



ORDINANZA PRESIDENZIALE n. 6 del 31/01/2024

OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO - TRIENNIO 2024/2026

STRUTTURA PROPONENTE: TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

IL RESPONSABILE: Dr.ssa Dahlia Carnevale

Ordinanza presidenziale adottata dal Presidente Alessandro Venturi nominato con Deliberazione n. 5/C.d.A./0002 del 28/12/2018

Fascicolo: 2024-1.1.2/8

Il Responsabile del procedimento: Dr.ssa Dahlia Carnevale

Acquisito il parere favorevole del Direttore Generale Dr. Stefano MANFREDI nominato con deliberazione n. 5/C.d.A./151 del 27/12/2021.

IL PRESIDENTE

VISTA la deliberazione n. 5/C.d.A./0002 del 28 dicembre 2018, con la quale il Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha nominato il sottoscritto quale Presidente della medesima Fondazione IRCCS;

VISTI:

- l'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla l. 6 agosto 2021, n. 113 il quale ha introdotto il "*Piano integrato di attività e organizzazione*";
- il d.m. 24 giugno 2022, n. 132 intitolato "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*";
- il d.p.r. 30 giugno 2022, n. 81 intitolato "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*" il quale individua gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da PIAO;

EVIDENZIATO che il PIAO, di durata triennale, ai sensi della su richiamata normativa, ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il *Piano della Performance*, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione IRCCS stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)*, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il *documento di Organizzazione del Lavoro Agile*, che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il *Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il *Piano della Formazione*, che individua gli obiettivi formativi annuale e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) il *Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)*, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della l. 28 novembre 2005, n. 246*" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "*rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne*", definendo gli strumenti e le fasi "*per*

giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. n. 150/2009 e delle l. n. 190/2012;

CONSIDERATO che l'Organo Interno di Valutazione (OIV) della Fondazione IRCCS ha valutato la proposta di PIAO, nella seduta del 25 gennaio 2024, ritenendolo conforme alla normativa vigente e rispondente alle esigenze istituzionali;

PRESO ATTO dell'avvenuta proroga tecnica del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del d.lgs. 16 maggio 1994, n. 293, il quale stabilisce che *"gli organi amministrativi non ricostituiti nel termine di cui all'articolo 2 sono prorogati per non più di quarantacinque giorni, decorrenti dal giorno della scadenza del termine medesimo"*;

RAVVISATA l'urgenza di provvedere all'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) per il triennio 2024 – 2026 entro il 31 gennaio 2024, come stabilito dal citato articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla l. 6 giugno 2021, n. 113;

EVIDENZIATA la necessità di sottoporre il redigendo provvedimento a ratifica consigliare, ai sensi dell'art. 15 dello Statuto della Fondazione IRCCS, il quale prevede tra le funzioni del Presidente il potere di adottare, in caso d'urgenza, ogni provvedimento necessario ed opportuno, purché sottoposto a ratifica del Consiglio di Amministrazione, nel corso della prima riunione successiva;

DISPONE

per quanto riferito in premessa:

1. di approvare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) – triennio 2024-2026, nel testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, formale e sostanziale (AL01, AL02, AL03, AL04, AL05, AL06);
2. di sottoporre il presente provvedimento a ratifica consigliare nel corso della prima riunione successiva;
3. di disporre la comunicazione del presente provvedimento al Collegio Sindacale della Fondazione IRCCS;
4. di dare atto che, ai sensi della l. n. 241/1990, il Responsabile del procedimento, è la Dr.ssa Dahlia Carnevale, Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) della Fondazione, Responsabili dell'istruttoria e dell'esecuzione sono la Dr.ssa Dahlia Carnevale (RPCT), la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e la SC Controllo di Gestione, ciascuno secondo quanto di rispettiva competenza.

IL PRESIDENTE
(Alessandro Venturi)
(Firmato digitalmente)

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Triennio 2024-2026



Piano redatto ai sensi del d.l. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla l. 6 agosto 2021, n. 113

Sommario

| | |
|--|----|
| PREMESSA | 3 |
| SEZIONE I - LA FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO “SAN MATTEO” | 4 |
| 1. Le strutture della Fondazione | 4 |
| 2. <i>Mission e Vision</i> | 5 |
| 2.2. La Fondazione in cifre | 9 |
| SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 18 |
| 1. VALORE PUBBLICO | 18 |
| 2. PERFORMANCE | 21 |
| 2.2 ANTICORRUZIONE | 24 |
| Parte Generale | 25 |
| Il processo di gestione del rischio di corruzione | 30 |
| La mappatura dei processi | 32 |
| Le misure generali | 36 |
| Codice comportamentale | 36 |
| Conflitto di interessi | 37 |
| Whistleblowing | 39 |
| Formazione | 41 |
| La rotazione straordinaria | 41 |
| Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors | 42 |
| Misure Specifiche | 43 |
| Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) e liste d’attesa | 43 |
| Trasparenza | 44 |
| Il programma della trasparenza: l’attività del 2023 e gli obiettivi del 2024 | 45 |
| Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi) | 46 |
| Accesso civico | 46 |
| SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 47 |
| 3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA | 47 |
| L’Organigramma | 47 |
| Livelli di responsabilità organizzativa. | 54 |
| Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione | 59 |
| 3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 61 |
| 3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale | 63 |
| Formazione e sviluppo | 71 |
| Piano Azioni positive - 2024-2026 | 72 |

| | |
|---|----|
| Parte I..... | 73 |
| Analisi delle risorse umane della Fondazione | 73 |
| Parte II: | 76 |
| Descrizione degli Obiettivi 2024-2026..... | 76 |
| AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare | 76 |
| AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione | 77 |
| AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo..... | 78 |
| AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza..... | 78 |
| Sistema di gestione, attuazione, sviluppo e monitoraggio del Piano Triennale Azioni Positive | 87 |
| SEZIONE IV - MONITORAGGIO | 88 |
| 4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della Performance..... | 88 |
| 4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza | 88 |
| 4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano..... | 89 |

PREMESSA

L'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla l. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (PIAO), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e presentato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi "*per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione*", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. n. 150/2009 e della l. n. 190/2012.

Il presente Piano, ai sensi del d.p.r. 30 giugno 2022, n. 81, assorbe:

- a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** che è finalizzato a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla illegalità nella Pubblica Amministrazione nonché in materia di trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il **documento di Organizzazione del Lavoro Agile** che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il **Piano della Formazione** che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)** che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246*" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "*rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne*".

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

Deve essere pubblicato ogni anno sul sito della Fondazione IRCCS ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

SEZIONE I - LA FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO "SAN MATTEO"

La Fondazione IRCCS. Policlinico San Matteo è un laboratorio di sperimentazione clinica e sede privilegiata di attività assistenziale fin dal 1400.

L'ospedale 'grande' di San Matteo o della Pietà (*"Hospitale magnum Sancti Mathei sive de la Pietate"*) - la cui prima pietra fu posta il 29 giugno 1449 con sede presso l'attuale Università - fu realizzato, su sollecitazione di Domenico da Catalogna, frate domenicano e con il pieno appoggio dell'autorità laica ed ecclesiastica, da una confraternita laicale costituitasi nel dicembre 1448 che vedeva, accanto ai membri di famiglie nobili, la presenza massiccia della ricca borghesia pavese intenzionata a farsi carico del problema dell'assistenza in sintonia con il movimento di laicizzazione che si era venuto affermando a partire dal secolo XIV.

L'ospedale fu intitolato a San Matteo perché sorse là dove era ubicato il monastero benedettino di San Matteo soppresso da Papa Nicolò V nel settembre del 1449. Era detto anche ospedale della Pietà per sottolineare che la 'pietas', intesa come amore verso il prossimo, doveva essere il principio ispiratore della attività svolta al suo interno.

La fondazione dell'Hospitale rappresenta un caposaldo nella storia dell'assistenza e si presenta come atto di superamento del sistema ospedaliero medievale.

Nel 1927 un Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero dell'Interno ne sancisce la trasformazione in Ospedale Clinico in convenzione con l'Università di Pavia, dove nel 1932 si trasferisce nell'attuale costruzione a padiglioni, fortemente voluta dal Premio Nobel Camillo Golgi; quarant'anni dopo, nel 1972, è classificato Ospedale Generale Regionale.

Riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per la prima volta nel 1982, il San Matteo è sempre stato successivamente riconfermato in tale ruolo.

L'IRCCS Policlinico San Matteo è divenuto Fondazione nel 2006 con Decreto del Ministero della Salute del 28 aprile; è stato recentemente riconfermato IRCCS con Decreto del Ministero della Salute del 21 gennaio 2021 nelle discipline tra loro complementari e integrate di *"trapiantologia: malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule"* e di *"malattie internistiche ad ampia complessità biomedica e tecnologica"*.

La Fondazione IRCCS. Policlinico San Matteo, in quanto ente di rilievo nazionale e di natura pubblica, è disciplinato dalle disposizioni di cui allo Statuto, recentemente modificato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5/CDA/101 del 25/11/2022, nonché dall'articolo 42 della l. 16 gennaio 2003, n. 3 e dal d.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

La Fondazione non ha scopo di lucro ed ha durata illimitata.

La sede legale è a Pavia, Piazzale Golgi, 19 (sito internet www.sanmatteo.org), codice fiscale 00303490189, partita IVA 00580590180.

1. Le strutture della Fondazione

Le strutture della Fondazione IRCCS che hanno garantito l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità, con una forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica - tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori - sono:

- Struttura Ospedaliera per acuti: Policlinico San Matteo - Viale Camillo Golgi, 19 - 27100 Pavia;
- Struttura Ospedaliera Hospice: Presidio Ospedaliero Belgioioso - Via Felice Cavallotti, 123, 27011 Belgioioso (PV).

La Fondazione IRCCS è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia, nonché sede dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, in lingua italiana ed inglese (*"Golgi"* e *"Harvey"*), dei Corsi di Studio triennali e magistrali delle professioni sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria.

La Fondazione IRCCS coniuga in sé tutti e tre gli aspetti fondanti della sanità moderna:

- l'assistenza, affermando il ruolo di ospedale di riferimento (HUB) e centro delle RETI organizzative, tempo dipendenti e di patologia;
- la ricerca, essendo un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e rivestendo un ruolo di primo piano nazionale ed internazionale nella ricerca biomedica;
- la formazione universitaria di base e specialistica, essendo polo didattico della Università di Pavia, sede dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, che vanta una scuola centenaria, dei corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria.

La caratteristica essenziale della Fondazione, in quanto IRCCS, è pertanto quella di perseguire *"insieme a prestazioni clinico-assistenziali di ricovero e cura"* anche *"specifiche attività di ricerca scientifica biomedica"*, oltre all'attività formativa.

2. *Mission e Vision*

La *Mission* della Fondazione IRCCS è perseguire, secondo standard di eccellenza, qualità e appropriatezza, la ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. La Fondazione si caratterizza per la propria realtà polispecialistica e multidisciplinare e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica, tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori di ricerca, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

Provvede quindi:

- al ricovero e alla cura di persone affette da patologie acute e croniche e a soddisfare i bisogni della popolazione, mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, in relazione alle risorse assegnate e alla dotazione tecnologica disponibile, integrate con le attività di ricerca biomedica e clinica;
- alla ricerca corrente, definita dal riconoscimento IRCCS quale attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica, nonché alla ricerca finalizzata, quale attività di ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale.

La Fondazione IRCCS programma l'attività di ricerca, coerentemente con il programma di ricerca sanitaria e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguiti in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più Enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Svolge parte attiva, in stretta relazione con il Ministro della Salute, con la Regione Lombardia e tramite gli organismi istituzionali, alla definizione degli orientamenti, alla valutazione delle attività sanitarie, alla promozione delle sperimentazioni, al fine di contribuire efficacemente all'applicazione delle cure e degli interventi complessi, così come pone le proprie strutture e organismi a contribuire, in coerenza con la propria qualificazione, per ogni occorrenza del Servizio Sanitario Regionale.

Sviluppa, inoltre, quale compito istituzionale, la promozione e la partecipazione attiva e diretta alle attività di didattica, di formazione, di qualificazione professionale e scientifica, di addestramento del personale medico e non medico e di tutti i ruoli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

La Fondazione IRCCS svolge, in particolare, attività di alta formazione nell'ambito delle discipline ed attività di riferimento. A tal fine, promuove e/o collabora a iniziative di scambio culturale e scientifico con Strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici, convegni e stage, sia all'estero, sia presso la Fondazione.

Attua, in particolare, misure idonee di collegamento e sinergia con altre Strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con Istituti di riabilitazione e con analoghe Strutture a decrescente intensità di cura, avvalendosi, principalmente, delle reti di cui all'art. 43 della citata l. n. 3/2003, all'interno delle quali realizzare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale, con l'obiettivo di garantire al Malato le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

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

La Fondazione intende essere un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del Malato, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei Cittadini.

La Fondazione IRCCS intende utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne, con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in equipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi. Nei processi di erogazione delle attività sanitarie, tecniche e amministrative la Fondazione IRCCS si ispira ai seguenti principi e valori, confermati, peraltro dalla l.r. Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33 recante il "*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*":

A) Qualità delle cure

Massima attenzione alla qualità delle cure, perseguendo con determinazione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla base dei principi e della metodologia della medicina fondata sulle prove di efficacia inserendo la centralità del Malato, come bene fondamentale. Introduzione nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità. Consolidamento di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

B) Integrazione e continuità delle cure

Garanzia di integrazione e coordinamento tra le diverse professionalità e le varie unità organizzative, assicurando la continuità delle cure attraverso l'organizzazione dipartimentale e la formalizzazione di percorsi diagnostico- terapeutici orientati alla soluzione globale dei problemi di salute delle persone; garantendo in questo modo affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni.

C) Equità delle cure

Garanzia ai cittadini di uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie, secondo criteri espliciti e coerenti con la *mission* aziendale, curando la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona.

D) Innovazione scientifica e ricerca

Promozione di innovazione, formazione, aggiornamento e ricerca clinica in linea con la vocazione di ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione e in stretto collegamento con le attività di assistenza, avvalendosi anche dell'Università di Pavia e delle altre Università italiane e straniere. L'innovazione, tecnologica, organizzativa e formativa avanzata, a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura (principalmente quelli anticipatori, sorretti dalla ricerca) e per produrre attività di eccellenza.

E) Coordinamento e rete di servizi

Promozione dell'integrazione ospedale-territorio, anche attraverso l'avvio di sperimentazioni finalizzate all'attivazione di un livello intermedio tra ospedale e domicilio e all'utilizzo appropriato ed efficiente dei reparti ospedalieri, nonché allo sviluppo di modalità innovative per l'assistenza domiciliare.

F) Sicurezza

Impegno per assicurare un'adeguata qualità di vita lavorativa degli operatori che, a vario titolo, prestano la loro attività negli ambienti ospedalieri, garantendo luoghi di lavoro salubri e sicuri e riducendo il più possibile i rischi, al fine di evitare possibili danni agli operatori e alle persone assistite, nel rispetto della normativa vigente.

G) Sviluppo della qualità professionale

Promozione, ad ogni livello funzionale, opportunità di qualificazione e di sviluppo professionale, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento continuo, finalizzati alle specifiche esigenze di sviluppo e miglioramento di ogni singolo settore. Il personale e gli studenti visti, come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il Malato necessita, favorendo la valorizzazione dei professionisti e garantendo la competenza, l'eccellenza e la autorevolezza professionale sviluppando in questo modo la motivazione e la valorizzazione del capitale intellettuale e scientifico.

H) Sviluppo dell'etica aziendale

Incentivazione della diffusione di una cultura aziendale ispirata a principi e valori etici condivisi, al fine di garantire un'equa ed efficace gestione delle relazioni umane e delle transazioni, promuovere un'immagine positiva dell'azienda e creare fiducia verso l'esterno, definendo le responsabilità etiche e sociali dei propri dirigenti e dipendenti, nonché dei fornitori, verso i diversi gruppi di *stakeholders*.

I) Efficienza e responsabilità

Lotta agli sprechi e alle inefficienze organizzative e gestionali, assegnando ai dirigenti l'autonomia circa l'utilizzo delle risorse loro attribuite e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati. Attivazione di forme concrete di verifica dei comportamenti aziendali.

J) Partecipazione e volontariato

Sostegno alle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e di volontariato che operano in campo sanitario, coinvolgendole nel raggiungimento delle finalità dell'Azienda e favorendo le azioni di sensibilizzazione che le Associazioni vorranno promuovere, in maniera integrata e coerente con la strategia e la *mission* aziendali.

K) Rapporto con le istituzioni

Mantenimento di un alto livello di confronto con le Istituzioni locali e con le rappresentanze sindacali in modo da rendere esplicite le scelte organizzative e la politica sanitaria perseguita attraverso un'informazione, come base di partecipazione e di scelta responsabile ottenendo laddove è possibile l'ascolto ed il coinvolgimento.

L) Cooperazione internazionale

Promozione e sostegno a iniziative a favore di Paesi in via di sviluppo, con l'obiettivo di migliorare le capacità di intervento da parte delle strutture sanitarie, sia attraverso missioni in loco di équipe multidisciplinari, sia attraverso la formazione presso l'azienda ospedaliera di personale proveniente dai Paesi stessi.

2.1. PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel corso del 2021, ha contribuito all'innovazione degli interventi in campo sanitario con l'obiettivo di garantire prossimità, innovazione ed uguaglianza.

La sesta area di interventi prevista dal PNRR, la Missione Salute, ha l'obiettivo di adeguare il SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico e garantire l'uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute.

In particolare, la Missione 6 promuove:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure;
- l'ammodernamento della dotazione strutturale del SSN (capitale umano, risorse digitali, strumentali e tecnologiche);
- l'investimento in ricerca scientifica nell'ambito biomedico e sanitario.

La Missione 6 Salute prevede un vasto piano di investimenti e riforme da raggiungere entro il 2026, si articola in due componenti:

- **Componente 1** *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”* – Investimento 1.1: *“Case della Comunità e presa in carico della persona”*; Investimento 1.2: *“Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”*; Investimento 1.3: *“Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità”*;
- **Componente 2** *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”* – Investimento 1.1: *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”*; Investimento 1.2 *“Verso un Ospedale sicuro e sostenibile”*; Investimento 1.3 *“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”*; Investimento 2.2 *“Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”*;

Obiettivo per il triennio 2024/2026 della Fondazione IRCCS è il pieno rispetto dei cronogrammi degli interventi.

2.2. La Fondazione in cifre

L'identità della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è evidenziata dalle informazioni e dai dati che esprimono la dimensione aziendale.



