico (cat. D) – assunzione vincitrici dal 4/02/2022;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario – ostetrica (cat. D) – assunzione vincitrice 1/12/2022, 1 assunzione 1/12/2022, 2 assunzioni 16/12/2022;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario di laboratorio biomedico (cat. D) - assunzione vincitrice dal 1/01/2023.

CONCORSI

- n. 1 posto Assistente tecnico programmatore (cat. C) - da fissare data di espletamento;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario - dietista (cat. D) – assunzione vincitrice dal 1/09/2022;
- n. 2 posti Collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di laboratorio biomedico (cat. D)– assunzione 1 vincitore dal 22/08/2022;
- n. 1 posto Collaboratore tecnico professionale - ingegnere (cat. D) – assunzione dall’1/12/2022;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario – logopedista (cat. D) - 3 assunzioni dal 16/02/2022;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario – tecnico della riabilitazione psichiatrica (cat. D) – assunzione vincitrice dal 1/04/2023;
- n. 1 posto Collaboratore professionale sanitario – infermiere (cat. D) – assunzione vincitrice dal 1/01/2023;
- n. 1 posto Coadiutore amministrativo senior (cat. Bs) – da fissare data di espletamento;
- n. 1 posto di Collaboratore professionale – assistente sociale (cat. D) – in fase di indizione.

3.4 Formazione del personale

Premesso che la redazione di un “Piano di Formazione degli operatori con aggiornamento annuale” rientra tra i requisiti per l’accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi della D.G.R. n. VI/38133 del 6.08.1998, è altresì che la redazione del Piano Formativo Aziendale è un requisito per l’accreditamento degli erogatori di prestazioni sanitarie, quali Provider ECM, ai sensi del Decreto D.G. Welfare n.11839 del 23.12.2015. Considerato che il Decreto D.G. Welfare di Regione Lombardia n.17408 del 15.12.2021 attesta l’accreditamento standard del Provider ECM ASST Nord Milano, codice 7170 al Sistema Lombardo di accreditamento ECM-CPD, con validità di quattro anni e scadenza al 31 dicembre 2025. Considerate le indicazioni di Regione Lombardia nell’allegato D del Manuale di Accreditamento per l’erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia aggiornate per l’anno 2023, si precisa che il Piano di Formazione Aziendale è in fase di approvazione, infatti in data 26.1.2023 sarà convocato il Comitato Scientifico per la Formazione (come costituito con deliberazione n. 99 del 10.02.2021) per l’analisi delle proposte formative e di aggiornamento professionale rivolte a tutto il personale di ASST Nord Milano predisposte per l’anno 2023 e per la valutazione dell’attività di formazione effettuata nell’anno 2022.

Il Piano di Formazione Aziendale è il documento programmatico che raccoglie le iniziative formative con l’obiettivo di integrare le esigenze formative espresse dagli operatori, con gli indirizzi e gli obiettivi della Direzione Strategica, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale, a fronte delle indicazioni di Regione Lombardia nel contesto del programma di Sviluppo Professionale Continuo - Educazione Continua in Medicina.

Il Piano di formazione si sviluppa seguendo le fasi classiche: l’analisi del fabbisogno formativo, la progettazione degli eventi di formazione, la loro esecuzione e la valutazione dei risultati, nel rispetto degli indirizzi regionali e delle indicazioni in tema di formazione ECM-CPD DGR n. 18576 del 5 agosto 2004 “ Linee d’indirizzo per l’attivazione del sistema ECM in Lombardia” e successive modificazioni.

La determinazione dei bisogni formativi rappresenta un momento di crescita del sistema e pone le basi per realizzare un apprendimento propositivo, in grado di stimolare l'interesse dei professionisti coinvolti e la costruzione di eventi formativi condivisi, multidisciplinari, trasversali, basati su esigenze formative realmente avvertite.

In questa fase ruolo importante assumono i Responsabili Scientifici chiamati alla compilazione di una scheda formativa, al fine di raccogliere le esigenze formative, analizzarle e sottoporle, attraverso la predisposizione del Catalogo Formativo, al Comitato Scientifico per la Formazione per validazione e approvazione.