La Fondazione IRCCS in cifre

Attività clinica

**864 posti letto
attivi**

**91.934 accessi al
Pronto Soccorso**

**33.471 pazienti
ricoverati**

**907.995
prestazioni
erogate in
PS**

**594.666
esterni (*)**

**313.329
interni (*)**

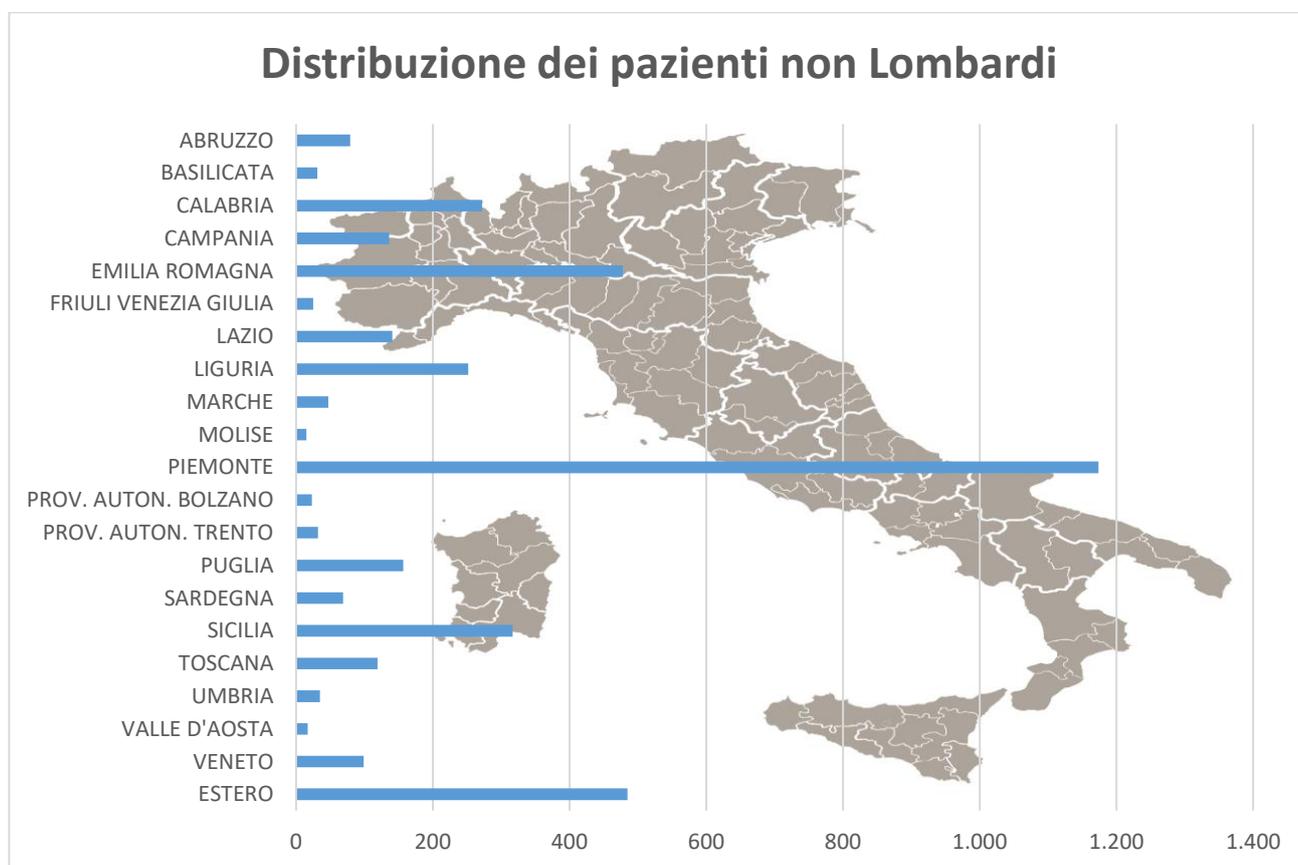
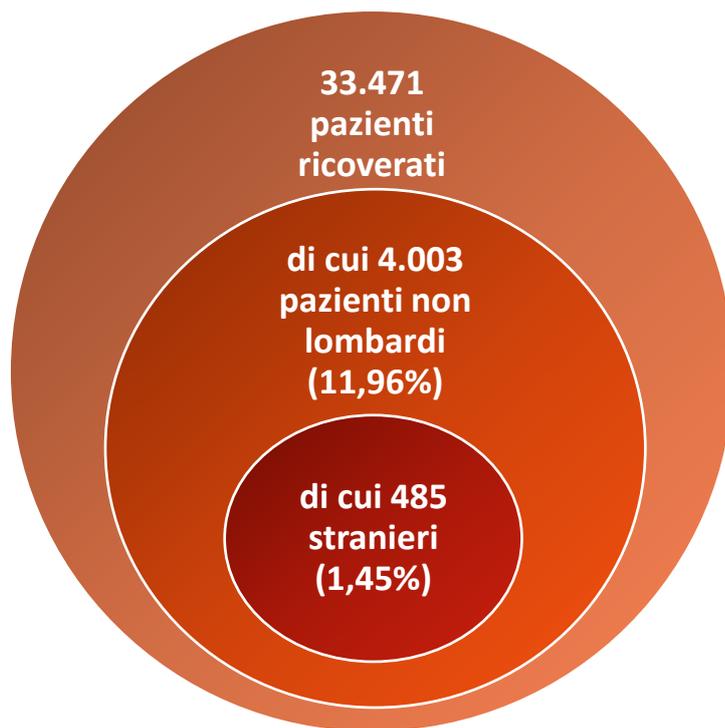
**242.624
giornate di
degenza**

**2,056 milioni di
prestazioni
ambulatoriali
(escluso PS esterni)**

() Esterni = prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi; Interni = prestazioni erogate a pazienti in seguito ricoverati.*

Fonte: Anno 2023

“La capacità di attrarre pazienti di altre Regioni riflette il carattere di eccellenza che caratterizza la Fondazione e può essere considerata misura obiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.”



Fonte: Anno 2023

Attività di Ricerca e Didattica

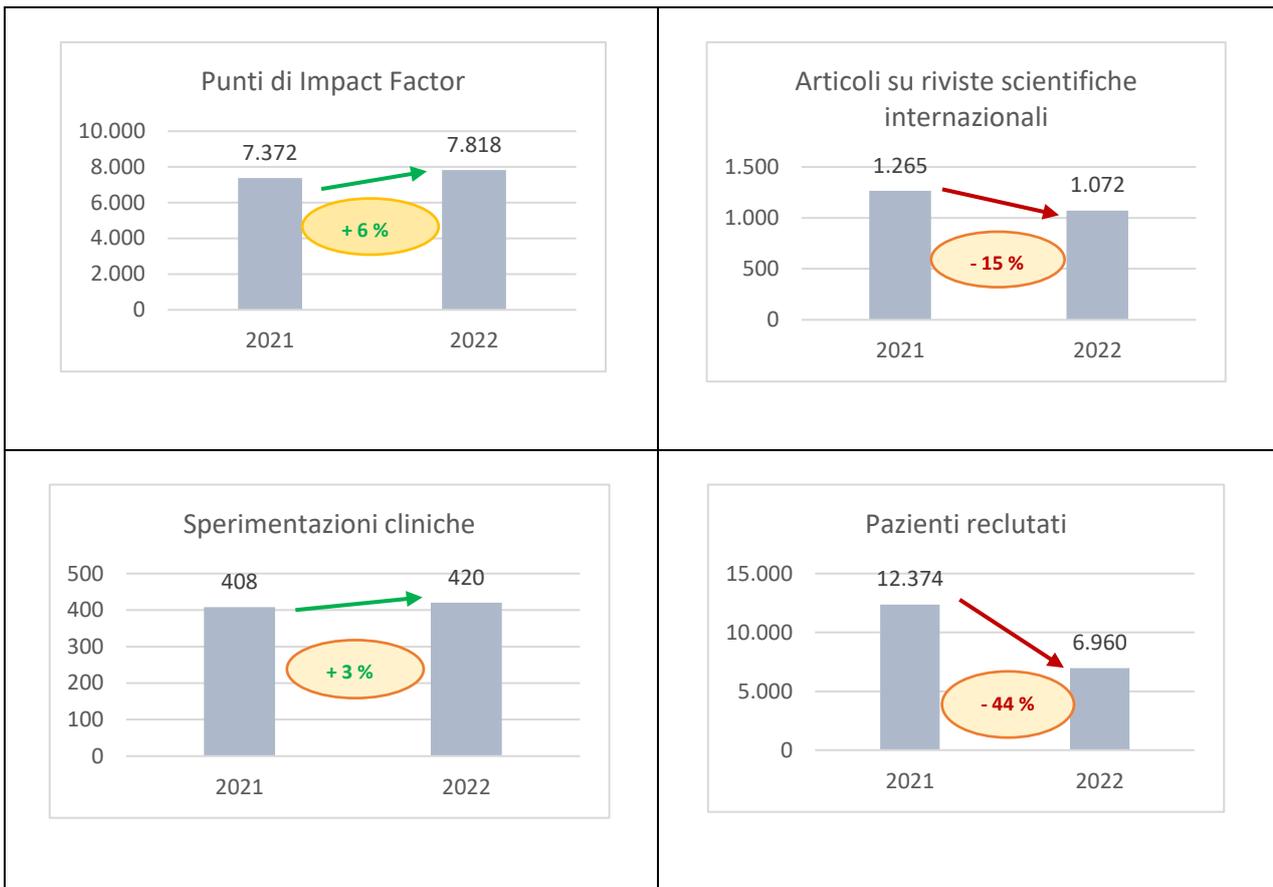


Fonte: Anno 2022

Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.

“La Fondazione IRCCS è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Pavia, nonché sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie, delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, di master e dottorati di ricerca.”

Confronto anni 2021 e 2022



Fonte: Anno 2022

La riduzione di alcuni indicatori sconta l'effetto del trascorrere del tempo sull'impatto della pandemia Covid-19 (col boom della pandemia – biennio 2020-2021 – si sono registrati aumenti rilevanti sia nella produzione di articoli scientifici sia in termini di pazienti; numeri che dal 2022, grazie al contrasto alla malattia ed ad una maggiore conoscenza, si stanno necessariamente contraendo tendendo al ritorno a numeri registrati nel periodo pre-covid).

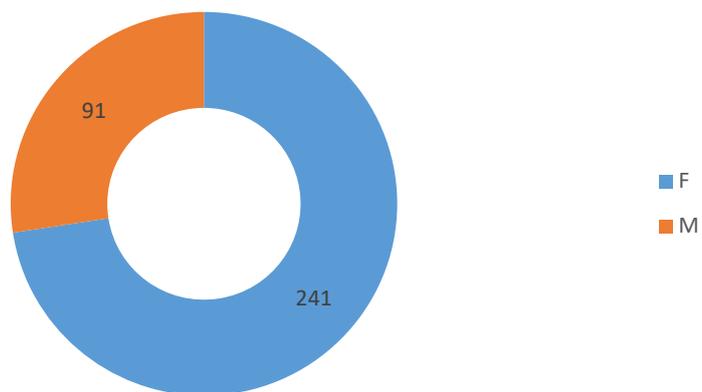
Risorse: Personale

*“3.556 operatori dipendenti
tra medici, infermieri,
tecnici e amministrativi
rispondono
quotidianamente con
competenza ai bisogni
dell’utenza.”*

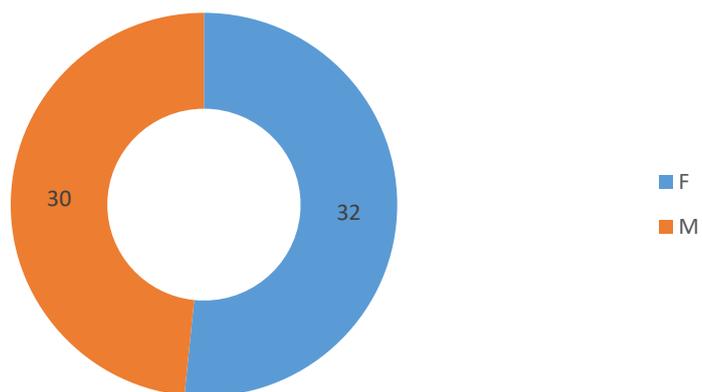


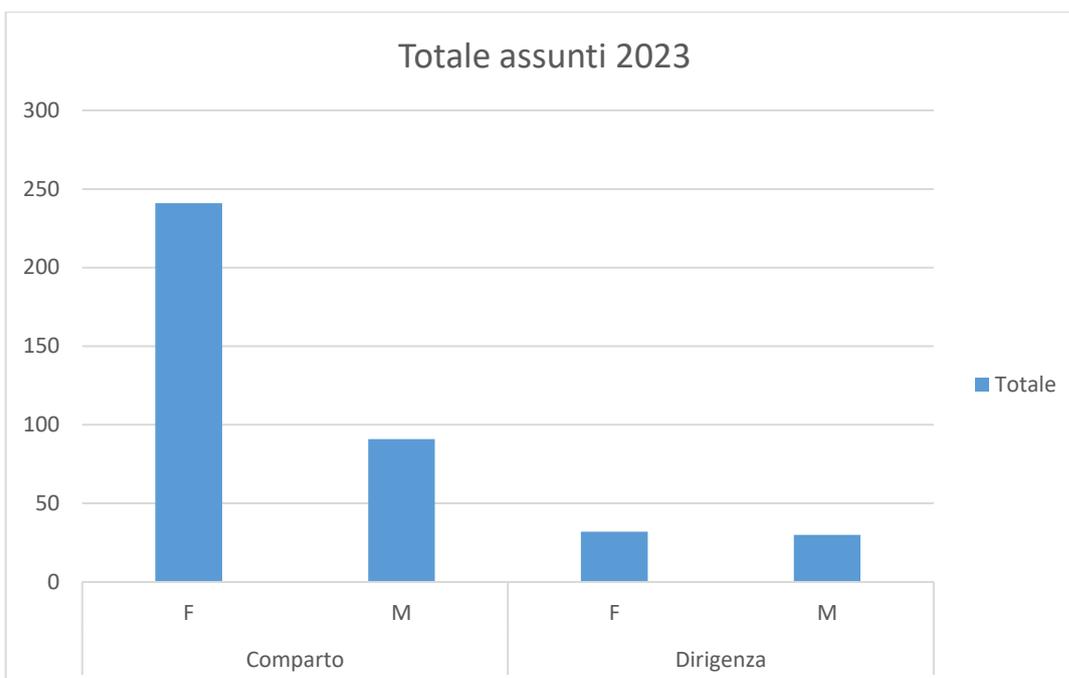
I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano come vi sia, anche nel 2023, una netta maggioranza del personale femminile (70%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%). Sono donne il 55% dei Dirigenti della Fondazione IRCCS.

Totale Assunti 2023 Dirigenza



Totale assunti 2023 Comparto





Fonte: Anno 2023

Volendo approfondire l'analisi in relazione alla composizione di Genere, il primo dato evidente è proprio costituito dal numero di donne presenti presso la Fondazione IRCCS, che supera di quasi mille e cinquecento unità quello dei dipendenti di sesso maschile. Tuttavia, se questo dato, di per sé non risulta decisivo in quanto vi sono profili professionali, quali quello di infermiere che, storicamente, sono stati oggetto di scelte da parte di donne più che di uomini, il dato risulta più interessante, se ci si sofferma sui profili Dirigenziali di Medico o Sanitario nei quali, anche in questo, troviamo una preponderanza di personale femminile. (n. 235 uomini e n. 352 donne)

Dati di produzione

| Ricavi | | Costi | |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Ricavi per prestazioni sanitarie | 307.587.864 | Personale | 174.589.715 |
| Contributi in c/esercizio | 127.568.519 | Materiali e Servizi | 214.132.232 |
| Entrate diverse | 39.795.276 | Altri costi | 76.822.909 |
| Totale | 474.951.659 | Totale | 465.544.857 |

Valori espressi in €

Fonte: Bilancio di esercizio 2022

Valore della produzione – Costi della produzione =
+ 9.406.802 € (Risultato operativo)

Dati economici – Risultato d'esercizio

Variazione valori di Bilancio Consuntivo 2022 rispetto al 2021 (Conto Economico)

| Conto Economico (€) | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|------------|
| | Anno 2022 | Anno 2021 | Variazione |
| Valore della produzione | 474.951.659 | 454.760.080 | 20.191.579 |
| Costi della produzione | 465.544.857 | 440.964.280 | 24.580.577 |
| Proventi e oneri finanziari | -1.181.730 | -1.420.795 | 239.065 |
| Proventi e oneri straordinari | 4.786.337 | 151.032 | 4.635.305 |
| Imposte e tasse | 13.011.409 | 12.526.037 | 485.372 |
| Risultato d'esercizio | 0 | 0 | 0 |

| Conto Economico (€) | | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|------------|
| | Anno 2022 | Anno 2021 | Variazione |
| Valore della produzione | | | |
| Prestazioni sanitarie | 307.587.864 | 301.061.436 | 2% |
| Contributi in c/esercizio | 127.568.519 | 117.195.499 | 9% |
| Entrate diverse | 39.795.276 | 36.503.145 | 9% |
| Totale | 474.951.659 | 454.760.080 | 4% |
| Costi della produzione | | | |
| Personale | 174.589.715 | 168.327.654 | 4% |
| Materiali e Servizi | 214.132.232 | 194.578.776 | 10% |
| Altri costi | 76.822.909 | 78.057.850 | -2% |
| Totale | 465.544.857 | 440.964.280 | 6% |

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

1. VALORE PUBBLICO

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni.

Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie.

Gli IRCCS polispecialistici, come il Policlinico San Matteo, rivestono un ruolo di primaria importanza nell'ambito della ricerca nazionale ed internazionale, ponendosi al centro dei processi di cambiamento, che mirano alla tutela della salute dei pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento dell'organizzazione in termini di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza e accessibilità.

Il benessere sanitario e sociale rappresenta l'obiettivo primario di tale cambiamento, inteso come Valore Pubblico, da perseguirsi in maniera equa e sostenibile.

Il Valore Pubblico costituisce un'opportunità per la creazione di un valore condiviso all'interno della Pubblica Amministrazione, avente l'obiettivo di soddisfare cittadini ed imprese. Nel momento in cui una Amministrazione gestisce in modo razionale le risorse economiche a disposizione e riesce a valorizzare il proprio patrimonio intangibile, riuscendo a soddisfare le esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini, genera Valore Pubblico.

Riuscire a creare "*Valore Pubblico*" significa, quindi, aumentare il benessere dei cittadini, del personale interno alla Fondazione IRCCS e degli stakeholder sul territorio.

La Fondazione IRCCS, in coerenza con i documenti di organizzazione aziendale e di programmazione economica, definisce un sistema di *governance* multidimensionale e integrato attraverso l'attuazione, per l'anno 2024 con proiezione al 2026, di specifiche strategie finalizzate alla creazione di Valore Pubblico nei termini che seguono.

1.1. ACCESSIBILITA'

Da intendersi come equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi erogati, con il fine di assicurare all'utenza un servizio rispondente alle necessità e riducendo il disagio degli spostamenti fisici degli utenti. La riduzione dei tempi di attesa, ad esempio, quale risultato di un costante ed efficace monitoraggio degli stessi, oltre a generare Valore Pubblico, costituisce un obiettivo di performance per il personale e allo stesso tempo è un obiettivo di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

1.2. FORMAZIONE

Il costante processo evolutivo della Pubblica Amministrazione non può prescindere dal rendere sempre più adeguati i profili professionali esistenti all'interno dell'Ente rispetto a quelli necessari. Investire nella formazione, pertanto, equivale a garantire competenza, eccellenza e autorevolezza professionale con conseguente miglioramento della qualità dei servizi offerti all'utenza.

La formazione non è da intendersi solo interna ma anche esterna. La Fondazione IRCCS, infatti, quale sede del Polo Universitario di Pavia, svolge un ruolo di primissimo piano nella formazione degli studenti dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia, dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di Specializzazione, dei corsi di perfezionamento, dei dottorati di ricerca e dei master universitari.

Inoltre, le strutture del Policlinico San Matteo vengono utilizzate per lo svolgimento di periodi formativi professionalizzanti da parte di studenti iscritti e frequentanti percorsi formativi istituiti ed attivati presso altre istituzioni universitarie.

Formazione equivale a generare competenze ed eccellenze, di conseguenza Valore Pubblico. Essa, inoltre, rappresenta una delle principali misure generali di prevenzione della corruzione.

1.3. DIGITALIZZAZIONE E AMMODERNAMENTO DELLE TECNOLOGIE

La digitalizzazione, intesa come semplificazione dei processi aziendali (Informatizzazione delle Cartelle Cliniche, delle Agende di prenotazione, del Protocollo), con il fine di potenziarne l'accessibilità e la trasparenza, genera Valore Pubblico e costituisce obiettivo trasversale su cui misurare la performance.

Lo sviluppo di un Piano di investimenti in attrezzature informatiche, sanitarie e scientifiche che sia coerente con la *mission* della Fondazione IRCCS, migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, determina il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza (generando Valore Pubblico). Il livello di sicurezza e di modernità delle apparecchiature e dei dispositivi abbassa il rischio corruttivo e limita il rischio di violazione dei dati personali (cyber – security).

1.4. PROMOZIONE DELLA RICERCA

La ricerca in un IRCCS come il Policlinico San Matteo mira alla massima innovazione e si realizza attraverso la partecipazione della Fondazione IRCCS a studi clinici e attraverso la gestione dei processi di ricerca.

La continua evoluzione in campo scientifico genera un elevato numero di target terapeutici, di farmaci, di dispositivi tecnologici, che necessitano di un adeguato sviluppo clinico in appositi centri clinici di eccellenza.

La Fondazione IRCCS, per poter ottemperare alla realizzazione di questi bisogni, crea partnership con diverse realtà industriali operanti in ambito biomedicale e genera opportunità di crescita professionale, di visibilità per la struttura e per il personale che vi opera, e per i pazienti che possono avere accesso preferenziale a nuove terapie potenzialmente efficaci e non ancora disponibili nell'ambito del SSN.

1.5. RISPARMIO ENERGETICO

Il Dipartimento della Funzione pubblica, con nota circolare n. 2/2022 dell'11 ottobre 2022, ha evidenziato l'importanza delle Pubbliche Amministrazioni per il raggiungimento degli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico. A tal fine il Dipartimento ha fornito precise indicazioni operative, invitando tutte le Pubbliche Amministrazioni a valutare l'inserimento, tra gli obiettivi della sezione "*Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione*" del PIAO, di specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

Anche l'Unione Europea è intervenuta con il Reg. UE 2022/1369 del 5 Agosto 2022 relativo all'adozione di misure volte alla riduzione della domanda di gas ed energia.

In ragione di quanto esposto sopra, la Fondazione IRCCS è chiamata ad attuare determinate azioni utili per l'uso intelligente e razionale dell'energia basate sul coinvolgimento e sulla responsabilizzazione del capitale umano, quali:

1. Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione del personale, con l'inserimento nel codice di comportamento aziendale di una specifica sezione dedicata ai comportamenti orientati all'efficienza energetica;
2. Responsabilizzazione dei Dirigenti su gestione degli immobili e impiantistica;
3. Rinnovo di impianti e apparecchiature, applicando la sostituzione con nuovi sistemi ad alta efficienza energetica (caldaie, sistemi di illuminazione, serramenti, valvole termostatiche);

4. Previsione di piani di ristrutturazione degli edifici e trasferimento delle strutture volti a migliorare la razionalizzazione delle attività (adeguamenti strutturali ed impiantistici).

1.6. PARITA' DI GENERE

La Parità di genere si riferisce alla parità tra donne e uomini in termini di rispetto di trattamento, responsabilità, opportunità e risultati economici e sociali.

Con determina del Direttore Generale n. 2/DG/0350 del 31 marzo 2011 è stato istituito all'interno della Fondazione IRCCS il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Il Comitato si prefigge lo scopo di assicurare, nell'ambito del lavoro, parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Tale Comitato promuove, altresì, la cultura delle pari opportunità ed il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e le lavoratrici, anche attraverso un continuo aggiornamento.

Recentemente la Fondazione IRCCS, con decreto del Direttore Generale n. 5/DG/ 1720 del 29 dicembre 2023, ha adottato il Piano per l'uguaglianza di genere – Gender Equality Plan (GEP), finalizzato alla promozione dell'uguaglianza di genere attraverso la trasformazione sostenibile della cultura organizzativa.

Il Gender Equality Plan è un documento programmatico avente il fine di realizzare progetti che favoriscano la riduzione delle disuguaglianze di genere, e al contempo, permettano di valorizzare le varie diversità.

Tale strumento è chiamato ad attuare determinate azioni volte al cambiamento culturale, costruendo, al contempo, un ambiente di lavoro i cui principi cardine sono: equità di trattamento, assenza di situazioni discriminanti, condivisione di obiettivi e crescita per l'intera istituzione.

1.7. INCLUSIONE SOCIALE

La riduzione delle disuguaglianze all'interno della Pubblica amministrazione passa attraverso il tema dell'inclusione sociale e dell'accessibilità dei soggetti disabili.

Il recente d.lgs. 13 dicembre 2023 n. 222, all'articolo 1, comma 2 fornisce una definizione di accessibilità da intendersi come: *"l'accesso e la fruibilità, su base di eguaglianza con gli altri, dell'ambiente fisico, dei servizi pubblici, compresi i servizi elettronici e di emergenza, dell'informazione e della comunicazione, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in caratteri Braille e in formati facilmente leggibili e comprensibili, anche mediante l'adozione di misure specifiche per le varie disabilità ovvero di meccanismi di assistenza o predisposizione di accomodamenti ragionevoli."* Il suddetto d.lgs. ha la finalità di attuare l'articolo 2, comma 2, lettera e) della legge 227/2021 (Delega al Governo in materia di disabilità), per garantire l'accessibilità alle Pubbliche Amministrazioni da parte dei soggetti con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le Pubbliche amministrazioni, rispettando i principi stabiliti dal diritto europeo ed internazionale in materia. Tra i suoi obiettivi la Fondazione IRCCS si propone di assicurare l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

2. PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della performance, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, si articola nelle seguenti fasi:

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

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

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

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

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

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia recepisce:

- le disposizioni di legge, come da d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV titolate "*Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde*";
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida ("*Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance*").

L'attuazione della *mission* da parte della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo avviene per mezzo di un modello organizzativo definito nel POAS 2022-2024 incentrato sulla gestione per processi.

Nel modello organizzativo basato sui processi vengono quindi individuate due matrici gestionali in

cui si distinguono due macro tipologie di processi:

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

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

Ciò posto, si evidenzia che la l. n. 190/2012 ed ANAC - quest'ultima in più occasioni, da ultimo con i PNA 2019-2021 e con il PNA 2022 (approvato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) nonché con il documento "*Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza*

2022” - ha evidenziato l’integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance.

Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione “*Performance*” del medesimo PIAO. Conformemente a quanto auspicato dall’Autorità Anticorruzione, la Fondazione IRCCS si sta adoperando per garantire l’integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

La Fondazione IRCCS è attualmente in attesa delle decisioni regionali in merito alla definizione del nuovo Consiglio di Amministrazione (ad oggi è stato prorogato temporaneamente il CdA uscente) tra i cui compiti rientra quello di fornire indicazioni puntuali in merito agli obiettivi del Direttore Generale, da estendersi poi a tutta la Direzione Strategica.

Parte degli obiettivi strategici di riferimento sono tratti dalle determinazioni regionali in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario. Nel momento in cui si scrive, le linee di indirizzo regionali per l’anno 2024 non sono ancora state emanate. Nell’attesa si prendono a riferimento le ultime indicazioni regionali disponibili, cioè quelle relative all’esercizio 2023 (dgr XI/7758 del 28 dicembre 2022).

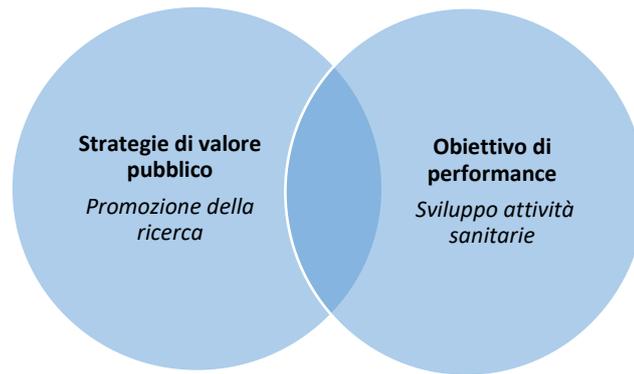
Pertanto, nell’Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici (Tabella n. 1), suscettibili di modifiche/integrazioni in corso d’anno, con i rispettivi indicatori che saranno utilizzati per la misurazione dei risultati conseguiti e obiettivi di performance di carattere operativo (Tabella n. 2) relativi alle seguenti aree di performance:

- sviluppo delle attività sanitarie;
- sviluppo dell’attività di ricerca;
- qualità dell’assistenza e sicurezza delle cure;
- digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie.

In relazione a quanto sopra riportato, si evidenziano le seguenti correlazioni tra obiettivi di Valore pubblico, obiettivi di performance, obiettivi di prevenzione dell’illegalità ed obiettivi di trasparenza, nell’ottica di un sistema integrato degli strumenti di programmazione aziendale:

➤ Integrazione tra obiettivi di valore pubblico ed obiettivi di performance:





➤ Integrazione tra obiettivi di valore pubblico, obiettivi di performance, obiettivi di prevenzione dell'illegalità ed obiettivi di trasparenza:





2.2 ANTICORRUZIONE

Premessa

La presente sezione contiene il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza il quale rappresenta per la Fondazione IRCCS un significativo momento di analisi delle proprie attività al fine di:

- a) ridurre l'opportunità di manifestazione dei casi di corruzione;
- b) aumentare le capacità di scoprire i casi di corruzione;
- c) creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- d) garantire un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate da ANAC.

La presente sezione del PIAO è redatta in base alle disposizioni del PNA 2022 (approvato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023), alle indicazioni fornite da ANAC nella seduta del 21 luglio 2021 (Atti di regolazione e normativi in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza successivi al PNA 2019), agli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022. Si sono, altresì, tenute presenti le indicazioni di cui al PNA 2019-2021.

Il PNA 2022 è finalizzato a rafforzare l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, puntando nello stesso tempo

a semplificare e velocizzare le procedure amministrative

La presente sezione del PIAO risponde ai principi di dinamicità, modularità e progressività, nonché al principio di semplificazione, alla base della riforma introdotta dal d.l. n. 80/2021.

Conferma un ampio spazio dedicato alla trasparenza proprio al fine di rafforzarne il valore di strumento di prevenzione della corruzione.

Parte Generale

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione e prevenzione della corruzione e dell'illegalità, i soggetti di riferimento, a livello nazionale e regionale, sono i seguenti:

1. Dipartimento della funzione pubblica (DFP);
2. Comitato interministeriale per la prevenzione e il controllo della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
3. Autorità nazionale anticorruzione (ANAC);
4. Corte dei Conti;
5. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);
6. Unità d'Informazione Finanziaria per l'Italia;
7. Organismo Regionale per le attività di controllo (ORAC);

I soggetti che, invece, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione IRCCS sono:

1. il Consiglio di Amministrazione, quale organo di indirizzo politico della Fondazione IRCCS;
2. la Direzione strategica aziendale;
3. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
4. Il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni;
5. i Direttori di Struttura per l'area di rispettiva competenza;
6. il Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.);
7. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
8. la Funzione di Internal Auditing;
9. il personale della Fondazione IRCCS (dirigenza e comparto);
10. i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS.

E' onere e cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nella strategia anticorruptiva.

1. Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS, quale organo di indirizzo politico, oltre a designare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed ad approvare il PIAO, secondo lo statuto adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, ivi compresi quelli che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, in via prioritaria gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza i quali non possono non tener conto degli obiettivi di valore pubblico della Fondazione IRCCS.

2. La Direzione Strategica Aziendale

La Direzione strategica della Fondazione IRCCS (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico) assicura al RPCT il supporto delle professionalità

operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le strutture della Fondazione IRCCS.

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obbligo di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione dell'illegalità rappresentano, quindi, il risultato di un'azione sinergica del RPCT, della Direzione strategica e dei singoli Responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

3. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

La Fondazione IRCCS ha individuato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza cui compete, oltre l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione, attività di impulso e coordinamento finalizzate al coinvolgimento, in sede di gestione del rischio, di tutti coloro che operano in Fondazione IRCCS, con particolare riferimento ai Direttori delle Strutture/uffici e organi interni dell'IRCCS.

In particolare, il RPCT ha collaborato con il Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, con il Direttore della SC Controllo di Gestione, con il referente CUG, per gli aspetti relativi all'elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano gli ambiti di propria competenza. Analogamente collabora, in modo costante, con gli altri soggetti della Fondazione IRCCS per la fase di controllo e monitoraggio sull'attuazione delle misure previste.

Tale ruolo risulta essere tanto più attuale in considerazione delle recenti indicazioni regionali in materia di adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle strutture sanitarie pubbliche lombarde approvate da Regione Lombardia con DGR XI/6026 del 1 marzo 2022 le quali prevedono la creazione di un Comitato di coordinamento dei controlli interni, presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione.

4. Comitato di coordinamento dei controlli Interni

La Fondazione IRCCS, con decreto n. 5/DG/455 del 7 aprile 2023, ha istituito il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni in attuazione del Piano di Organizzazione Strategica (POAS) 2022-2024 approvato da Regione Lombardia con dgr n. XI/6813 del 2 agosto 2022, da ultimo aggiornato con Delibera n.5/CDA/87 del 26 ottobre 2023.

Il Comitato, afferente alla Direzione Generale della Fondazione IRCCS, è organo preposto a garantire sinergia e collegamento tra i diversi ambiti e le diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che coinvolga gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controlli in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

La Fondazione IRCCS, con Decreto n. 5/DG/1741 del 29 dicembre 2023, ha, successivamente, adottato il Regolamento di funzionamento del Comitato di Coordinamento dei controlli, avente lo scopo di implementare e rafforzare il Sistema dei Controlli Interni della Fondazione IRCCS, in attuazione dei principi e degli indirizzi forniti da Regione Lombardia con la dgr XI/6278 dell'11 aprile 2022, avente ad oggetto *“Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Strategica (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)”*. Il Sistema dei controlli interni della Fondazione IRCCS è da considerarsi parte integrante dell'assetto organizzativo e gestionale della stessa, con l'obiettivo di divenire lo strumento principale di verifica dei dati, dei criteri valutativi specifici per l'attività gestionale e la conseguente capacità di autocorrezione della propria azione.

Obiettivo principale del controllo interno è individuare e, successivamente, prevenire e/o limitare e contenere i rischi che possano compromettere l'andamento e l'esito delle attività, riducendone e limitandone l'impatto sulla Fondazione IRCCS.

Il Comitato ha il compito di:

- rafforzare il coordinamento e la cooperazione tra le funzioni aziendali di controllo;
- fornire una rappresentazione integrata dei rischi cui la Fondazione IRCCS è esposta, anche solo a livello potenziale;
- favorire la valutazione di metodi di rilevazione e di valutazione dei modelli di reportistica dei rischi, al fine di una corretta comprensione e valutazione degli stessi;
- promuovere la cultura della legalità e la crescita del valore pubblico;
- in casi specifici, effettuare direttamente e in modalità congrua controlli su assetti e processi.

Il Comitato opera nell'ambito del Sistema dei Controlli Interni e si relaziona col Collegio Sindacale e con il Nucleo di Valutazione al fine di accertare e favorire l'adeguato coordinamento di tutte le funzioni di controllo.

Obiettivo del Comitato è inoltre quello di contribuire alla pianificazione strategica, fornendo i risultati e gli esiti dei controlli effettuati e traducendone le evidenze in nuove modalità, processi o procedure, il più possibile migliorative.

Compongono il Comitato:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Direttore Medico di Presidio;
- Direttore della SC Controllo di Gestione;
- Direttore SC Qualità e Risk Management;
- Direttore del Dipartimento Amministrativo;
- Referente Privacy.

Il Comitato è presieduto dal RPCT ed afferisce, nell'espletamento delle proprie funzioni, direttamente al Direttore Generale.

Sulla base dell'ordine del giorno possono essere invitati a partecipare i Responsabili degli assetti coinvolti per la loro competenza.

Il Comitato procede, con cadenza annuale, alla rivalutazione dei processi relativi alle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio.

5. I Direttori di Struttura per l'area di rispettiva competenza

I Direttori della Fondazione IRCCS, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei dirigenti responsabili di struttura e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C., nel Codice di comportamento;
- g) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (come modificata dalla l. 75/2017).

I Dirigenti delle Strutture all'interno della Fondazione IRCCS concorrono con il RPCT a:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti della Fondazione IRCCS;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "*a cascata*", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti della Fondazione IRCCS concorrono con il RPCT a curare che siano rispettate le disposizioni del d. lgs. n. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

- a) segnalano al RPCT l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché lo stesso proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- b) segnalano, altresì, al RPCT i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il RPCT li segnali all'ANAC, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla l. 215/04, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative e contabili.

6. Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.):

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dalla Fondazione IRCCS.

7. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- a) attiva i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (come modificata dalla l. 75/2017);
- b) se non già effettuate, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;

d) propone l'aggiornamento del Regolamento per i procedimenti disciplinari.

8. La Funzione di Internal Auditing

L'attività di I.A. è una funzione di verifica indipendente, in staff alla Direzione Generale, che ha la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali con l'obiettivo di fornire un supporto:

- a) al vertice aziendale, per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione;
- b) a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

In particolare, la Funzione di I.A. assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni, attuando, a sua volta, tre tipologie di controllo (cd. di terzo livello):

- a) conformità alle leggi ed ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure ed alle prassi interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
- b) efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi, per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
- c) attendibilità delle informazioni di bilancio: audit economico-finanziario (financial audit).

Tra i compiti dell'Internal Auditor vi è anche la predisposizione di un Piano annuale di Internal Auditing che, basandosi sul risk assessment, individui i rischi da presidiare in relazione agli obiettivi strategici da realizzare.

9. Tutto il personale della Fondazione IRCCS

Tutto il personale della Fondazione IRCCS (sia della dirigenza che del comparto) partecipa al processo di gestione del rischio, osservando le misure di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità individuate dalla Fondazione IRCCS.

Tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS, nel caso in cui ravvisino la sussistenza di un conflitto di interesse, anche potenziale (Art 6 *bis* l. 241/90), sono tenuti a segnalarlo al proprio Dirigente di riferimento e ad astenersi dalle funzioni loro affidate.

Tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS sono tenuti, altresì, a segnalare al proprio Dirigente di riferimento o, in alternativa, al R.P.C.T le condotte di colleghi o di terzi che ritengono non conformi alle norme etiche della Fondazione IRCCS e/o alle misure preventive.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

10. Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS

I collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS, ivi compresi i dipendenti dell'Università di Pavia operanti presso la Fondazione IRCCS in regime di convenzione, gli specializzandi, i tirocinanti e i frequentatori volontari, osservano le misure e segnalano le situazioni di illecito (art. 2 Codice di comportamento aziendale).

Analisi dei Rischi

Analizzare i fattori di rischio corruttivo costituisce la base per l'attuazione della mappatura e l'aggiornamento dei settori esposti a tale rischio.

Tale attività permette di analizzare in modo dettagliato i processi, e quindi, di individuare le misure correttive più efficaci.

La collaborazione tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e i Responsabili delle strutture coinvolte, considerate a maggior rischio, ha contribuito all'individuazione di dettagliate misure correttive.

Tale modalità di lavoro ha permesso ai dirigenti delle strutture interrogate di riesaminare i processi su cui si interviene con più frequenza.

Pertanto l'applicazione di tale metodo ha consentito:

- l'aggiornamento della mappatura delle aree considerate esposte a maggior rischio corruttivo e delle singole valutazioni di rischio;
- l'aggiornamento delle misure di prevenzione della corruzione.

Il processo di gestione del rischio di corruzione

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

La condivisione da parte della Fondazione IRCCS di un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo consente di considerare la predisposizione del presente documento quale processo sostanziale e non meramente formale, nell'ottica di disporre di uno strumento organizzativo utile, chiaro, comprensibile per intervenire in via preventiva su fattori potenzialmente fonte di rischi corruttivi.

Coerentemente con quanto evidenziato dal PNA 2022 il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti macro fasi:

1. Analisi del contesto (esterno ed interno) in cui opera la Fondazione IRCCS;
2. Valutazione del rischio;
3. Trattamento del rischio,

a queste si affiancano, poi, due fasi trasversali:

1. Consultazione e comunicazione;
2. Monitoraggio e riesame.

1. Analisi del contesto, interno ed esterno

L'analisi del contesto esterno ha un duplice obiettivo:

- a) evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- b) condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'idoneità delle misure di prevenzione.

Pertanto, nel delineare il contesto di riferimento della presente sezione del PIAO, è importante procedere all'individuazione e descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche del territorio pavese.

Contesto esterno

Il contesto territoriale su cui insiste la Fondazione IRCCS è rappresentato dall'intero territorio provinciale. La Provincia di Pavia è la terza Provincia lombarda per estensione (2.968 Km² pari 12,4% del territorio regionale) e per numero di Comuni (186), molti dei quali sono agglomerati urbani di piccole dimensioni, specie nelle zone collinari e montuose.

La popolazione residente provinciale è costituita da circa 546.000 unità stimate, con un'età media tra le più elevate della Regione, il territorio ha una densità abitativa (185 abitanti per km²) fra le più basse in Lombardia.