Le informazioni raccolte tramite la scheda formativa ed i colloqui con i proponenti vengono classificate secondo diverse categorie ed i fabbisogni formativi rilevati sono così inquadrati:

- Formazione obbligatoria "ex lege": rivolta a tutto il personale (es. contenuti D.L. 81/08), agli Operatori sanitari (es. BLS, PLS), in relazione all'esposizione ai rischi connessi alla funzione svolta (es. movimentazione carichi, rischio biologico e chimico).
- Formazione strategica: segue gli indirizzi strategici aziendali e gli obiettivi ministeriali e regionali.
- Formazione trasversale: intesa come trasversale per tutti i professionisti dell'ASST, indipendentemente da qualifica/categoria professionale, comune e peculiare per le diverse figure professionali presenti nell'ASST e per lo sviluppo delle competenze e per la crescita professionale (soft skills, hard skills, digital skills).

I fabbisogni formativi vengono inoltre riferiti anche alle seguenti aree tematiche:

- miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- aggiornamento sulle disposizioni normative;
- miglioramento della capacità comunicative e relazionali.

prevedendo la possibilità di inserimento di nuove proposte, in relazione alle necessità che possano emergere in ambito aziendale, legate a indicazioni regionali, nazionali per un numero non superiore al 50% degli eventi inseriti in fase di pianificazione.

Le attività programmate coinvolgono il personale sanitario e amministrativo.

I Responsabili Scientifici e i docenti realizzano nel corso dell'anno le iniziative progettate e autorizzate dal Comitato Scientifico per la Formazione.

La valutazione dell'attività educativa si pone come elemento fondamentale del processo formativo, consentendo di governare l'intero processo nella fase di verifica dell'avvenuto apprendimento e la sua spendibilità all'interno dell'organizzazione, rendendo visibili gli effetti e l'impatto della formazione. L'ASST adotta un sistema di valutazione che tiene conto dei risultati degli eventi formativi avvalendosi di specifici strumenti per la:

- valutazione del gradimento: attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento compilabile direttamente online sul gestionale SIGMA;

- valutazione dell'apprendimento: principalmente attraverso la somministrazione di un test di apprendimento a conclusione dell'evento formativo, fornito dal Responsabile scientifico, tale modalità può essere modificata, in base alla tipologia formativa con l'utilizzo di una griglia di analisi, oppure avvalendosi di una check-list integrata nel caso in cui sia prevista nell'evento una prova pratica o una dimostrazione (es. BLS).

Non meno importante è la valutazione della ricaduta formativa sul personale. In particolare si procede alla valutazione dell'efficacia formativa attraverso la somministrazione di questionari o scale di valutazione a medio e lungo termine e possono essere effettuati anche Audit sul campo e la valutazione dell'impatto inerente iniziative formative appartenenti all'area tecnico scientifica con cui viene misurato l'impatto formativo con una valutazione preliminare e post formativa a medio termine, a 3-6 mesi dall'esecuzione del corso.

Nel triennio 2022-2024 il Catalogo formativo riguarderà gli ambiti:

- Sicurezza/prevenzione e protezione (D.lgs 81/2009)
- Fondamenti di rianimazione cardio-polmonare (BLS e PBLSD e Rianimazione Neonatale e Pediatrica)
- Risk Management
- Trasparenza e Anticorruzione
- Privacy – applicazione del nuovo Regolamento Europeo 679/2016 e D.Lgs. 101/2018
- Covid 19
- Trasformazione Digitale nelle Aziende Sanitarie;
- Pubblica Amministrazione (es. Piano Integrato di Attività e di Organizzazione – PIAO, Trasformazione Digitale)
- Piano regionale prevenzione 2021- 2025
- Nuovo modello triage regionale 2022
- Cartella Clinica Elettronica 2023, Progetto PNNR

Troveranno sviluppo anche eventi formativi inerenti:

- le Case della Comunità;
- i Distretti;

la ASST svilupperà infatti un percorso formativo a supporto del modello organizzativo:

- delle Case della Comunità, alla luce della deliberazione n. XI/5195 del 6.09.2021 “approvazione delle linee di progetto per l'attuazione di Case e Ospedali di Comunità nella Città di Milano”;
- dei Distretti, per l'implementazione di modalità e strumenti operativi per la gestione integrata della reingegnerizzazione territoriale e di creazione della rete.