A fronte di un tessuto sociale costituito da una popolazione anziana, il tessuto economico è caratterizzato da una forte tradizione agricolo – rurale, con insediamenti industriali limitati, un'economia caratterizzata da micro imprese, con scarsa propensione all'associazionismo.

Il terziario è il primo settore per numero di aziende e per valore aggiunto della provincia di Pavia malgrado la vicina presenza del polo milanese ed è costituito in buona parte dai servizi alle imprese e alla persona, con particolare rilievo all'assistenza sanitaria e sociale (la rete di ospedali pubblici in provincia di Pavia da sola occupa oltre 6.000 dipendenti, ai quali si aggiungono i dipendenti delle numerose strutture sanitarie e sociosanitarie private ed accreditate presenti nel territorio provinciale) ed alla cultura universitaria.

Nel corso degli ultimi anni si è verificato un declino progressivo del terziario tradizionale (commercio in particolare) che costituisce comunque a tutt'oggi il comparto prevalente.

Il contesto provinciale in cui si inserisce l'attività della Fondazione IRCCS è quindi caratterizzato da un'economia poco dinamica, in cui il settore pubblico costituisce una delle principali fonti di lavoro e di opportunità commerciali.

Nel contesto sopra evidenziato si collocano purtroppo, accanto ad attività assolutamente lodevoli ed irreprensibili, pericolose devianze criminali.

Oltre a casi di corruzione nell'ambito del settore agricolo, dell'inquinamento ambientale, delle malattie professionali e del traffico di rifiuti, nell'ambito dei delitti contro la Pubblica Amministrazione indagini di particolare complessità si sono focalizzate nel settore delle Aziende Municipalizzate e, in ambito sanitario, nell'ambito delle procedure per l'affidamento dei servizi di trasporto in ambulanza per gli ospedali.

Contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti organizzativi dell'Amministrazione che possono influenzare la sensibilità dell'Ente al rischio corruttivo, con un duplice obiettivo:

- a) far emergere il sistema di responsabilità;
- b) far emergere il livello di complessità dell'amministrazione.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è un ente di rilievo nazionale ed internazionale di natura pubblica con forte presenza universitaria che si caratterizza per l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori.

Le aree di eccellenza sono molteplici. Tra queste: cardiologia, cardiocirurgia, ematologia, malattie infettive, ortopedia, oncematologia pediatrica, chirurgia robotica, banca del cordone ombelicale e lo studio delle malattie rare.

Nel corso del 2022, la Direzione Strategica ha avviato una revisione dell'assetto organizzativo dell'Ente che ha portato all'approvazione di alcune significative modifiche al POAS, come meglio specificato nel decreto del Direttore generale n.5/D.G./1154 del 5 settembre 2022 recante *"Presa d'atto della D.G.R. N. XI/6831 del 02/08/2022 di adozione ed attuazione del nuovo POAS della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia"*, successivamente aggiornato con deliberazione n.5/C.d.A/87 del 26 ottobre 2023.

Per la parte che qui interessa, si ritiene necessario segnalare le seguenti Strutture della Fondazione IRCCS le cui peculiari caratteristiche organizzative e competenze possono influenzare il profilo di rischio dell'Amministrazione:

la Direzione Generale, con particolare riferimento alle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Avvocatura - Legale e Contenzioso;
- SC Ingegneria Clinica Aziendale;
- SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza;
- SC Sistemi Informativi;

la Direzione Sanitaria, con particolare riferimento alle seguenti articolazioni organizzative:

- SC Direzione Medica di Presidio;
- SC Direzione Professioni Sanitarie;

- SC Fisica Sanitaria;
- SC Farmacia Ospedaliera.

il Dipartimento Amministrativo, nelle sue articolazioni organizzative:

- SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato);
- SC Gestione Tecnico-Patrimoniale;
- SC Affari Generali e Istituzionali;
- SSD Servizio Amministrativo Ricerca e Sviluppo;

la Direzione Scientifica.

La mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati relativi all' Ente e alla rappresentazione della dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi.

Per "*mappatura dei processi*" si intende l'individuazione e l'analisi dei processi organizzativi, un esame graduale di tutta l'attività svolta dalla Fondazione IRCCS al fine di comprendere se, in ragione della natura e della peculiarità della stessa, vi siano potenziali rischi corruttivi.

Pertanto la mappatura dei processi, ha carattere strumentale ai fini della identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi, al fine di pervenire all'individuazione di adeguate misure di prevenzione.

È stata, quindi, avviata la selezione in via prioritaria di quei processi che, in ragione della natura e della complessità del contesto aziendale, sono stati ritenuti maggiormente incisivi nella valutazione finale del rischio e, quindi, potenzialmente più critici.

Conseguentemente, nella scelta delle Strutture da coinvolgere, sono state privilegiate quelle operanti nelle aree ritenute maggiormente a rischio, ossia:

- SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato);
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Ingegneria Clinica;
- SC Sistemi Informativi;
- SC Avvocatura - Legale e Contenzioso;
- SC Affari Generali e Istituzionali;
- SC Farmacia Ospedaliera;
- SC Fisica sanitaria;
- SC Direzione medica di presidio
- SSD Servizio Amministrativo Ricerca e Sviluppo;

Con nota del 7 dicembre 2023, il RPCT ha inteso condividere con i Direttori/Responsabili delle Strutture individuate la mappatura dei processi aziendali finalizzata al recepimento delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC.

L'attività proposta si è sviluppata attraverso la predisposizione di un file excel in grado di contenere le principali "novità" introdotte dalle indicazioni ANAC.

In particolare, è stato richiesto a ciascun Direttore/Responsabile delle Strutture interessate:

- a) l'identificazione ed aggiornamento di tutti i processi di competenza della struttura,

- b) la descrizione puntuale dei processi indentificati;
- c) la rappresentazione del processo identificato e descritto.

Con specifico riferimento alla descrizione del processo, preme evidenziare come tale attività sia stata strutturata tenendo conto dei seguenti elementi:

1. indicazione degli elementi in ingresso che innescano il processo – *input*;
2. risultato atteso del processo – *output*;
3. sequenza di attività che consente di raggiungere l’output;
4. sequenza di fasi in cui è possibile scomporre l’attività;
5. soggetti responsabili di ciascun processo/attività;
6. risorse umane necessarie a garantire il corretto funzionamento del processo;
7. procedure, istruzioni operative, regolamenti vigenti che disciplinano il processo;
8. rischio specifico/criticità del processo;
9. fattori abilitanti del rischio corruttivo (a titolo esemplificativo: assenza di misure di prevenzione, mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processo);
10. valutazione complessiva del rischio del processo;
11. misure di contrasto del processo;
12. attuazione misura.

Di seguito lo schema utilizzato:

| REGISTRO DEI RISCHI | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|-----------|--------|--|--|--|--|--|---|---|------------------------|
| UNITA' OPERATIVA | | | | | | | | | | | |
| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO O DELLA ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGNATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/ CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE E MISURA |
| | | | | | | | | | | | |

I processi a rischio tipicamente corruttivo sono stati suddivisi per aree di rischio generali e specifiche e per Strutture competenti, come dettagliato nel Registro dei Rischi 2023-2025: i *“Contratti pubblici (lavori, servizi e forniture)”*, *l’ “Acquisizione e gestione del personale”*, *la “Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”*, *“Incarichi e nomine”*, *“Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”*, *“ Affari legali e contenzioso”*, *“Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario”* e *quali Aree a rischio specifico per il Settore Sanità la “Libera professione e Liste di attesa”, i “Rapporti contrattuali con privati accreditati”, la “Farmaceutica, dispositivi e apparecchiature” e l’ “Attività conseguenti il decesso ospedaliero”*.

Contestualmente alla mappatura dei processi di tipo corruttivo, è stato richiesto alle Strutture della Fondazione IRCCS operanti nelle aree a rischio di mappare - così come indicato da ANAC - tutti i processi di competenza della struttura, anche quelli nei quali normalmente non si rinviene un rischio di natura propriamente corruttiva.

L’analisi condotta dalle Strutture aziendali nel corso del 2023, ha portato all’individuazione di n. 54 processi, con relative misure di contrasto.

Nel Registro dei rischi relativo all’annualità 2023 è stato chiesto a ciascun Direttore di Struttura di dare evidenza - per ciascun processo - dell’attuazione o mancata attuazione (quest’ultima da motivare) delle misure di contrasto e/o di prevenzione individuate, indicando le modalità adottate dal Responsabile della Struttura per renderle quanto più possibili efficaci.

Quanto sopra è illustrato nel Registro dei Rischi di cui all'allegato 2 al presente PIAO.

Su tale aspetto, è emerso quanto segue:

- un potenziamento dell'attività di verifica e controllo in tutti i processi;
- un'attenzione particolare alla "collegialità" ossia alla partecipazione di più persone nelle varie fasi del processo e nell'attività stessa di controllo;
- una maggiore informatizzazione, con utilizzo di gestionali ad hoc, a garanzia della trasparenza e della pubblicità.

L'ulteriore mappatura realizzata nel corso del 2023 ha confermato la complessità della realtà aziendale che si presenta articolata e diversificata e che, pertanto, richiederà, nel prosieguo, un costante approfondimento dei singoli processi nelle loro fasi e nelle loro attività.

Con riguardo all'individuazione dei rischi, meritano attenzione i seguenti processi e fasi, soggetti a rischio corruttivo, con le correlate misure di contrasto:

1) SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE:

- Processo: Acquisto Lavori Servizi e Forniture;
- Fase: Verifica Clausola T&T
- Misura di Contrasto: Il RUP controlla che l'appaltatore inserisca i dati richiesti andando ad interrogare la piattaforma ed avendo accesso alle schede afferenti i contratti e i sub-contratti stipulati dall'appaltatore medesimo. In caso di mancato adempimento dell'incombenza da parte dell'appaltatore, il RUP può intimare l'applicazione delle regole T&T e, in caso di mancata osservanza da parte dell'appaltatore, applicare le penali previste dalla normativa.

2) SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO – ECONOMATO):

- Processo: Acquisizione beni e servizi;
- Fasi: Interpretazione delle condizioni contrattuali; contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni; comunicazione con le centrali di committenza alla centrale sulle verifiche che la stessa pone in essere
- Misura di contrasto: Comunicazione nomina del DEC all'aggiudicatario; trasmissione al DEC dei documenti di gara, del contratto e di tutto quanto necessario alla piena conoscenza della pratica; verbale di avvio del servizio; controlli periodici del DEC in relazione all'esecuzione dell'appalto; contraddittorio con l'appaltatore; incontri periodici tra RUP e DEC; invio tempestivo da parte da parte del DEC al RUP delle non conformità per la formale contestazione; redazione di I.O. sulla gestione dei servizi esternalizzati; individuazione di DEC per ogni specifico servizio/fornitura.

3) SC SISTEMI INFORMATIVI:

- Processo: Attività conseguenti le procedure di acquisto post aggiudicazione relative alla fase di esecuzione del contratto – DEC;
- Misura di contrasto: Maggiore trasparenza; rotazione del personale, ove applicabile; conoscenza e consapevolezza del codice di comportamento della Fondazione IRCCS; formazione in merito alla specifica attività ed alla normativa correlata.

4) SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO – ECONOMATO):

- Processo: Acquisizione beni e servizi;
- Misura di contrasto: Comunicazione nomina del DEC all'aggiudicatario; trasmissione al DEC dei documenti di gara, del contratto e di tutto quanto necessario alla piena conoscenza della pratica; verbale di avvio del servizio; controlli periodici del DEC in relazione all'esecuzione dell'appalto; contraddittorio con l'appaltatore; incontri periodici tra RUP e DEC; invio

tempestivo da parte da parte del DEC al RUP delle non conformità per la formale contestazione; redazione di I.O. sulla gestione dei servizi esternalizzati; individuazione di DEC per ogni specifico servizio/fornitura.

La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase della gestione del rischio in cui lo stesso è:

- identificato;
- analizzato;
- confrontato con altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive che si concretizzano nel trattamento del rischio.

Come anticipato, tale attività è stata condotta con il contributo attivo delle differenti componenti aziendali, privilegiando - conformemente a quanto suggerito da ANAC - l'approccio valutativo basato su adeguate motivazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi e tenuto conto dei seguenti parametri:

- grado di discrezionalità del decisore interno alla Fondazione IRCCS: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quell'attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- eventuale opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.

In questa prima fase, un'attenzione particolare è stata riservata all'analisi dei cosiddetti "*fattori abilitanti della corruzione*", quali:

- la mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- l'eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- l'accentramento di funzioni in capo ad un unico soggetto;
- l'assenza di rotazione tra il personale;
- la presenza di personale adibito sempre alle stesse funzioni;
- l'inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi.

Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, con riferimento ai processi attualmente individuati, la Fondazione IRCCS ha progettato l'attuazione di misure specifiche e puntuali, nel rispetto del principio di sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

Le tipologie di misure individuate nel presente Piano sono riconducibili a due categorie: le misure generali e le misure specifiche.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici, pertanto, devono essere ben contestualizzate rispetto al processo ed al rischio di riferimento.

Entrambe le tipologie di misure sono utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Monitoraggio e riesame

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

La responsabilità del monitoraggio è senz'altro in capo al RPCT.

Tuttavia, data la complessità dell'Ente, si ritiene che l'adozione di un sistema di monitoraggio su più livelli possa essere una soluzione metodologica percorribile al fine di garantire un presidio ed un controllo completo.

È stata prevista nel corso del 2023 la stesura di un piano di monitoraggio annuale in cui vengono indicati:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

Consultazione e Comunicazione

La fase "trasversale" di consultazione e comunicazione risulta essere contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio corruttivo e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni ai fini del reperimento delle informazioni necessarie ad individuare la migliore strategia di prevenzione della corruzione;
- attività di comunicazione, interna ed esterna, delle azioni intraprese e da intraprendere.

Le misure generali

Codice comportamentale

Tra le misure di prevenzione della corruzione, il Codice di Comportamento riveste un ruolo importante nella strategia delineata dalla l. 190/2012 (nuovo articolo 54 del d.lgs. n. 165/2001), costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte del personale e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi.

La Fondazione IRCCS ha adottato il proprio '*Codice etico-comportamentale*' aggiornandolo ed integrandolo a seguito della normativa sopravvenuta ed, in particolare, della Delibera ANAC n.358 del 29 marzo 2017 recante "*Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*".

Si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo presso la Fondazione IRCCS, anche se non dipendenti, compresi gli organi di indirizzo politico-amministrativo, il Presidente, i componenti del Nucleo di Valutazione.

Il codice, oltre a definire i doveri minimi di diligenza, imparzialità, lealtà che costituiscono norme di comportamento nello svolgimento della propria attività lavorativa, prevede una procedura dettagliata ed univoca per la gestione del conflitto di interessi, introduce l'ipotesi relativa alla segnalazione da parte dei dirigenti di eventuali situazioni di illecito direttamente al RPCT, richiama la disciplina della tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing).

Infine, contiene specifiche disposizioni riguardanti l'attività assistenziale e di ricerca, l'esercizio della libera professione e la corretta tenuta e gestione della cartella clinica.

L'attuale Codice comportamentale della Fondazione IRCCS, pur nella sua completezza, necessita di minime integrazioni finalizzate al recepimento delle modifiche attuate con d.p.r. n. 81/2023 recante "*Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile*

2013, n. 62, recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

Tale revisione costituisce uno degli obiettivi nel corso del 2024.

Conflitto di interessi

I dipendenti della Fondazione IRCCS, ai sensi dell'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6-bis nella l. n. 241/90, rubricato “*Conflitto di interessi*”, sono tenuti a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interessi.

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

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

L'art. 7 del dpr n. 62/2013 prevede in generale che *“il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia il tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”*.

Alla luce di quanto sopra esposto, si segnalano i seguenti ambiti di rilievo:

1) Formazione di commissioni, nei concorsi e nelle procedure selettive per assunzioni e nelle assegnazioni agli uffici

L'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT, non appena ne sia a conoscenza, provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

La Fondazione IRCCS assicura, attraverso l'espletamento di selezioni pubbliche e nel rispetto delle norme nazionali generali (d.lgs. n. 165/2001) e di settore (dpr n. 220/2001; dpr n. 483/1997; dm n. 3001/1998 e 31/01/1998), il reclutamento del personale, garantendo pari opportunità e trasparenza amministrativa.

Più precisamente svolge attività di monitoraggio in merito alla composizione delle commissioni, garantendo la rotazione dei componenti.

Monitora periodicamente gli adempimenti di pubblicità di competenza potenziandolo con l'ausilio sistemi informatici.

2) Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (es. consulenze d.lgs. n. 165/2001)

Il rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione è caratterizzato da specifiche incompatibilità con altri impieghi. Tali incompatibilità sono prescritte dall'ordinamento in ragione dello status giuridico di dipendente pubblico, il quale, ai sensi dell'art. 98 della Costituzione, è "al servizio esclusivo della Nazione".

L'Azienda può conferire delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, intendendosi per tali le attività non ricomprese nei compiti e doveri d'ufficio, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio, così come previsto dall'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

Al fine di regolamentare la materia, la Fondazione IRCCS ha emanato il "*Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali*" (Reg. n. 37/2014, approvato con deliberazione n. 3/C.d.A./0248 del 6 novembre 2014 e successivamente modificato con deliberazione n. 4/C.d.A./0116 del 15 dicembre 2016).

Nell'ambito del regolamento vengono espressamente indicate le attività incompatibili con la prestazione di lavoro dipendente (black list attività precluse – art.2 "*Attività e incarichi incompatibili*") e vengono esemplificate alcune fattispecie nelle quali si ravvisa la sussistenza di conflitto di interessi (art. 8 "*Conflitto di interessi*").

In considerazione del ruolo svolto dalla Fondazione IRCCS nell'ambito della ricerca scientifica, vengono analizzati gli incarichi di consulenza nel settore clinico e di ricerca scientifica, specificando le modalità previste per la richiesta di autorizzazione.

L'atto regolamentare definisce inoltre la procedura di presentazione della richiesta-rilascio dell'autorizzazione e somministra la modulistica da utilizzare.

La Fondazione IRCCS accerta la regolarità delle verifiche eseguite prima della stipula del contratto, informa il RPCT di eventuali irregolarità, verifica a campione la veridicità delle dichiarazioni rilasciate dai dipendenti.

Per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane si garantisce un doppio controllo sia in fase di rilascio di autorizzazione (nulla osta) sia durante la successiva fase di invio dei dati al Ministero della Funzione pubblica attraverso il portale del Dipartimento PERLAPA.

3) Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.

La Fondazione IRCCS è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute.

I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono:

- controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti;
- controlli in caso di ragionevole dubbio.

I controlli possono essere preventivi o successivi.

I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti o ad atti conosciuti, sussistano ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato.

Con particolare riferimento ai contratti di assunzione, la Fondazione IRCCS verifica presso le amministrazioni competenti (Es: Università; Ministero Grazia e Giustizia; Enti diversi) ciascuna dichiarazione rilasciata dal dipendente, con particolare riferimento ai dati di maggiore

interesse, quali il possesso del titolo di studio; l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso; il servizio eventualmente prestato presso altre Amministrazioni pubbliche.

4) Indipendenza dell'iniziativa formative da interessi commerciali

In caso di eventi formativi sponsorizzati da aziende farmaceutiche, durante lo svolgimento dell'evento è consentita l'indicazione solo del principio attivo dei farmaci o del nome generico del prodotto di interesse sanitario. Non può essere indicato alcun nome commerciale. È vietata la pubblicità di prodotti di interesse sanitario nel materiale didattico dell'evento, sia esso cartaceo, informatico o audiovisivo, né sotto forma di finestre, videate, spot promozionali, link banner e forme affini e anche durante le pause dell'attività formativa nella stessa aula. Il tutor deve sorvegliare la correttezza della docenza per quanto concerne l'indipendenza della formazione. I partecipanti si esprimono sulla presenza di interessi commerciali nelle Customer Satisfaction.

La Fondazione IRCCS, per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, analizza le Customer satisfaction somministrate ai Partecipanti i quali si esprimono sulla presenza di eventuali interessi commerciali. Le risultanze di tali customer sono trasmesse alla Regione per i corsi accreditati ECM.

5) Reclutamento di docenti esterni e Tutor

La Fondazione IRCCS, per il tramite della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, pubblica periodicamente avviso pubblico per aggiornare e integrare l'Albo Docenti Esterni, non dipendenti della Fondazione IRCCS e neppure ex dipendenti collocati in quiescenza dalla Fondazione, al fine di mantenere i livelli qualitativi della formazione consoni ad un I.R.C.C.S.

Per il reclutamento dei Tutor la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane pubblica un bando interno.

In ambito formativo la permanenza nei rispettivi Albi è oggetto di valutazione e monitoraggio mediante Customer Satisfaction e/o mediante Audit interni. Ove possibile, si applica il criterio della rotazione.

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane verifica:

- l'appropriatezza della scelta del Docente da parte del Responsabile Scientifico sulla base di CV e del programma dell'EF;
- il rispetto del criterio di rotazione di docenti e tutor.

Whistleblowing

L'Istituto del Whistleblowing è stato introdotto dalla l. 6 novembre 2012, n. 190, recante *"Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"*, la quale all'art. 1, comma 51, ha, a sua volta, introdotto l'art. 54-bis all'interno del d.lgs. n. 165/2001, per cui è stata prevista un'apposita forma di tutela per il dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Con l'espressione *"Whistleblower"* si fa riferimento al soggetto che, in ragione del rapporto di lavoro, segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire.

L'istituto del Whistleblowing è indirizzato alla tutela:

- di tutti i dipendenti della Fondazione IRCCS con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- dei collaboratori, a qualunque titolo sia il rapporto di lavoro intercorrente con la Fondazione IRCCS (autonomo, di diritto privato, di consulenza, di collaborazione);

- dei lavoratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore della Fondazione IRCCS;
- dei collaboratori incaricati, in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza dell'Ente.

La segnalazione rappresenta una manifestazione di senso civico, attraverso cui il segnalante (*Whistleblower*) contribuisce all'emersione ed alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo, salvaguardando così l'interesse all'integrità della Pubblica Amministrazione.

Il *whistleblowing* è uno strumento preventivo che consente al dipendente (*whistleblower*) di segnalare episodi di corruzione, concussione, peculato e qualsiasi illecito commesso contro la Pubblica Amministrazione.

La disciplina in oggetto è stata integrata, dapprima, dalla l. n. 114/2014 recante "*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa per l'efficienza degli uffici giudiziari*" che, modificando l'art. 54-*bis* del d.lgs. n. 165/2001, ha provveduto ad introdurre l'Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC – quale soggetto destinatario delle segnalazioni provenienti da altre amministrazioni pubbliche, oltre che dal proprio interno.

ANAC, nel corso del 2015, al fine di fornire indicazioni alle Pubbliche Amministrazioni sulle modalità da adottare per dare piena attuazione all'apposita disciplina, ha provveduto alla pubblicazione delle prime linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, e al tempo stesso auspicava ad una modifica all'art. 54-*bis* finalizzata a prevedere una maggiore garanzia di tutela del segnalante, il suddetto intervento è stato attuato dal legislatore con la l. 30 novembre 2017, n. 179 recante "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*";

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 si recepisce la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, avente ad oggetto la protezione delle persone che segnalano le violazioni del diritto dell'Unione.

La nuova disciplina contiene numerose novità, tra cui:

- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo ovvero delle condotte che possono essere oggetto di segnalazione;
- la previsione di canali diversificati di segnalazione e regole per la loro presentazione e gestione;
- disciplina delle cosiddette misure ritorsive.

Con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023, ANAC ha adottato le nuove "*Linee Guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne*", volte a dare indicazioni per la presentazione delle segnalazioni esterne e per la relativa gestione, fornendo altresì principi di cui gli enti pubblici possono tener conto per i propri modelli di organizzazione interna.

Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene un rapporto lavorativo a qualunque titolo.

Sono escluse dall'applicazione di tale decreto *“le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale del segnalante che attengono esclusivamente ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate”*.

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili affinché il soggetto destinatario possa procedere alle dovute ed appropriate verifiche ed accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione. In particolare è necessario che nella segnalazione risultino evidenti:

- il tempo e il luogo in cui si è verificato il fatto oggetto della segnalazione;
- la descrizione del fatto;
- le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto cui attribuire i fatti segnalati.

Tra le novità introdotte dal legislatore con il d.lgs. n. 24/2023, di particolare rilevanza è l'individuazione dei canali di gestione delle segnalazione, prevedendo:

- [Canale interno](#), la gestione del canale di segnalazione interna è affidata al RPCT;
- [Canale esterno](#), l'autorità competente per l'attivazione e la gestione del suddetto canale è ANAC.
- [Divulgazione Pubblica](#), tale modalità di segnalazione consiste nel rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone.

Le citate novità introdotte dal d.lgs. n. 24/2023 costituiranno la base, nel corso del 2024, per l'aggiornamento del Regolamento della Fondazione IRCCS riguardo l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano gli illeciti e le irregolarità.

Nel corso del 2023 non sono pervenute al RPCT segnalazioni.

[Formazione](#)

La formazione contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi e, favorendo comportamenti ispirati ai principi della legalità, lealtà e correttezza, risulta essere un ottimo strumento di prevenzione della corruzione.

Una formazione che contribuisca efficacemente a far crescere la cultura della legalità, non può prescindere dalla piena conoscenza da parte del personale delle disposizioni previste nel Codice etico-comportamentale della Fondazione IRCCS nonché nel presente PIAO.

È in quest'ottica che la Fondazione IRCCS assicura la massima divulgazione dei predetti documenti a tutto il personale della Fondazione.

La Fondazione IRCCS nel corso del 2023 ha organizzato un corso di formazione indirizzato al personale avente ad oggetto *“Attività Tecnico Amministrative in Sanità”* volto ad approfondire le conoscenze del personale dedicato allo svolgimento di attività tecnico amministrative, contestualizzandole nella realtà aziendale. Nell'ambito di tale corso una sessione formativa è stata riservata alle tematiche della prevenzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e alla trasparenza.

[La rotazione straordinaria](#)

L'articolo 16, comma 1, lett. I – *quater*, del d.lgs. n. 165/2001 prevede la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Trattasi di una misura di prevenzione della corruzione successiva al verificarsi di fenomeni corruttivi, sulla quale ANAC – dopo aver riscontrato numerose criticità nell'applicazione della stessa – è intervenuta con Delibera n. 215/2019 recante *“Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'articolo 16, comma 1, lett. I- quater, del d.lgs. n. 165/2001”*.

In particolare, precisando e rivedendo alcuni propri precedenti orientamenti in materia, ANAC ha definito l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione dell'istituto, chiarendo anche il momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente ai fini dell'applicazione della misura.

L'Autorità ha ritenuto, *in primis*, che l'istituto trovi applicazione con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Per quanto riguarda, infine, i reati presupposto da tenere in considerazione ai fini dell'adozione della misura, ANAC, rivedendo la posizione precedentemente assunta (PNA 2016 e Aggiornamento 2018 al PNA), ha ritenuto che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'articolo 7 della l. n. 69/2015, per "*fatti di corruzione*" possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "*condotte di natura corruttiva*" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'articolo 16, comma 1, lett. I-*quater*), del d.lgs. n.165/2001.

Per i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "*corruttiva*" del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la P.A. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. n. 39/2013, dell'articolo 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235/2012).

Sono, comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL.

Definito anche il momento in cui la P.A., al verificarsi delle fattispecie sopra richiamate, è tenuta ad adottare il provvedimento di valutazione, facendo coincidere tale momento nella richiesta di rinvio a giudizio (articolo 405-406 e segg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari).

Al fine, quindi, di potenziare la veicolazione delle informazioni è stata evidenziata anche la necessità di introdurre nei codici di comportamento l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio. Tale misura verrà attuata in sede di revisione del Codice di comportamento della Fondazione IRCCS.

[Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors](#)

La l. 190/2012 è intervenuta introducendo all'articolo 53 del d.lgs 165/2001 il comma 16 – *ter*, con il fine di "contenere" il rischio di episodi di corruzione connessi all'impiego del dipendente successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione, c.d. "*Incompatibilità successiva*".

Viene disciplinato così il divieto, riferito a quei dipendenti che, negli ultimi tre anni, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale per conto dei soggetti privati, destinatari dell'attività della Pubblica Amministrazione esercitata attraverso i medesimi poteri. La disposizione è volta a scoraggiare i comportamenti impropri del dipendente che potrebbe preconstituirsì, sfruttando la posizione lavorativa antecedente, delle situazioni di vantaggio presso il soggetto privato con cui è entrato

in contatto grazie al precedente rapporto di lavoro. Al contempo, il divieto in questione è volto a ridurre il rischio che i soggetti privati possano esercitare pressioni sullo svolgimento dei compiti istituzionali, dando al dipendente l'opportunità di assunzione una volta cessato dal servizio alle dipendenze della P.A.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare il "vantaggio" di accordi fraudolenti.

Il d.lgs 165/2001 Art. 53 comma 16 – ter, 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'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*.

I dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, comma 16-ter del d.lgs 165/2001 sono quei soggetti che esercitano, per conto della Pubblica Amministrazione, i propri poteri attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza economica e giuridica dell'Ente, rientrano in tale accezione:

- i Dirigenti;
- i Funzionari che svolgono incarichi dirigenziali;
- i soggetti che svolgono funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente;

Le conseguenze della violazione del divieto di pantouflage vengono previste dalla norma, la quale prevede determinate sanzioni in caso di violazione del divieto, che consistono in:

- Sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- Sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la Pubblica Amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

In attuazione della suddetta norma e in linea con gli aggiornamenti dettati dal PNA 2019 (Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019), la Fondazione IRCCS ha provveduto a regolare le attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro del personale, mediante l'adeguamento della documentazione.

Misure Specifiche

Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) e liste d'attesa

Con deliberazione n. 5/C.d.A/147 del 27 dicembre 2021, la Fondazione IRCCS ha approvato l'adozione del Regolamento n. 83/2021 in materia di attività libero professionale intramuraria. Secondo l'art. 2 del suddetto Regolamento, per attività libero professionale intramuraria del personale medico e sanitario si intende *"l'attività che detto personale individualmente o in èquipe, esercita fuori dall'orario di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, day surgery o di ricovero sia nelle*

strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito che individua normalmente il professionista di riferimento e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 9 d.lgs. n. 502/1992."

Tale attività, in relazione al sistema di gestione delle liste d'attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, rappresenta un'area particolarmente esposta al rischio di eventi corruttivi connessi al favoreggiamento di posizioni di privilegio e di profitti indebiti, che possono influire sulla percezione della qualità del servizio offerto e sul piano economico. Nell'ambito del Regolamento vengono espressamente indicate le attività di "monitoraggio, verifica e controllo": la Fondazione IRCCS verifica l'andamento dei tempi di attesa mediante il monitoraggio trimestrale per l'attività Istituzionale e Libero Professionale Intramuraria, nei tempi e nei modi previsti da Regione Lombardia.

L'art. 37 disciplina tale attività di verifica e monitoraggio, per cui i Direttori delle Strutture sono tenuti a vigilare sull'attività svolta in regime di libera professione intramuraria svolta dai Dirigenti della afferenti alla propria Struttura, al fine di garantire lo svolgimento dell'attività e il rispetto della libera professione.

La suddetta attività di monitoraggio è effettuata con cadenza trimestrale in determinati ambiti:

- Verifica esercizio libera professione da parte dei singoli dirigenti in modo coerente con quanto previsto dall'atto autorizzativo;
- Verifica del rispetto delle disposizioni in merito allo svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dell'orario di lavoro;
- Verifica dello svolgimento dell'attività affinché venga svolta nel rispetto delle disposizioni presenti all'interno del Regolamento;
- Monitoraggio del rapporto tra volumi dell'attività istituzionale e volumi dell'attività libero professionale prodotti all'interno delle singole Strutture;
- Verifica dei tempi di attesa per l'attività libero professionale in rapporto alle liste di attesa dell'attività istituzionale.

Trasparenza

Premessa

Come noto, ai sensi dell'articolo 9 del d.lgs. n. 33/2013, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, nella *home page* del sito web istituzionale della Fondazione IRCCS è collocata un'apposita sezione denominata "*Amministrazione Trasparente*" al cui interno sono collocati i dati, le informazioni ed i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente.

Nella *ratio* del decreto del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., adottato ai sensi dell'art. 1, comma 35 e 36, della legge n. 190/2012 e recante il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001 debbono adempiere agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa senza ritardo, garantendo la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, nonché l'accessibilità totale, attraverso la pubblicazione anche sul sito istituzionale delle informazioni concernenti i dati analiticamente indicati dalle norme.

A tale scopo, ed in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, comma 35, della l. n. 190/2012 in materia di anticorruzione, è previsto che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile la sezione denominata "**Amministrazione Trasparente**".

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed

agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

Con d.lgs n. 97/2016, sono state introdotte modifiche ed integrazioni agli obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalla P.A., l'unificazione tra il Programma Triennale della prevenzione e della Corruzione e quello della Trasparenza.

[Il programma della trasparenza: l'attività del 2023 e gli obiettivi del 2024](#)

Nel corso del 2023 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati in ossequio all'articolo 43, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013.

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

Il RPCT ha intrapreso un percorso rivolto alla realizzazione di un *modus operandi* da parte dei Dirigenti di Struttura della Fondazione IRCCS orientato al tempestivo e corretto adempimento degli obblighi di trasparenza di propria competenza.

Tale attività si concretizza nella trasmissione di apposite note rivolte ai singoli responsabili di Struttura nel quale, oltre a rammentare gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia, vengono illustrati gli aggiornamenti e/o integrazioni a cui provvedere secondo i chiarimenti, eventualmente forniti, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il monitoraggio svolto nel secondo quadrimestre del 2023 ha evidenziato un buon livello di adeguamento delle singole sezioni agli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa.

Solo in alcune "sotto sezioni" sono state riscontrate modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati richiesti non sempre uniformi e qualche ritardo nell'aggiornamento dei documenti pubblicati.

Tali rilievi sono stati opportunamente segnalati alle Strutture competenti ai fini del conseguente adeguamento.

Il RPCT ha, altresì, provveduto a fornire ai Responsabili delle Strutture interessate i necessari chiarimenti in materia di trasparenza e obblighi di pubblicità forniti da ANAC attraverso proprie Delibere, Comunicati del Presidente, Linee guida e FAQ.

Quanto sopra si colloca perfettamente nell'ottica di una sempre maggiore collaborazione da parte dei Responsabili delle Strutture competenti su cui è, infatti, posta la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

In particolare, i Dirigenti delle varie Strutture attuano tutte le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge in linea con le indicazioni fornite dall'articolo 43, comma 3, del d.lgs. n. 33/2013 e nella delibera ANAC n. 50/2013, anche attraverso personale assegnato alla propria Struttura addetto al trattamento dell'informazione oggetto di pubblicazione.

All'interno della Fondazione IRCCS ogni Struttura, in qualità di "fonte", fornisce i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto o altrimenti elaborabile.

La struttura responsabile della pubblicazione, individuata per tutte le tipologie di dati nella SC Sistemi Informativi, provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale in maniera tempestiva.

I dati, 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.

Nel corso del 2024 proseguirà l'attività di implementazione ed aggiornamento della Sezione analogamente a quanto finora svolto, proseguendo ad assistere le Strutture interessate nel corretto assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi di quanto previsto dalla normativa in materia e di quanto chiarito dall'Autorità nazionale Anticorruzione. Inoltre, al fine di garantire agli utenti un accesso alle informazioni più rapido ed intuitivo, nel corso del 2024 saranno implementate le sezioni dedicate alla ricerca dei "Bandi di concorso" e "Bandi di gara" della Fondazione IRCCS, attraverso l'inserimento, all'interno del sito web della Fondazione IRCCS, di un motore di ricerca che darà la possibilità di inserire i dati necessari ad individuare i documenti relativi ad ogni singolo bando, come di seguito riportato:

Bandi di concorso

The image shows a search interface for 'Bandi di concorso'. It features a dark blue header with several search filters and buttons. The filters include: 'Oggetto' (text input), 'Emesso' (text input), 'dal' (text input), 'al' (text input), 'Scadenza' (text input), 'dal' (text input), and 'al' (text input). Below these are two dropdown menus: 'Stati del bando di concorso' and 'Tipologia contratto'. To the right of the dropdowns are two buttons: 'RICERCA' and 'PULISCI FILTRI'.

Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

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

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

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

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- customer satisfaction: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione IRCCS e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente (Sotto-sezione di 2° livello "Servizi in rete" contenuta nella Sotto-sezione di 1° livello "Servizi erogati").

Da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività;

Accesso civico

L'Istituto dell'accesso civico è stato ampiamente modificato dal decreto legislativo 97/2016.

L'articolo 5 del Decreto Legislativo 33/2013, nel disciplinare l'accesso civico, dispone al comma 1 il diritto di chiunque di richiedere le informazioni e i dati che le pubbliche amministrazioni sono tenute a rendere pubbliche (*Accesso civico semplice*). Lo stesso articolo al comma 2 estende la portata di tale diritto a dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione. (*Accesso civico Generalizzato*)

La Fondazione IRCCS ha adottato, con delibera n.4/C.d.A/0027 del 17 marzo 2017, un proprio “Regolamento sul diritto di accesso agli atti, ai dati e documenti” che disciplina le seguenti tre tipologie di accesso:

- Diritto di Accesso documentale disciplinato dal Capo V della legge 241/1990;
- Diritto di Accesso civico semplice disciplinato dall’art. 5, comma 1, del d. lgs. 33/2013;
- Diritto di Accesso generalizzato disciplinato dall’art. 5, comma 2, del d. lgs. 33/2013.

L’accesso è esercitato dal cittadino mediante un’istanza, che può essere presentata facendo uso della modulistica istituzionale predisposta dalla Fondazione IRCCS a seconda della tipologia di accesso e reperibile sul sito Internet della Fondazione IRCCS.

L’istanza può essere presentata con le seguenti modalità:

1. A mezzo PEC al seguente indirizzo: protocollo@pec.smatteo.pv.it;
2. Mediante consegna diretta dell’istanza presso l’Ufficio protocollo della Fondazione IRCCS sito in Pavia, Viale Camillo Golgi, 19.

Al fine di agevolare la compilazione del registro degli accessi, particolarmente attenzionato da ORAC, a far tempo dal 1 gennaio 2024 la gestione delle istanze di accesso è stata centralizzata presso la SC Affari Generali e Istituzionali, la quale provvede altresì ad istituire il Registro cronologico degli accessi ad atti, dati e documenti, al fine di garantire una puntuale e corretta registrazione delle istanze notificate alla Fondazione IRCCS.

Monitoraggio sulla Trasparenza

Il monitoraggio sull’attuazione della trasparenza consente al RPCT la formulazione di un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e i principali fattori che rallentano l’adempimento. Tutti i dati ed i documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sono inseriti all’interno del sito della Fondazione IRCCS nella sezione denominata “Amministrazione Trasparente” in coerenza con quanto stabilito dal d.lgs. n. 33/2013. I dati da pubblicare, con cadenza periodica, sono stati definiti all’interno di una Tabella in cui vengono specificati, in linea con quanto stabilito dal PNA 2022, i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i riferimenti normativi, i responsabili delle singole Strutture e la modalità di monitoraggio.

Di seguito lo schema utilizzato:

| OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE | | | | | |
|---------------------------|----------------|--------------|-----------------------|--------------|---------------------------|
| SOTTOSEZIONE 1 | SOTTOSEZIONE 2 | DEN. OBBLIGO | TERMINE PUBBLICAZIONE | RESPONSABILE | MODALITA' DI MONITORAGGIO |

SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L’Organigramma

Il Modello Organizzativo della Fondazione IRCCS si basa sulle linee guida regionali sul Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) previste con dgr. n. XI/6062 dell’01 marzo 2022.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategica, rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti interessati, nell’ambito dell’autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla

Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi, nel contesto delle relazioni e dei rapporti con la Regione e con il complesso degli Enti del sistema sociosanitario regionale.