Inoltre in conformità alle precedenti indicazioni Regionali – si proseguirà con i percorsi di formazione interni o esterni sulle seguenti aree tematiche:

- Area materno neonatale/pediatria/adolescenziale
- Area disabilità (Progetto DAMA)
- Area dipendenze e salute mentale (GAP)
- Area prevenzione (Vaccinazioni)
- Cure palliative/dolore
- Medicina di Genere.

Tabella Misurazione gradimento eventi formativi anno 2022

N° indicatore	Nome Indicatore	Scopo/ Procedura di riferimento	Formula	Fonti dei dati/ Flusso	Valore Soglia	Responsabile della rilevazione	VALORI per periodo di analisi		Tendenza ed eventuale attivazione Azione di Miglioramento
							ANNUALE		
							Risultato	% Raggiunta	
2	Monitoraggio customer satisfaction	Gradimento eventi	Tasso di soddisfazione eventi/totale eventi	Questionari di Customer SIGMA	MINIMO : 3 OBIETTIVO: 3,3 MASSIMO: 4	Baccilieri	3,46	86,5%	Superato il valore minimo. Dato in leggero aumento rispetto l'anno precedente(3,36)

Tabella Misurazione eventi formativi realizzati anno 2022

N° indicatore	Nome Indicatore	Scopo/ Procedura di riferimento	Formula	Fonti dei dati/ Flusso	Valore Soglia	Responsabile della rilevazione	VALORI per periodo di analisi		Tendenza ed eventuale attivazione Azione di Miglioramento
							ANNUALE *		
							Risultato	% Raggiunta	
1	Realizzazione iniziative formative	Monitoraggio dell'attività formativa	N. eventi formativi realizzati /N. eventi formativi pianificati x 100	CATALOGO FORMATIVO E DATABASE FORMAZIONE	MINIMO : 60% OBIETTIVO: 70% MASSIMO: 80%	Baccilieri	In fase di elaborazione		

3.5 Piano delle azioni positive

Premessa

Parte integrante del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione(PIAO) è il Piano Triennale delle Azioni Positive disciplinato dalla Direttiva n. 2/2019, emanata da Ministero per la Pubblica Amministrazione insieme al Dipartimento per le pari opportunità: “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”, alla luce di quanto definito al punto 3.2, “Piani Triennali di Azioni Positive”, nell’osservanza delle normative vigenti che, in linea con i principi sanciti dalla Costituzione, vietano qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta.

Le finalità perseguite dalla Direttiva possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- Prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo quali quelle relative al genere, all’età, all’orientamento sessuale, alla razza, all’origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua;
- Sottolineare fortemente il legame tra pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni;
- Favorire l’implementazione delle politiche di genere con azioni concrete(Es. Medicina di genere);
- Rafforzare il ruolo del CUG con la previsione di nuclei di ascolto organizzativo, assicurando il rispetto delle finalità del CUG che prevedono di:
 - Impegnarsi ad individuare e contrastare ogni forma di discriminazione diretta
 - o indiretta dipendente da diversi “fattori di rischio quali età, origine etnica, disabilità,lingua, ecc.
 - Impegnarsi per ottimizzare il potenziale produttivo dei lavoratori e l’efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro rispettoso del benessere organizzativo.
 - Diffondere la cultura della parità anche nei confronti degli utenti e dei cittadini, promuovendo iniziative organizzative e scientifiche volte a minimizzare gli effetti negativi delle differenze, valorizzandone invece gli aspetti utili a migliorare la qualità dell’assistenza e delle cure (es. iniziative di Medicina di Genere),

tali finalità saranno sviluppate attraverso azioni positive volte a contribuire ad un clima organizzativo che crei quelle condizioni di benessere attese dai lavoratori. Il presente Piano delle Azioni Positive costituisce un aggiornamento del precedente Piano adottato per il triennio 2020-2022(e pubblicato su amministrazione trasparente ASST Nord Milano, come previsto dalla normativa vigente), con una visione di continuità di azioni che incidano positivamente sul clima aziendale e che promuovano azioni atte a prevenire o rimuovere qualsiasi forma di discriminazione.