L'attuale POAS è stato approvato con dgr n. XI/6813 del 02 agosto 2022 successivamente aggiornato con dgr n. XII / 1565 del 18 dicembre 2023:

ed il modello organizzativo proposto è, in sintesi così strutturato:

- Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica: articolazioni aziendali che rivestono carattere di trasversalità e che, per disposizioni di legge o di provvedimenti regionali, sono poste alle dirette dipendenze degli organi di vertice
- Dipartimenti: articolazioni aziendali che assicurano e coordinano le funzioni assegnate alle Unità Organizzative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici che li compongono, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato di tutte le risorse, per assicurare prestazioni di qualità, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza
- Unità Organizzative Complesse: articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari. Sono dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali
- Unità Organizzative Semplici e Unità Organizzative Semplici Dipartimentali: articolazioni di Unità Organizzative Complesse e/o di Dipartimento, che svolgono una funzione o un complesso di funzioni, cui sono attribuiti livelli differenziati di autonomia funzionale o gestionale, per ragioni organizzative, di efficienza e di specificità professionale
- Incarichi professionali di alta specializzazione: articolazioni funzionali di Struttura, connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali, che producono prestazioni qualitativo-quantitative complesse, riferite alla disciplina ed alla organizzazione interna della Unità Organizzativa Complessa di riferimento
- Incarichi funzionali: con rilevanza all'interno della Struttura di assegnazione, sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee, che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Il **Dipartimento** è definito come una *"articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili"*.

La consistenza minima dei Dipartimenti è di quattro unità operative complesse con l'eccezione di casi particolari che discendono da obblighi di legge.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Fondazione IRCCS come stabilito dall'art. 17 bis del d.lgs n. 502/1992.

La predetta norma fornisce inoltre indicazioni relative alla nomina ed alle responsabilità del **Direttore di Dipartimento** e in particolare, precisa che:

- Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, rimanendo titolare della struttura complessa cui è preposto.
- L'attribuzione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri sia territoriali, comporta sia responsabilità professionali in materia clinico organizzativa, sia responsabilità di tipo gestionale delle risorse assegnate. Il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione strategica nell'ambito della programmazione della Fondazione IRCCS. La programmazione

delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

I **compiti** e le **attività** dei Dipartimenti sia gestionali sia funzionali sono in sintesi i seguenti:

- a) individuare gli obiettivi prioritari da perseguire, tra i quali - anche per i Dipartimenti gestionali - acquistano particolare rilevanza quelli relativi all'integrazione con altre strutture e quelli relativi alla "presa in carico" delle persone croniche e fragili;
- b) analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, nonché ad ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;
- c) individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e delle modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;
- d) valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;
- e) ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;
- f) utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per gli assistiti e le apparecchiature;
- g) organizzare l'attività libero professionale;
- h) partecipare alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione, organizzando la didattica;
- i) studiare e applicare sistemi integrati di gestione tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- j) promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

La tipologia dei dipartimenti previsti dalla normativa si suddividono in:

Dipartimenti gestionali

Sono costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse attribuite.

Dipartimenti funzionali

Sono costituiti da strutture complesse e semplici in cui non si realizza la gestione diretta delle risorse, che viene effettuata nell'ambito dei Dipartimenti gestionali ai quali fanno riferimento le strutture complesse. Assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o dei percorsi relativi alla presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, integrando quindi le funzioni attuali orientate in genere a una supervisione e coordinamento dei processi clinici. La costituzione dei Dipartimenti funzionali prevede figure professionali in grado di garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati.

Dipartimenti interaziendali funzionali

Derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico Ente o ad Enti diversi; sono volti alla gestione integrata di attività assistenziali appartenenti ad Enti diversi e al ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.

I Dipartimenti proposti nel POAS sono diretti e gestiti dai seguenti organi:

Direttore del Dipartimento

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale (previa verifica dei titoli posseduti) ad uno dei responsabili di Unità Organizzativa Complessa afferenti al Dipartimento ed è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di Unità Organizzativa Complessa. Per tutta la durata

dell'incarico mantiene la responsabilità della medesima struttura; qualora il Direttore fosse impossibilitato a svolgere la responsabilità assegnatagli, l'incarico è affidato secondo le modalità previste dal CCNL.

L'incarico è triennale e rinnovabile, non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza di questi, restando in carica fino alla nomina del nuovo Direttore del Dipartimento.

È responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento e ne promuove le attività; coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni.

Le sue funzioni sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale.

Comitato di Dipartimento

Presieduto dal Direttore del Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica ed è composto dai responsabili delle Strutture Organizzative Complesse, delle Strutture Organizzative Semplici Dipartimentali, dal responsabile infermieristico o tecnico di area dipartimentale, dal referente amministrativo del Dipartimento e da membri elettivi nel numero determinato dal Regolamento (il comitato può essere allargato anche a dirigenti e responsabili sanitari e tecnici per gli argomenti di loro competenza).

Le regole di funzionamento sono contenute nel **Regolamento di Dipartimento**.

Nel POAS sono delineate le strutture, che hanno risorse umane e strumentali, assegnate al Dipartimento, fermo restando la verifica e la eventuale modifica delle stesse nei piani annuali di attività e di budget, in relazione agli obiettivi ed ai risultati attesi.

Le unità organizzative sono le strutture di base su cui sono organizzate le funzioni e attraverso le quali sono erogate le attività; le unità possono afferire direttamente in staff a ciascun Direttore della Direzione Strategica oppure comporre Dipartimenti gestionali e/o funzionali.

Le unità organizzative si distinguono in:

Unità Organizzative Complesse (SC)

Le SC sono individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- responsabilità gestionale;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

Unità Organizzative Semplici (SS)

Sono strutture con funzioni e responsabilità specifiche assegnate, con atto scritto e motivato, da parte dei livelli sovraordinati, con attribuzione di autonomia in un ambito di relazione gerarchica definita.

Unità Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale (SSD)

In un'ottica di supporto trasversale vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del dipartimento, al fine di rendere le prestazioni erogate dalle stesse disponibili per tutte le strutture del dipartimento.

La SSD non è di tipo complesso e al suo interno non possono essere costituite altre SS; inoltre

hanno dipendenza gerarchica univoca.

Secondo le nuove direttive Regionali, per migliorare il grado di flessibilità e autonomia nella definizione degli assetti organizzativi, non è più necessario operare la richiesta di modifica del POAS, con conseguente provvedimento di approvazione da parte della Giunta Regionale, nei casi in cui vengano effettuate le seguenti rimodulazioni:

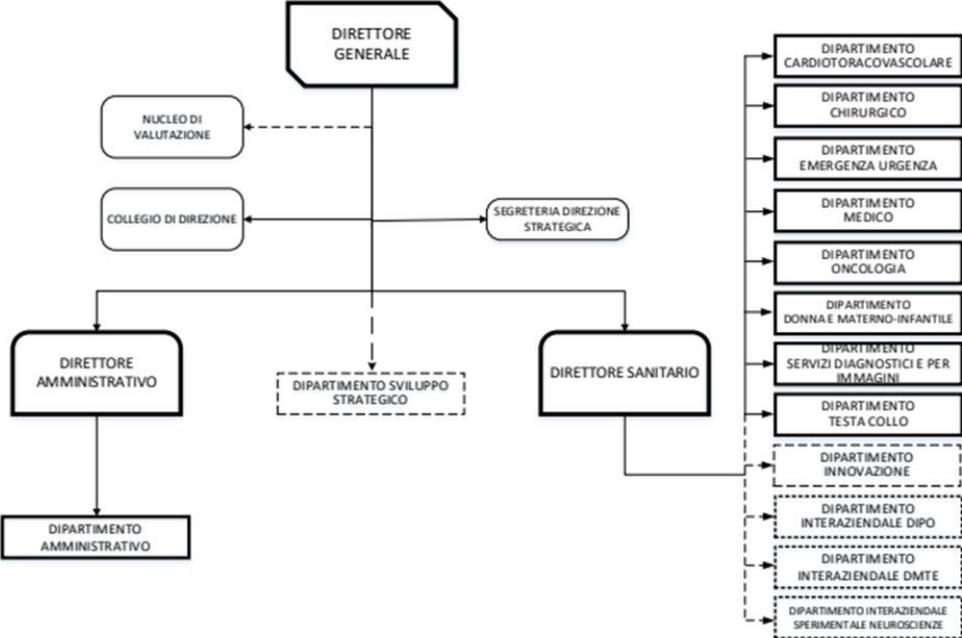
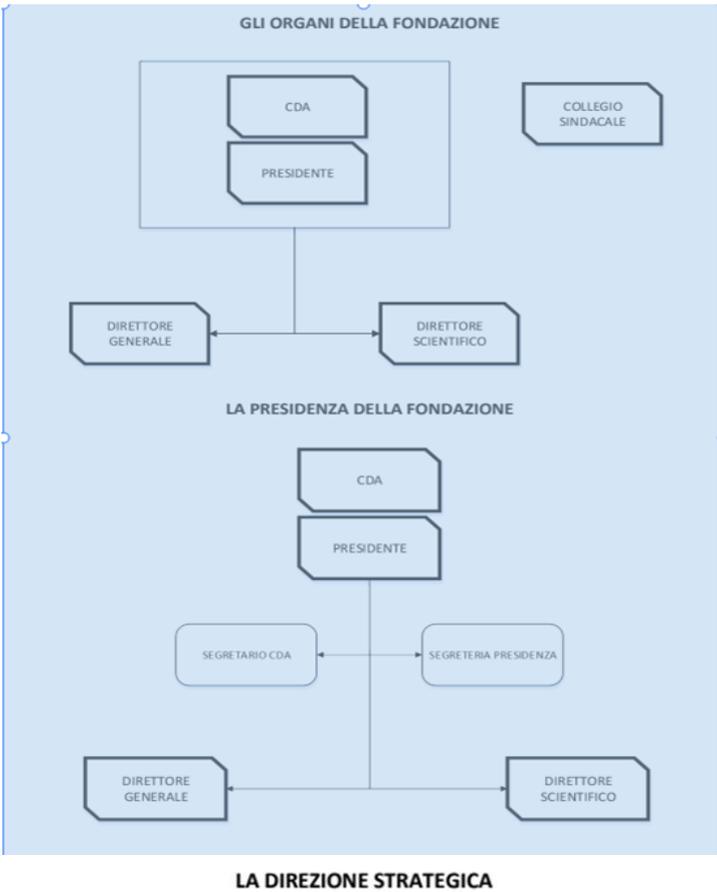
- a. trasformazione di una SC in SSD o in SS;
- b. trasformazione da SSD in altra SSD;
- c. trasformazione da SSD in SS;
- d. trasformazione da SS in altra SS;
- e. cambio di afferenza di una SS;
- f. ridenominazione di SS o SSD con modifica delle competenze.

In tutti i casi sopradescritti non deve, pertanto, verificarsi un incremento di strutture organizzative.

Si potrà quindi procedere utilizzando la seguente procedura:

- 1) in caso di modifica dell'assetto delle SS o SSD, la Fondazione IRCCS dovrà inviare una relazione nella quale motiva le ragioni della scelta e certifica l'invarianza della spesa complessiva anche rispetto ai fondi contrattuali;
- 2) l'ATS dovrà vagliare la richiesta ed autorizzare o meno la modifica dell'assetto, trasmettendo alla DG Welfare l'esito dell'istruttoria;
- 3) la DG Welfare, valutata positivamente l'istruttoria effettuata dall'ATS, registra la modifica all'interno del proprio sistema informativo comunicando formalmente l'avvenuta registrazione.

L'organigramma della Fondazione IRCCS è di seguito riportato:



L'attività strategica, oltre che dai Dipartimenti e dalla Strutture che afferiscono direttamente alle Direzioni aziendali, è supportata anche da specifici Uffici e organismi (Nucleo di valutazione, Collegio di Direzione, Comitato etico) che garantiscono il loro apporto basato su specifiche competenze professionali, in particolari ambiti di competenza della Direzione medesima.

L'attività sanitaria in particolare è suddivisa su n. 8 dipartimenti gestionali e n. 2 Funzionali (Innovazione e Cure palliative) e altrettanti dipartimenti interaziendali (DMTE e DIPO) che rispecchiano la multidisciplinarietà che caratterizza l'Ente e agiscono, in maniera integrata, con l'attività di ricerca svolta dalla Direzione Scientifica.

Tutte le risorse necessarie al funzionamento dei Dipartimenti sanitari sono assicurate dal Dipartimento Amministrativo afferente alla Direzione amministrativa e dalle Strutture c.d. "in Staff" al Direttore Generale che guida la Direzione Strategica Aziendale secondo le direttive Nazionali e Regionale per il perseguimento degli obiettivi Aziendali come definiti dallo Statuto, dalle disposizioni Nazionali e Regionali, e raccolte ed aggiornate nel POAS di volta in volta vigente.

Il modello organizzativo realizzato, si sviluppa sia "orizzontalmente" attraverso la collaborazione di professionisti che all'interno delle singole Strutture Operative, nell'ambito dei rispettivi ambiti di lavoro e responsabilità, realizzano la propria attività lavorativa, sia "verticalmente" secondo un sistema che, individuando gerarchicamente le responsabilità e competenze, consente ad un sistema complesso come quello dell'IRCCS, di comunicare in maniera ordinata ed efficiente, considerato anche che all'attività clinica assistenziale è sempre integrata quella di ricerca e tutte sono interagiscono con le attività di supporto di carattere tecnico – professionale amministrativo.

Inoltre il modello gerarchico per dipartimenti, consente la corretta gestione dei debiti informativi verso gli Enti di controllo regionali (A.T.S., Regione Lombardia) e nazionali (Ministero della Salute; Ministero Funzione Pubblica; Garante privacy; A.N.A.C.) individuando puntualmente le responsabilità ed i Soggetti in capo ai quali tali obblighi informativi sono richiesti.

L'utilizzo di tale modello consente anche una facile gestione dei rapporti con gli Enti esterni della Fondazione IRCCS con quali la stessa collabora stabilmente in virtù delle funzioni ed attività svolte, con particolare riferimento ai rapporti con:

- Regione Lombardia ed autonomie Locali;
- l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS);
- l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU);
- l'Università degli Studi di Pavia;
- le Associazioni di Volontariato;
- le Organizzazioni Sindacali.

La suddetta dgr XII/1565 del 18 dicembre 2023 ha approvato, nel nuovo modello l'introduzione di un nuovo Dipartimento (funzionale) denominato "Innovazione" (funzionale)

Obiettivi di questo Dipartimento sono:

- il perseguimento degli obiettivi strategici ed il presidio della complessità organizzativa del San Matteo con l'ottica di far crescere il valore culturale, clinico e scientifico del Policlinico;
- svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale attraverso la sperimentazione di forme organizzative innovative.
- Quanto sopra enunciato si declina nel porre in capo al Dipartimento il compito di farsi promotore e coordinatore, in sinergia con l'Università di Pavia e con gli Enti sanitari pubblici e privati dell'area pavese, di strategie di progresso sostenibile in area chirurgica, con

particolare riferimento alle seguenti linee di sviluppo:

- riorganizzazione dei percorsi di cura del paziente chirurgico, in particolare con patologia oncologica. Alcuni modelli organizzativi cui fare riferimento sono quelli delle Disease Units, sul modello della Breast Unit e della Pancreas Unit appena deliberata dalla DG Welfare. In quest’ottica va tenuta in considerazione quanto contenuto nei Programmi chirurgici orientati alla metodologia ERAS (Enhanced recovery after surgery) per quanto concerne il miglioramento degli “outcome” clinici;
- identificazione dei modelli di acquisizione e della modalità di utilizzo ottimale delle tecnologie avanzate di assistenza chirurgica (robotica, mini-invasiva);
- ricerca clinica e traslazionale nel settore della tecnologia per la chirurgia attraverso il supporto e lo sviluppo della collaborazione già in essere con alcuni Dipartimenti della Facoltà di Ingegneria di Pavia e con Imprese del Settore biomedicale;
- sviluppo di progetti di economia circolare in Sala Operatoria, finalizzati alla transizione verso il contenimento dell’impronta carbonica e proposta di iniziative per sostenere il percorso del San Matteo verso una condizione di “Green Hospital”
- collaborazione con la Struttura di Health Technology Assessment (HTA) aziendale per promuovere e portare metodologie innovative in ambito clinico.

Livelli di responsabilità organizzativa.

A) La Dirigenza

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

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

La carriera professionale si sviluppa attraverso percorsi tra loro permeabili con l’assunzione sia di incarichi di tipo prevalentemente gestionale sia di incarichi di tipo prevalentemente professionale. Tali due tipologie di incarichi, pur essendo manifestazione di attribuzioni diverse, sono da considerarsi di pari dignità ed/ importanza, in quanto avvengono nell’ambito del ruolo e livello unico della dirigenza.

Presso la Fondazione IRCCS l’attuale disciplina di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali è stata adottata con provvedimento n. 4/D.G./378 del 31 maggio 2017.

Con il medesimo provvedimento è stato altresì recepito l’accordo aziendale di graduazione economica delle predette posizioni dirigenziali.

I criteri utilizzati per la graduazione economica degli incarichi sono stati individuati in base alla complessità delle attività e ai seguenti ambiti:

- **Responsabilità** - Gestione dei processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, implicanti inter-settorialità, interdisciplinarietà ed inter-professionalità, per i quali si richiedono risorse dedicate Specifiche;
- **Personale** - Entità di risorse umane con specifiche competenze gestite nell’ambito della

Struttura;

- **Budget** - responsabilità diretta nella gestione di risorse tecniche e/o finanziarie;
- **Valenza Strategica** – Valenza strategica della Struttura rispetto la gestione complessiva e agli obiettivi aziendali, anche in considerazione dell'impatto verso l'esterno o del rispetto delle normative;
- **Tecnologia** - Rilevanza tecnologica e strumentale delle attività espletate.

La Fondazione IRCCS ha inoltre provveduto ad adeguare la predetta disciplina alle nuove regole dettate dalla successiva entrata in vigore del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza dell'Area Sanità del 19 dicembre 2019 (riferito ai Dirigenti medici, sanitari e delle professioni sanitarie) e del Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza delle Funzioni Locali del 17 dicembre 2020 (riferito ai Dirigenti professionali Tecnici ed amministrativi).

Per quanto attiene alla responsabilità organizzativa, gli incarichi di posizione dirigenziale con responsabilità gestionale, conferibili presso la Fondazione IRCCS, tenuto conto delle diverse tipologie di unità Operative presenti nel POAS vigente della Fondazione IRCCS sono i seguenti:

- a) incarico di direzione di struttura complessa conferibile, dal Direttore Generale con le procedure previste dalla legislazione nazionale (cfr. *d. lgs n. 50/1992 e s.m.i.; dpr 484 del 10 dicembre 1997*) e regionale (cfr. *dgr n. X/553 del 2 agosto 2013 [...] Linee di indirizzo recanti i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di U.O.C. a Dirigenti Sanitari [...]*) vigente oltre che del relativo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale che è articolazione interna del dipartimento e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- c) incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- d) incarico di direttore di dipartimento di cui al d.lgs. n. 502/1992 che è conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

Per quanto attiene agli incarichi di posizione “gestionali” riferiti alla Dirigenza Medica, la disciplina Aziendale, sulla base della “pesatura” effettuata in base ai criteri suesposti, ha previsto due diverse graduazione economiche per le Unità Operative complesse (a seconda che trattino specialità afferenti all'Area chirurgica o delle specialità chirurgiche ovvero all'area medica o alle specialità mediche) e un'unica graduazione per le altre tipologie di incarico, come specificato nel seguente schema:

| Incarico | Descrizione funzione |
|---|---|
| Struttura complessa A1 | responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali. |
| | tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza - DISCIPLINA CHIRURGIA. |
| Struttura complessa A2a | responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali. |
| | tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza - DISCIPLINA MEDICA. |
| Struttura semplice dipartimentale B1 | responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate, con valenza dipartimentale. |
| Struttura semplice B2 | responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate. |

Analoghe determinazioni sono state prese anche con riferimento agli incarichi “gestionali” riferiti alla Dirigenza Sanitaria per cui sono state previste n. 2 diverse graduazione economiche a per le Unità Operative complesse e un’unica graduazione per le altre tipologie di incarico, come specificato nel seguente schema:

| Incarico | Descrizione funzione |
|---|--|
| Struttura complessa A1 | responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali. |
| | tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza. |
| Struttura complessa A2a | responsabilità di budget, di gestione delle risorse umane, strumentali. |
| | tecniche o finanziarie, assicurando così la direzione e l'organizzazione dell'attività di competenza, nel rispetto della programmazione degli indirizzi regionali e aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti dalla direzione strategica nell'ambito del Dipartimento di competenza. |
| Struttura semplice dipartimentale B1 | responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate, con valenza dipartimentale. |
| Struttura semplice B2 | responsabilità di budget, e responsabilità di gestione di risorse umane, strumentali, tecniche o finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate. |

Più articolata, per via delle radicalmente diverse tipologie di attività svolte risulta la graduazione degli incarichi di natura gestionale riferiti alla Dirigenza Amministrativa Tecnica e Professionale che prevede n. 3 diverse graduazioni per le Unità Operative Complesse e un'unica graduazione per le altre tipologie di incarico.

Con riguardo, invece, agli incarichi di posizione dirigenziale di natura professionale, nell'ambito della promozione dello sviluppo professionale mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascun dipendente, la disciplina aziendale ha previsto, sempre nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti e nelle more della regolamentazione della disciplina di conferimento anche degli incarichi di Altissima professionalità previsti dal nuovo CCNL, la possibilità di conferire incarichi di tale natura, graduando n. 6 diverse tipologie di incarichi.

Gli incarichi di natura professionale conferibili presso la Fondazione IRCCS sono i seguenti:

- 1) **incarico professionale di alta specializzazione:** è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di Risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici;
- 2) **incarico professionale:** tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. La graduazione aziendale prevede n. 4 diversi fasce per tali tipologie di incarico, come di seguito riportate:

| Incarico | Descrizione funzione |
|-------------------------|---|
| Professional C2a | professionalità Eccellente, che abbia dimostrato nel tempo una approfondita competenza ed autonomia nella disciplina - settore. Al professionista possono essere affidati anche compiti di coordinamento, controllo e verifica. |
| Professional C2b | professionalità Ottima , che abbia dimostrato nel tempo una specifica competenza ed autonomia nella disciplina- settore. |
| Professional C2c | professionalità Buona , che abbia dimostrato nel tempo una specifica competenza nella disciplina- settore. |
| Professional C2d | professionalità adeguata, con autonomia professionale superiore a quella di base. |

- 3) **incarico professionale di base** conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova. Tali incarichi hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Fatta eccezione per quanto attiene al conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale di Direttore di Struttura Complessa, che sono soggette alle relative normative nazionali e

Regionali succitate e agli incarichi professionali di base conferiti al superamento del periodo di prova, i restanti incarichi sono affidati sulla base delle disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili (cfr. art. 19 del CCNL del 19 dicembre 2019 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Sanità e art. 71 del CCNL del 17 dicembre 2020 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Amministrativa Professionale e Tecnica). La procedura di affidamento, sostanzialmente sovrapponibile, avuto riguardo alla disciplina contrattuale è la seguente:

Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna.

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda o Ente su proposta:

- a) del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
- b) del Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento per l'incarico di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- c) del Direttore della struttura di appartenenza sentito il Direttore di per gli incarichi professionali.

Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, le Aziende ed Enti effettuano una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali e tengono conto:

1. delle valutazioni del collegio tecnico ai sensi dell'art. 57 comma 2, (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti);
2. dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;
3. delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
4. dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte del Nucleo di Valutazione;
5. del criterio della rotazione ove applicabile.

Il conferimento o il rinnovo degli incarichi comporta la sottoscrizione di un contratto individuale d'incarico che integra il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisce tutti gli altri aspetti connessi all'incarico conferito ivi inclusi la denominazione, gli oggetti, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante.

B) Il Comparto

Con l'entrata in vigore del CCNL del 02 novembre 2022 riferito al Comparto Sanità è stata modificata la disciplina riferita al sistema degli incarichi conferibili a tale tipologia di personale. In particolare il capo III del CCNL (art. 24 e seguenti) definisce i principi, tipologie oltre che le e modalità di Istituzione, graduazione e conferimento.

Il sistema appena introdotto definisce tre diverse tipologia di incarico conferibile:

- a) Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- b) Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- c) 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.

La Fondazione IRCCS, alla data di sottoscrizione del Contratto (02 novembre 2022), aveva già provveduto a conferire n. 95 incarichi di Funzione la cui relativa procedura di individuazione era

già in corso alla data di sottoscrizione dell'ipotesi contrattuale (15 giugno 2022).

Tali incarichi erano stati conferiti applicando le regole del previgente CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità.

Sulla scorta di tali previsioni contrattuali, infatti, la Fondazione IRCCS, con deliberazione n. 5/C.d.A./0068 del 28 maggio 2020, aveva provveduto ad approvare il proprio Regolamento Incarichi di Funzione (Cfr. Reg. n. 68/2020), che disciplina l'istituzione, la graduazione, il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di funzione del personale dipendente dell'area del comparto.

Successivamente, con provvedimento n. 5/D.G./1238 del 22 dicembre 2020, la Fondazione IRCCS aveva provveduto ad approvare la mappatura degli incarichi di funzione (successivamente aggiornata con Decreti n. 5/D.G./812 del 20 giugno 2022 e n. 5/D.G./1044 del 03 agosto 2022), preso atto che i medesimi si confermavano per la Fondazione IRCCS come un'opportunità per individuare, fra il personale del Comparto Sanità, risorse in grado di svolgere un ruolo organizzativo/gestionale e specialistico e, per il personale stesso, un'occasione di valorizzazione delle competenze nonché di sviluppo professionale.

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

L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione IRCCS come scaturente dal P.O.A.S. all'epoca vigente, approvato con dgr n. X/6252 del 20 febbraio 2017 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 4/C.d.A./0016 del 14 febbraio 2017 e di quello attuale approvato con dgr n. XI/6813 del 02 agosto 2022 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 5/C.d.A./1154 del 05 settembre 2022.

Ai sensi dell'attuale disciplina contrattuale, i suddetti 95 incarichi conferiti come sopra descritto, sono stati trasposti nel nuovo sistema, ai sensi dell'art. 36 del CCNL del 02 novembre 2022.

Gli incarichi di funzione conferibili a personale del Comparto attualmente mappati presso la Fondazione IRCCS, in attesa di aggiornare la mappatura stessa ai sensi delle nuove disposizioni, sono riportati nella seguente tabella di cui all'Allegato 3.

Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione.

La complessità delle attività svolte dalla Fondazione IRCCS fa sì che l'assegnazione del numero di unità della Fondazione vari di molto sia per via della specifica attività svolta e per la rilevanza strategica della stessa, sia per via del fatto che la medesima Struttura possa fornire la propria attività trasversalmente a diverse altre strutture della Fondazione come avviene, per esempio, per i medici anestesisti, afferenti solo a n. 3 strutture, ma che per via della natura della loro professione, vengono impiegati trasversalmente da molte altre Strutture della Fondazione.

Da sottolineare inoltre che presso la Fondazione IRCCS, accanto al personale dipendente, operano Dirigenti medici, Universitari convenzionati, Consulenti convenzionati con altri Enti (I.E. Fondazione IRCCS C. Mondino) lavoratori interinali e Medici e Sanitari a cui sono assegnati incarichi di natura professionale di natura libero professionale e lavoratori interinali.

Al 31 dicembre 2023, il numero di lavoratori impiegati a vario titolo presso la Fondazione IRCCS era il seguente:

| <i>Desc. Ruolo</i> | <i>Classificazione</i> | <i>Volumi</i> |
|---|------------------------------------|---------------|
| AMMINISTRATIVO Comparto | Assistenza | 337 |
| | Ricerca | 6 |
| AMMINISTRATIVO Dirigenza | Assistenza | 7 |
| | Ricerca | 1 |
| PROFESSIONALE Comparto | Assistenza | 3 |
| PROFESSIONALE Dirigenza | Assistenza | 6 |
| SANITARIO Comparto | Assistenza | 1593 |
| | Ricerca | 1 |
| SANITARIO Dirigenza Medica | Assistenza | 518 |
| | Ricerca | 4 |
| SANITARIO Dirigenza non Medica | Assistenza | 62 |
| | Ricerca | 3 |
| Socio Sanitario Comparto | Assistenza | 508 |
| TECNICO Comparto | Assistenza | 399 |
| TECNICO Dirigenza | Assistenza | 1 |
| | | |
| Ricerca Piramide | | 107 |
| | | |
| SANITARIO Dirigenza Medica | Personale Universitario assistenza | 75 |
| | Personale Universitario ricerca | 3 |
| SANITARIO Dirigenza non Medica | Personale Universitario assistenza | 4 |
| | | |
| LAVORATORI interinall | Assistenza | 39 |
| | | |
| Lavoratori Fondaz. IRCCS C. Mondino | Assistenza | 50 |
| | | |
| Titolari di Contratto di lavoro autonomo | Assistenza | 53 |
| | Ricerca | 53 |
| | | |
| Totale Complessivo | | 3833 |

Si evidenzia, inoltre che in quanto di sede Universitaria presso la Fondazione IRCCS sono quotidianamente presenti altresì studenti di medicina, e delle lauree delle professioni sanitarie, oltre che medici specializzandi della facoltà di medicina dell'Università degli studi di Pavia.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La progressiva digitalizzazione della società contemporanea, le sfide che sorgono a seguito dei cambiamenti sociali e demografici o, come di recente, da situazioni emergenziali, rendono necessario un ripensamento generale delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa anche in termini di elasticità e flessibilità, allo scopo di renderla più adeguata alla accresciuta complessità del contesto generale in cui essa si inserisce, aumentarne l'efficacia, promuovere e conseguire effetti positivi sul fronte della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori, contribuendo, così, al miglioramento della qualità dei servizi pubblici.

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

La disciplina di riferimento è la Legge 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il d.l. 21 giugno 2022, n. 73, c.d. Decreto Semplificazioni); dal 1 settembre 2022 trovano applicazione le nuove disposizioni in materia di Lavoro Agile. In particolare, viene introdotta una importante modifica alla vigente disciplina in materia che è volta a semplificare il ricorso al lavoro agile per facilitare le modalità di comunicazione tra datore di lavoro e lavoratore.

In applicazione di quanto previsto dal d.l. 34/2020 e s.m.i. (art. 263, comma 1) che rimanda la disciplina del lavoro agile, in ultima analisi, alla contrattazione collettiva nazionale, la Fondazione IRCCS sta predisponendo apposito Regolamento aziendale che organizzi tale modalità di espletamento della prestazione lavorativa nel rispetto di quanto disposto dal CCNL del Comparto Sanità 2019/2021, sottoscritto in data 02 novembre 2022.

Il Regolamento in parola è infatti redatto in conformità a quanto disposto dal testo del succitato CCNL Sanità 2019/2021.

In esso assume particolare importanza la nuova disciplina del lavoro a distanza nelle due tipologie di "Lavoro agile" ("*Smart working*"), previsto dalla Legge 81 del 2017 e "Lavoro da remoto", che sostituiscono la precedente tipologia del telelavoro.

Il lavoro agile ha l'obiettivo di migliorare i servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo l'equilibrio e i tempi di lavoro. Il Titolo VI del CCNL 2019/2021 rubricato "Lavoro a distanza", regola la disciplina del Lavoro Agile (Capo I – Artt. 76-80); il lavoro agile, così come definito ai sensi dell'art. 76, comma 1, CCNL 02 novembre 2022, "è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro".

Viene stabilito tramite accordo tra le parti, senza vincoli precisi di luogo di lavoro e orario e la prestazione viene eseguita in parte all'interno del locale dell'azienda e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro dei limiti di durata giornaliera e settimanale.

Per assicurare la protezione dei dati trattati, l'azienda concorda con il lavoratore i luoghi in cui è possibile svolgere l'attività; inoltre, il lavoratore deve accertarsi che siano garantite le condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore, la dotazione informatica e tutte le precauzioni per garantire la riservatezza dei dati.

Lo svolgimento della prestazione in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro. Ad esclusione dei diritti del lavoratore non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva gli stessi diritti ed obblighi del lavoro in presenza, compreso il trattamento economico,

che non deve essere inferiore. Al dipendente sono inoltre garantite le stesse opportunità di progressione di carriera, di progressioni economiche, di incentivi di performance e di iniziative formative.

In primo luogo, l'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato. È sempre disciplinato da un accordo individuale. L'azienda individua le attività che possono essere svolte in lavoro agile, da cui sono comunque esclusi i lavori a turni, e quelli che richiedono l'utilizzo di strumenti o documentazione non disponibili da remoto.

Quando l'azienda concede il lavoro agile, deve garantire la conciliazione delle esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori, con l'obiettivo di migliorare il servizio pubblico. Il lavoratore ha l'obbligo di garantire gli stessi livelli prestazionali delle attività in presenza. L'accordo è individuale e deve prevedere i seguenti elementi:

- Durata dell'accordo (a termine o a tempo indeterminato);
- Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e quelle da svolgere a distanza;
- Modalità di recesso (con un preavviso di almeno 30 giorni);
- Ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- Tempi di riposo non inferiori a quelli previsti in presenza;
- Modalità di esercizio del potere e del controllo da parte del datore di lavoro;
- Impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate sulla salute e la sicurezza del lavoro agile.

L'accordo può essere rescisso in caso di giustificato motivo.

Sono inoltre previste iniziative formative per formare il personale che deve svolgere lavoro agile. La formazione ha l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme e degli altri strumenti, per rafforzare il lavoro in autonomia, la collaborazione e la condivisione di informazioni.

La prestazione può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- **Fascia di contattabilità**, nella quale il dipendente è contattabile sia telefonicamente che via mail. Questa fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro. In questa fascia il lavoratore può richiedere la fruizione dei permessi orari come, ad esempio, i permessi per motivi personali;
- **Fascia di inoperabilità**, in cui il dipendente non può erogare alcuna prestazione. Comprende il riposo di 11 ore consecutive.

Nelle giornate in cui viene prestato lavoro agile, non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, o lavoro svolto in condizioni di rischio. In caso di problematiche di tipo tecnico o informatico, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al dirigente e quest'ultimo, se le condizioni persistono, può decidere di richiamare il dipendente in presenza. Per esigenze particolari, il dipendente può essere richiamato in sede, con comunicazione effettuata in tempo utile, almeno il giorno prima.

Il CCNL 2019/2021 Sanità, al Titolo VI (Lavoro a distanza), Capo II (Altre forme di lavoro a distanza), Artt. 81-82, regola il "lavoro da remoto"; ai sensi dell'art. 81, comma 1, CCNL 02/11/2022, il lavoro da remoto "è una tipologia di lavoro eseguita in un altro luogo, purché idoneo, ma diverso dalla sede in cui è normalmente assegnato il dipendente". Il lavoro da remoto è realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione dell'azienda e può essere svolto nelle seguenti forme:

- **Telelavoro domiciliare** (al domicilio del dipendente);

- **Altre forme di lavoro a distanza** (come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite). In questa tipologia di lavoro, il dipendente ha gli stessi obblighi che nel lavoro in ufficio, in particolare riguardo all'orario di lavoro. Sono garantiti gli stessi diritti su riposi, pause, permessi e trattamento economico.

3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale

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

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

- sono stati approvati i criteri per la redazione dei piani triennali di fabbisogno per il triennio 2021–2023 di cui all'Allegato A della DGR stessa;
- è stato approvato il format del PTFP di cui all'Allegato B, della DGR stessa;

Sulla scorta delle determinazioni regionali, con deliberazione n. 5/C.d.A/30 del 24 marzo 2022, la Fondazione IRCCS ha approvato il proprio Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023.

Successivamente, in data 02 agosto 2022, con dgr. n. XI/6813, Regione Lombardia ha approvato il nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico della Fondazione IRCCS, la cui attuazione è stata resa esecutiva con il Decreto del Direttore Generale della Fondazione n. 5/D.G./1154 del 05 settembre 2022 che ha preso atto del predetto provvedimento Regionale ed ha provveduto a nominare i Direttori dei Dipartimenti previsti nel nuovo documento di programmazione organizzativa aziendale.

Successivamente, in data 07 dicembre 2022, con nota Prot. n. 0062750/22, la D.G. Welfare di Regione Lombardia ha inviato le linee guida per la compilazione del PTFP 2023-2025, chiedendo ai vari Enti-del SSR di provvedere entro il 23 dicembre 2022.

In particolare la suddetta nota evidenziava che:

- Il PTFP deve contenere la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.
- La programmazione proposta per i PTFP 2023-2025 deve tenere conto degli assetti organizzativi dei nuovi POAS approvati con DGR dalla Regione Lombardia nel corso dell'anno 2022, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della legge regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle

dgr regionali.

- Il PTFP deve altresì considerare anche le eventuali esternalizzazioni di servizi, comprese quelle temporanee per far fronte alla carenza di personale, riflettendosi in una diminuzione di FTE e costi del personale dipendente a fronte di un aumento costi del personale su beni e servizi.
- Come previsto dalla legislazione nazionale (cfr. d.l. 80/2021, convertito con Legge n. 113/2021), il PTFP, deve poi essere inserito dai vari Enti nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) da adottare entro il 31 gennaio 2023¹.

Inoltre, con dgr n. XI/7758 del 28 dicembre 2022, Regione Lombardia ha adottato le proprie determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023.

In tale Documento Regione Lombardia, con specifico riferimento al PTFP riporta le linee guida già comunicate all'inizio di Dicembre ai vari Enti coinvolti (cfr. nota regionale succitata avente prot. n. 0062750/22).

Nello specifico Regione Lombardia, con riguardo alla Dotazione Organica dei "Poli Ospedalieri" richiedeva un *focus* sul Pronto Soccorso e sulle Terapie Intensive (compreso di blocco operatorio e persona che svolge attività di Emergenza Urgenza (AREU) evidenziando che il Personale ivi indicato dovesse rispondere alle consistenze numeriche ivi indicate:

- per il personale del PS eventuali richieste di incrementi rispetto alla DO 2022 sarebbero state possibili solo a fronte di nuove aperture;
- per il personale delle Terapie intensive, il numero di dipendenti da assegnarvi, comprensivo, di quello di dipendenti la cui assunzione è stata finanziata con il D.L. 34/2020, convertito con legge n. 77/2020, deve rispondere a turn-over dell'ultimo triennio (2018-2020) prima della pandemia da SARS-COV2.

Per quanto attiene al restante personale Regione, ha comunicato che eventuali incrementi rispetto alla dotazione 2022 sarebbero stati possibile esclusivamente in base a specifiche dgr di autorizzazione all'apertura di nuovi Servizi/attività.

Infine, per agli IRCCS, il PTFP ha previsto una specifica sezione dedicata al personale della ricerca e a quello c.d. "piramidale".

La Fondazione IRCCS entro i termini indicati, ha predisposto il contenuto del PTFP 2023-2025 trasmettendolo a Regione Lombardia secondo le modalità indicate.—Lo stesso è stato accompagnato da apposita "Relazione tecnica" che ha illustrato la situazione assunzionale esistente e motivato le richieste di incremento di Personale come da indicazioni Regionali.

A seguito del riscontro Regionale pervenuto nel mese di Gennaio, sulla base della disciplina vigente, la Fondazione IRCCS, con deliberazione n. 5/CDA/12 del 13 febbraio 2023 ha adottato il Piano Triennale Dei Fabbisogni Di Personale Triennio per il triennio 2023 – 2025, successivamente trasmesso a Regione Lombardia attraverso il portale di governo regionale.

Regione Lombardia con dgr n. XII/680 del 17 luglio 2023 ha quindi provveduto ad approvare il Piano Triennale di Fabbisogno del personale 2023-2025.

Per quanto attiene al PTFP 2024-2026 Regione Lombardia, con nota del 7 novembre 2023, ha inviato le schede riepilogative dello stesso da compilarsi in base alla situazione esistente ed alle esigenze riscontrate presso l'Ente e di trasmetterle a Regione entro il giorno 20 del medesimo Ente.