Gli obiettivi da perseguire nell’anno 2023 saranno orientati:

- a favorire azioni formative a livello aziendale utili a favorire uno sviluppo della competenza in materia di pari opportunità, di valorizzazione del benessere di chi lavora e per lo sviluppo di una cultura contro le discriminazioni e contro la violenza e le aggressioni anche ad opera degli utenti che accedono ad ASST Nord Milano, ad esempio in Pronto Soccorso;

- ad integrare azioni di conciliazione tra vita lavorativa ed extra-lavorativa, promosse anche da altri organismi o funzioni a livello aziendale(es. Organismo Paritetico, Gruppo di Lavoro Smart Working, Mobility manager);
- a monitorare le iniziative/azioni per favorire e mantenere la cultura aziendale
- in un'ottica di genere(eseempio attività ONDA ASST Nord Milano, ecc.).

Linee di azione:

- Formazione
- Buone Pratiche
- Benessere organizzativo.

AZIONE n.1 - FORMAZIONE	Primo obiettivo - favorire la partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi aziendali riguardanti tematiche sulla violenza di genere e sulla violenza agita sugli operatori.	Azioni: Realizzare gli interventi formativi specifici interni o esterni ad ASST Nord Milano inseriti nel Piano di Formazione ASST Nord Milano 2023. Target da raggiungere almeno 300 dipendenti Soggetti e Uffici coinvolti: Direzione Strategica ASST Nord Milano, SSD Formazione DAPSS, SS Qualità e Risk Management, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane. Periodo di realizzazione: anno 2023-2025 Misurazione: rendicontazione del numero totale di dipendenti che abbia effettivamente partecipato agli eventi che riguardano le pari opportunità, le azioni di prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione o di violenza e/o sulla legislazione vigente riguardante tali ambiti. Costi preventivati: a carico del budget aziendale della Formazione, da definirsi.
	Secondo obiettivo - monitorare e verificare le iniziative adottate da parte dai Gruppi di Lavoro Aziendali: Gruppo di Lavoro Agiti Aggressivi, Smart Working, ecc.	Azioni: mappare la progettualità in essere e di sviluppo 2023. Soggetti e Uffici coinvolti: Direzione Strategica ASST Nord Milano, SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano, SS Qualità e Risk Management, SS Comunicazione e URP. Periodo di realizzazione: anno 2023. Misurazione: report che descriva le iniziative realizzate nel 2023 da parte dei Gruppi di Lavoro aziendali, gli obiettivi raggiunti e loro ricaduta sul clima e sul benessere aziendale. Costi preventivati: oneri derivanti dal budget delle strutture aziendali coinvolte (es. Ufficio Tecnico patrimoniale, SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano, ecc.)
AZIONE n.2 - ADOZIONE DI STRATEGIE E/O BUONE PRATICHE PER LA CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E VITA EXTRA-LAVORATIVA	Primo obiettivo: verificare la progettazione di buone pratiche a livello aziendale sia da parte della Mobility Manager, sia da parte degli altri organismi aziendali.	Azioni: mappare le buone pratiche adottate a livello aziendale per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa. Soggetti e Uffici coinvolti: Direzione Strategica ASST Nord Milano, SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, SS Comunicazione e URP, Mobility Manager e altri organismi coinvolti a livello istituzionale. Periodo di realizzazione: anno 2023. Misurazione: numero totale di buone pratiche/azioni adottate e/o realizzate nel 2023 Costi preventivati: oneri da definirsi.
	Secondo obiettivo: Attività Medico Competente	Azioni: conoscere le azioni adottate dal Medico Competente per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra lavorativa dei dipendenti Soggetti e Uffici coinvolti: Servizio Medico Competente ASST Nord Milano e SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane. Periodo di realizzazione: anno 2023

		<p>Misurazione: numero totale di indicazioni prescritte dal Medico Competente relative all'anno 2023, sulla popolazione dei dipendenti, nel rispetto dell'anonimato e della Privacy, ad esempio in merito a condizioni di fragilità, per l'attivazione dello smart working.</p> <p>Costi preventivati: senza costi.</p>
--	--	---

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Il monitoraggio sull'andamento complessivo della gestione aziendale verrà sviluppato tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, sulla base di dati ed informazioni acquisiti nel processo di monitoraggio delle attività svolte.

Il monitoraggio delle performance organizzative avviene in più livelli come di seguito riportato in tabella:

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Monitoraggio
PERFORMANCE DELL'UTENTE	Piano per le liste di attesa 2023: produzione 110% del medesimo mese dell'area specialistica ambulatoriale dell'anno 2019 delle seguenti prestazioni: 9502 - Prima visita oculistica 897A7 - Prima visita dermatologica 88722, 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A - Eco(color)dopplergrafia cardiaca 88731 - Ecografia bilaterale della mammella 88761- Ecografia addome completo 897B7 - Prima visita ortopedica 88735 - Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici 897A3 - Prima visita cardiologica 897A8 - Prima visita endocrinologica/diabetologica 8913- Prima visita neurologica [neurochirurgica] 4525 - Colonscopia con endoscopio flessibile 88714 - Diagnostica ecografica del capo e del collo 4516 - Esofagogastroduodenoscopia [EGD] 87371 - Mammografia bilaterale 8950 - Elettrocardiogramma dinamico 89372 - Spirometria globale 88772 - Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuali, arteriosa o venosa 88016 - Tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo, sz e con contrasto 87411 - Tomografia computerizzata (TC) del torace, sz e con contrasto 88741 - Ecografia dell'addome superiore	n° prestazioni mese corrente/n° prestazioni mese 2019	mensile
	Piano per le liste di attesa 2023: incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni ambulatoriali	n° remind aziendale /n° totale prenotazioni	mensile
	Attività ambulatoriale: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ambulatoriale	mensile
	Attività di ricovero: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ricoveri	mensile
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti gestiti in PS entro le 8h/n° totale pazienti gestiti in PS	trimestrale
	Elaborazione procedura per la gestione dei pazienti in dimissione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	annuale
	Potenziamento rete territoriale: rispetto del cronoprogramma di attivazione funzionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	rispetto cronoprogramma	trimestrale
	Attivazione nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	trimestrale
	Screening Cervic Uterina: gestione attività	n° colposcopie realizzate entro 3-5 o 20 gg dalla richiesta di ATS/n° totale richieste	trimestrale
		n° di diagnosi di 2° livello inseriti su SW entro 30 gg da colposcopia/ n° totale diagnosi	trimestrale
	Rispetto programma del PRP "Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL18"	- coorte 2021 per le vaccinazioni: esavalente, MPRV, Men C, PNC, Rotavirus, Men B - coorte 2016 per le vaccinazioni: 4° DTPP e MPR - coorte 2011 per le vaccinazioni HPV (2 dosi), 5° DTPP e Men ACWY - coorte 2007 per le vaccinazioni: 5° DTPP e Men ACWY	mensile
	Organizzazione eventi per la promozione delle campagne vaccinali con pianificazione di azioni mirate per incentivare i pazienti alla vaccinazione	n° eventi promozionali n° azioni mirate	semestrale
	Implementazione e messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	trimestrale
	Area consultori: Definizione del percorso di presa in carico delle donne consultorio ospedale e ospedale consultorio	n° donne gravide prese in carico che partoriscono presso l'hsp SSG/n° totale donne gravide gestite	trimestrale
	Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz assistiti a domicilio (età>=65 anni)/1000 residenti	semestrale
	Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	semestrale

PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Aggiornamento piano pandemico	pubblicazione piano	annuale
	Istituzione cabina di regia	delibera Elaborazione regolamento	semestrale
	Area Distretti: elaborazione accordi organizzativi tra gli erogatori e i medici di famiglia per lo sviluppo dell'attività di vaccinazione	elaborazione documenti	semestrale
	Elaborazione accordi organizzativi relativi alle integrazioni tra i diversi setting assistenziali per una efficace presa in carico della popolazione di riferimento (ADI base)	elaborazione documenti	semestrale
	Introduzione Cartella Clinica Elettronica	introduzione in un reparto pilota	semestrale
	Applicazione modello HIMSS EMRAM	applicazione modello	trimestrale
	Predisposizione piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e programmazione e effettuazione interventi tecnici e organizzativi necessari:	condivisione scheda aziendale quantificazione e allocazione delle risorse aggiornamento scheda aziendale	semestrale
	Corretta e completa alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali	coerenza con il sistema contabile n. informazioni trasmesse	trimestrale
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area crediti e ricavi - area debiti e costi	pubblicazione	annuale
	Rispetto delle indicazioni richieste da Regione Lombardia sulla gestione dei flussi consumi e contratti:	rispetto dei tempi di invio n° repertori presenti su flusso consumi/n° repertori presenti su flusso contratti	trimestrale
	Rispetto cronoprogramma per gli avvisi/concorsi	rispetto cronoprogramma	semestrale
	Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione delle nuove linee guida regionali sul controllo di gestione	n° incontri	annuale
	Area protesica: elaborazione / rivisitazione istruzione operativa per il monitoraggio e il recupero dei beni sia riutilizzabili che installati presso il domicilio	pubblicazione procedura	semestrale
	Avvio attività di riclassificazione dei laboratori clinici aziendali	presentazione istanza	annuale
	Sorveglianza Malattie Infettive: utilizzo SMI	partecipazione a corso FAD possesso credenziali n° accessi	semestrale
	Elaborazione documento per la sperimentazione del budget della salute per residenzialità psichiatrica socio riabilitativa	pubblicazione documento	annuale
	Attivazione nucleo funzionale dell'autismo	delibera	semestrale
	Messa a regime: - centro per la famiglia - psicologia delle cure primarie	elaborazione documento progettuale avvio	semestrale
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	annuale
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Oculistica	elaborazione documenti	semestrale
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale - ambulatoriale	elaborazione documenti	semestrale
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	semestrale
	Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	semestrale
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento Consultorio di Cusano/Cinisello Balsamo	elaborazione documenti	semestrale
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di attivazione UDO C-Dom	elaborazione documenti	annuale
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per i neo assunti	n. neo assunti che hanno effettuato il corso / n. totale neo assunti	semestrale
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operatori di struttura	semestrale
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	semestrale
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	semestrale
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: implementazione della tracciabilità dell'attività di gestione interna delle istanze di accesso agli atti e di accesso civico generalizzato e di riscontro alle stesse	n° note di riscontro alle richieste di accesso di cui è garantita la tracciabilità a mezzo del protocollo informatico aziendale/n° totale di istanze pervenute (esterne-interne)	semestrale
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: revisione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni, di cui alla sottosezione bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 previsto da ANAC	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	semestrale
Prevenzione dei conflitti di interesse nei processi afferenti a "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazione": acquisizione Dichiarazione Pubblica degli interessi da parte di specifiche figure individuate dal RPCT	n. dichiarazioni acquisite /n. totale delle figure professionali individuate	semestrale	
Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi valutazione rischi misure di trattamento	annuale	

PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	semestrele
	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	trimestrale
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrezzature previste da programma	attuazione piano	semestrele
	Rispetto dei tempi di pagamento	rispetto richieste regionali	annuale
	Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	semestrale

Il monitoraggio viene sottoposto alla valutazione del Nucleo di Valutazione delle prestazioni, che si esprime rispetto a verifica iniziale di coerenza di attribuzione degli obiettivi, verifica intermedia e finale sui risultati ottenuti e attribuzione della retribuzione di risultato. I vari livelli di monitoraggio delle performance hanno la finalità di attivare eventuali azioni di intervento/correzione al fine di conseguire i risultati programmati.