Entro il termine indicato da Regione Lombardia e come da indicazioni ricevute, la Fondazione IRCCS ha provveduto a compilare i seguenti prospetti:

- scheda previsione chiusura al 31 dicembre 2023 (teste);
- scheda FTE e costi 2023 (da compilare, in questa fase, solo per la parte FTE);
- scheda DO 2024 (teste);

• scheda FTE e costi 2024 (da compilare, in questa fase, solo per la parte FTE).
 Il contenuto del Piano inviato a Regione Lombardia in riferimento al triennio è il seguente:

| Consistenza 2023 | OSPEDALE | | | | | | RICERCA | | TOTALE COMPLESSIVO |
|--|----------------------|-----------------|------------------------|---|---|-------------|-----------------|----------------|--------------------|
| | ATTIVI AL 31.12.2023 | TOTALE OSPEDALE | ... di cui | | | area medica | area chirurgica | TOTALE RICERCA | |
| | | | di cui pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | | | | |
| Raggruppamento profili | | | | | | | | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 599 | 14 | 107 | 229 | 144 | | 4 | 603 | |
| DIRIGENZA VETERINARIA | 0 | | | | | | | 0 | |
| DIRIGENZA SANITARIA | 65 | | | | | | 3 | 68 | |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE: | 2 | | | | | | | 2 | |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 6 | | | | | | | 6 | |
| DIRIGENZA TECNICA | 1 | | | | | | | 1 | |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 7 | | | | | | 1 | 8 | |
| TOTALE DIRIGENZA | 680 | 14 | 107 | 229 | 144 | | 8 | 688 | |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1.278 | 90 | 241 | 430 | 236 | | | 1.278 | |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0 | | | | | | | 0 | |
| OSTETRICA | 60 | 5 | 25 | | 21 | | | 60 | |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 228 | | | 8 | 23 | | 1 | 229 | |
| ASSISTENTI SANITARI | 4 | | | | | | | 4 | |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 0 | | | | | | | 0 | |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 28 | | | 21 | 7 | | | 28 | |
| ASSISTENTI SOCIALI | 2 | | | 2 | | | | 2 | |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 392 | | | | | | | 392 | |
| OTA | 4 | | | | | | | 4 | |
| OSS | 506 | 37 | 33 | 157 | 140 | | | 506 | |
| AUSILIARI | 2 | | | | | | | 2 | |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 3 | | | | | | | 3 | |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 337 | 6 | | | | | 6 | 343 | |
| PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | 0 | | | | | | | 0 | |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0 | | | | | | 107 | 107 | |
| TOTALE COMPARTO | 2.844 | 138 | 299 | 618 | 427 | | 114 | 2.958 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.524 | 152 | 406 | 847 | 571 | | 122 | 3.646 | |

La Tabella “consistenza 2023” rappresenta la situazione assunzionale della Fondazione IRCCS realizzata nel 2023. La stessa è conforme al Piano vigente per tale annualità (approvato con. dgr n. XII/680 del 17 luglio 2023) e rispetta i limiti autorizzativi regionali anche dal punto di vista delle costo connesso al costo considerato nel conteggio FTE (Full Time Equivalent) di seguito riportato

| FTE e COSTI 2023 | | | | | | | | |
|--|--|------------------|---|--------------|-----------------|--------------|----------------|--------------------|
| | | O SPEDALE | | | | | RICERCA | TOTALE COMPLESSIVO |
| | | TOTALE OSPEDALE | ... di cui | | | | TOTALE RICERCA | |
| Categoria | | pronto soccorso | terapie intensive, Blocco operatorio e AREU | area medica | area chirurgica | | | |
| DIPENDENTI | Raggruppamento profili | | | | | | | |
| | DIRIGENZA MEDICA | 498,2 | 13,2 | 93,3 | 206,4 | 129,8 | 4,8 | 503,0 |
| | DIRIGENZA VETERINARIA | 0,00 | | | | | | 0,0 |
| | DIRIGENZA SANITARIA | 63,56 | | | | | | 63,6 |
| | DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 2,00 | | | | | | 2,0 |
| | DIRIGENZA PROFESSIONALE | 6,00 | | | | | | 6,0 |
| | DIRIGENZA TECNICA | 1,00 | | | | | | 1,0 |
| | DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 7,00 | | | | | 1,0 | 8,0 |
| | TOTALE DIRIGENZA | 577,8 | 13,2 | 93,3 | 206,4 | 129,8 | 5,8 | 583,6 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1.258,23 | 89,8 | 235,3 | 630,0 | 204,0 | | 1.258,2 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,00 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 57,50 | 5,0 | 24,4 | | 18,0 | | 57,5 |
| | PERSONALE TECNICO SANITARIO | 223,59 | | | 7,8 | 21,8 | 1,0 | 224,6 |
| | ASSISTENTI SANITARI | 4,00 | | | | | | 4,0 |
| | TECNICO DELLA PREVENZIONE | 0,00 | | | | | | 0,0 |
| | PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 26,78 | | | 19,7 | 7,0 | | 26,8 |
| | ASSISTENTI SOCIALI | 2,00 | | | 2,0 | | | 2,0 |
| | PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 385,86 | | | | | | 385,9 |
| | OTA | 4,00 | | | | | | 4,0 |
| | OSS | 507,28 | 33,5 | 30,5 | 158,0 | 133,0 | | 507,3 |
| | AUSILIARI | 2,00 | | | | | | 2,0 |
| | ASSISTENTE RELIGIOSO | 3,00 | | | | | | 3,0 |
| | PERSONALE AMMINISTRATIVO | 324,90 | 3,8 | | | | 6,0 | 330,9 |
| | PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | 0,00 | | | | | | 0,0 |
| | RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 94,66 | | | | | | 94,7 |
| | TOTALE COMPARTO | 2.893,8 | 132,1 | 290,2 | 817,5 | 383,8 | 7,0 | 2.900,8 |
| | TOTALE COMPLESSIVO | 3.471,6 | 145,3 | 383,5 | 1.023,8 | 513,7 | 12,8 | 3.484,4 |
| | CONVENZIONATO UNIVERSITARIO | DIRIGENZA MEDICA | 46,3 | 1,2 | 1,2 | 25,5 | 3,7 | |
| DIRIGENZA VETERINARIA | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | | 2,1 | | | | | | 2,1 |
| 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 | | 48,4 | 1,2 | 1,2 | 25,5 | 3,7 | 0,0 | 48,4 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| OSTETRICA | | 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 |
| OTA | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| OSS | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| AUSILIARI | | 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 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 48,4 | 1,2 | 1,2 | 25,5 | 3,7 | 0,0 | 48,4 | |

| | | | | | | | | |
|---|--|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb, medicina dei servizi e MEI) | DIRIGENZA MEDICA | 0,0 | | | | | | 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 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 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 |
| | OTA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSS | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | AUSILIARI | 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 |
| | TOTALE COMPLESSIVO | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Somministrazione lavoro | 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 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | | 1,7 | | | | | | 1,7 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| OSTETRICA | | 0,9 | | | | | | 0,9 |
| 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 | | 13,5 | | | | | | 13,5 |
| OTA | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| OSS | | 14,2 | | | | | | 14,2 |
| AUSILIARI | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | | 8,2 | | | | | | 8,2 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| TOTALE COMPARTO | | 38,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 38,5 |
| TOTALE COMPLESSIVO | | 38,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 38,5 |

Le Schede “DO 2024” e “FTE e Costi 2024” comprendono la programmazione e la pianificazione delle assunzioni da effettuare in base al fabbisogno di personale necessario per perseguire obiettivi di performance dei servizi ai cittadini e agli utenti della Fondazione IRCCS, così come validati da Regione Lombardia in sede di istruttoria. Le stesse contengono anche gli incrementi di Personale richiesti a Regione Lombardia in sede di predisposizione del Piano stesso.

| DO 2024 | OSPEDALE | | | | RICERCA | | TOTALE COMPLESSIVO |
|--|-----------------|------------------------|---|-------------|----------------|------------|--------------------|
| | TOTALE OSPEDALE | ... di cui | | | TOTALE RICERCA | | |
| | | di cui pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | area medica | | | |
| Raggruppamento profili | | | | | | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 668 | 22 | 116 | 254 | 162 | 5 | 673 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | 0 | | | | | | 0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 71 | | | | | 3 | 74 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 3 | | | | | | 3 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 6 | | | | | | 6 |
| DIRIGENZA TECNICA | 3 | | | | | | 3 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 11 | | | | | 1 | 12 |
| TOTALE DIRIGENZA | 762 | 22 | 116 | 254 | 162 | 9 | 771 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IfeC) | 1.409 | 112 | 285 | 460 | 266 | | 1.409 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IfeC) | 0 | | | | | | 0 |
| OSTETRICA | 66 | 7 | 25 | | 25 | | 66 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 252 | | | 10 | 233 | 1 | 253 |
| ASSISTENTI SANITARI | 5 | | | | | | 5 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 0 | | | | | | 0 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 41 | | | 21 | 7 | | 41 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 4 | | | 2 | | | 4 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 428 | | | | | | 428 |
| OTA | 4 | | | | | | 4 |
| OSS | 546 | 44 | 42 | 164 | 147 | | 546 |
| AUSILIARI | 2 | | | | | | 2 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 3 | | | | | | 3 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 362 | 6 | | | | 6 | 368 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | 0 | | | | | | 0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0 | | | | | 120 | 120 |
| TOTALE COMPARTO | 3.122 | 169 | 352 | 657 | 678 | 127 | 3.249 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.884 | 191 | 468 | 911 | 840 | 136 | 4.020 |

| FTE e COSTI 2024 | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|-----------------|---|----------------|-----------------|----------------|--------------------|
| | | OSPEDALE | | | | | RICERCA | TOTALE COMPLESSIVO |
| | | TOTALE OSPEDALE | ... di cui | | | | TOTALE RICERCA | |
| | | | pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | area medica | area chirurgica | | |
| Categoria | Raggruppamento profili | | | | | | | |
| DIPENDENTI | DIRIGENZA MEDICA | 548,5 | 18,0 | 109,5 | 244,5 | 153,0 | 5,0 | 553,5 |
| | DIRIGENZA VETERINARIA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | DIRIGENZA SANITARIA | 67,5 | | | | | 3,0 | 70,5 |
| | DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 2,5 | | | | | | 2,5 |
| | DIRIGENZA PROFESSIONALE | 6,0 | | | | | | 6,0 |
| | DIRIGENZA TECNICA | 1,0 | | | | | | 1,0 |
| | DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 8,0 | | | | | 1,0 | 9,0 |
| | TOTALE DIRIGENZA | 633,5 | 18,0 | 109,5 | 244,5 | 153,0 | 9,0 | 642,5 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1.343,5 | 123,0 | 307,0 | 472,0 | 451,0 | | 1.343,5 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 63,0 | 6 | 25 | | 23 | | 63,0 |
| | PERSONALE TECNICO SANITARIO | 240,0 | | | 9 | 232 | 1,0 | 241,0 |
| | ASSISTENTI SANITARI | 4,5 | | | | | | 236,5 |
| | TECNICO DELLA PREVENZIONE | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 37,5 | | | 21 | 7 | | 37,5 |
| | ASSISTENTI SOCIALI | 3,0 | | | 1,5 | | | 3,0 |
| | PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 410,0 | | | | | | 410,0 |
| | OTA | 4,0 | | | | | | 4,0 |
| | OSS | 526,0 | 41 | 38 | 161 | 144 | | 526,0 |
| | AUSILIARI | 2,0 | | | | | | 2,0 |
| | ASSISTENTE RELIGIOSO | 3,0 | | | | | | 3,0 |
| | PERSONALE AMMINISTRATIVO | 353,0 | 6,0 | | | | 6,0 | 359,0 |
| | PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0,0 | | | | | 113,5 | 113,5 | |
| TOTALE COMPARTO | 2.989,5 | 175,5 | 369,5 | 664,0 | 856,5 | 120,5 | 3.110,0 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.623,0 | 193,5 | 479,0 | 908,5 | 1.009,5 | 129,5 | 3.752,5 | |
| CONVENZIONATO UNIVERSITARIO | DIRIGENZA MEDICA | 49,2 | 1,2 | 1,2 | 26,1 | 4,3 | | 49,2 |
| | DIRIGENZA VETERINARIA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | DIRIGENZA SANITARIA | 2,1 | | | | | | 2,1 |
| | 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 | 51,3 | 1,2 | 1,2 | 26,1 | 4,3 | 0,0 | 51,3 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 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 |
| | OTA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSS | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | AUSILIARI | 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 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 51,3 | 1,2 | 1,2 | 26,1 | 4,3 | 0,0 | 51,3 | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Somministrazione lavoro | DIRIGENZA MEDICA | 0,0 | | | | | 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 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 1,7 | | | | | | 1,7 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 0,9 | | | | | | 0,9 |
| | 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 | 13,5 | | | | | | 13,5 |
| | OTA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSS | 14,2 | | | | | | 14,2 |
| | AUSILIARI | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | ASSISTENTE RELIGIOSO | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | PERSONALE AMMINISTRATIVO | 8,2 | | | | | | 8,2 |
| | PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA | 0,0 | | | | | | 0,0 | |
| TOTALE COMPARTO | 38,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 38,5 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 38,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 38,5 | |
| Incarichi di lavoro autonomo | DIRIGENZA MEDICA | 48,5 | | | | | 48,5 | |
| | DIRIGENZA VETERINARIA | 0,0 | | | | | 0,0 | |
| | DIRIGENZA SANITARIA | 3,4 | | | | | 3,4 | |
| | DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 0,0 | | | | | 0,0 | |
| | DIRIGENZA PROFESSIONALE | 1,0 | | | | | 1,0 | |
| | DIRIGENZA TECNICA | 0,0 | | | | | 0,0 | |
| | DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 0,0 | | | | | 0,0 | |
| | TOTALE DIRIGENZA | 52,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 52,9 |
| | PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC) | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSTETRICA | 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 |
| | OTA | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | OSS | 0,0 | | | | | | 0,0 |
| | AUSILIARI | 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 | |
| TOTALE COMPLESSIVO | 52,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 52,9 | |

Il PTFP sarà applicato nel rispetto della programmazione triennale della Fondazione IRCCS e della dotazione organica che esprime il fabbisogno di personale necessario a ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e agli utenti della Fondazione, nonché in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Lo stesso indica le risorse finanziarie regionali assegnate e destinate all'attuazione del budget annuale sia del personale dipendente e universitario convenzionato sia del personale gravante sulle voci "Beni e Servizi" (per la Fondazione: interinali e libero professionisti).

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

- dpr 487/1994 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"
- dpr 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"
- dpr 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";

Oltre che attraverso l'espletamento dei concorsi pubblici, che rimane comunque il metodo più utilizzato, la Fondazione, per realizzare le assunzioni programmate, sempre nel rispetto della

disciplina vigente, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex art. 30 del d.lgs n. 165/2001 e s.m.i.9 e c.d. "stabilizzazione" ex art. 20 del d. lgs n. 75/2017 e s.m.i.).

Formazione e sviluppo

La Fondazione IRCCS ha individuato e analizzato i fattori esterni ed interni che sono rilevanti per i propri obiettivi e che influenzano la propria capacità di ottenere i risultati attesi: ispirandosi alla Norma ISO 9001:2015, l'obiettivo è stato quello di aumentare il livello di visione strategica nel progettare il proprio Piano Formativo Aziendale (PFA) tenendo conto del contesto in cui opera e identificando i fattori rilevanti che possono direttamente o indirettamente avere un potenziale impatto sull'efficacia del sistema, individuando le aspettative delle parti interessate che possono influenzare il sistema rispettando i requisiti, anche cogenti, e ragionando in un'ottica di "Risk based thinking". In quest'ottica sono stati anche analizzati i rischi legati all'applicazione del d.lgs. 66/2003, come da normativa europea.

Le fasi chiave della progettazione e della messa in atto del PFA si realizzano attraverso:

- a. Analisi dei bisogni formativi, analisi delle risorse e dei vincoli. Definizione degli obiettivi;
- b. Macro Progettazione, Elaborazione. Riesame, Verifica e Validazione. Gli obiettivi prendono in considerazione:
 - l'acquisizione delle linee di indirizzo strategiche aziendali e degli obiettivi generali del PFA definiti dal Direttore Generale con le relative risorse umane ed economiche, in armonia con la mission e la vision aziendale, con i riferimenti normativi vigenti, in particolare con le regole di sistema di Regione Lombardia su cui impostare la fase successiva di "bottom-up". In questa fase la SS Formazione e Sviluppo Competenze definisce le attività formative legate a tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie, normativa vigente (d.lgs. 81/08 e s.m.i.), Basic Life Support Defibrillation, Privacy, risk management, neoassunti etc. e si stabiliscono le attività formative obbligatorie che poi verranno confermate dal Comitato Scientifico Formativo;
 - le proposte provenienti dai Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O., Coordinatori, Referenti Dipartimentali della Formazione con strumenti appositamente predisposti per la raccolta dei fabbisogni formativi sottoposti alla fine di ogni anno. Le U.O. utilizzano anche il riesame periodico per identificare il proprio fabbisogno formativo.

I macro-obiettivi del PFA 2023 sono legati:

- Alla sicurezza e salute del lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali come disciplinato dal d.lgs. 81/08 e s.m.i.;
- Alla cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
- Alla diffusione intraospedaliera della gestione dell'emergenza urgenza;
- Alla gestione delle infezioni e malattie infettive emergenti e riemergenti;
- All'aumento delle conoscenze metodologiche di approccio alla ricerca clinica;
- All'integrazione e valorizzazione delle risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neo-inserito e neo-assunto.

In tutte le fasi della progettazione del PFA la SS Formazione e Sviluppo Competenze fornisce supporto metodologico per la definizione delle tipologie formative più appropriate alle esigenze e agli obiettivi.

Ogni processo formativo genera elementi in uscita che costituiscono input per il processo successivo dando così evidenza di ciclicità. Il momento della valutazione e della ricaduta formativa sulla organizzazione è la ovvia conclusione della sequenza di un processo che, partito dalla rilevazione ed analisi dei fabbisogni, si conclude fisiologicamente con la valutazione che rappresenta, contemporaneamente, il punto di partenza per la nuova fase di rilevazione e analisi dei bisogni. Nel suo complesso, quindi, la fase di valutazione della formazione è stata distinta in tre momenti fondamentali:

- la valutazione ex ante il cui scopo fondamentale è stato quello di valutare la scientificità delle proposte di Macro - progettazione da parte del Comitato Scientifico Formativo;
- la valutazione in itinere, quale strumento di controllo del progetto approvato con eventuali azioni di aggiustamento;
- la valutazione ex post come momento di verifica finale a breve e, ove possibile, a medio termine della validità del progetto con riguardo all'obiettivo formativo.

[Piano Azioni positive - 2024-2026](#)

Premessa

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

E' previsto dall'art. 48 del d.lgs n. 198/2006 e mira a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità su lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. E' un documento obbligatorio per tutte le Pubbliche Amministrazioni; ha durata triennale e il mancato rispetto di tale obbligo è sanzionato con l'impossibilità per le P.A. di assumere nuovo personale. Le Azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

La Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A., di concerto con il Ministro per i Diritti e le pari Opportunità "*Misure per attuare parità e pari opportunità tra Uomini e Donne nelle Pubbliche Amministrazioni*" nel richiamare, la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/E, indica come sia importante la funzione che le Pubbliche Amministrazioni ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo al fine della promozione e della attuazione del principio delle Pari Opportunità e della Valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

Tali principi sono stati riaffermati e rafforzati all'art. 21 lettera b) della l. 183/2010 (che ha sostituito l' art. 7 del d.lgs n. 165/2001) con l'inserimento di ulteriori caratteristiche quali l'età, l'orientamento sessuale, la razza, l'origine etnica, la disabilità, la religione e la lingua delle persone cui garantire parità, pari opportunità e assenza di ogni forma di discriminazione, oltre che un ambiente di lavoro improntato al benessere lavorativo, accompagnato dall'impegno a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale e psichica al proprio interno.

Il citato art. 21, lettera c) che ha sostituito l'art. 57 del d.lgs 165/2001, ha previsto la costituzione all'interno di ogni Pubblica Amministrazione, del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che, sostituisce, unificandoli in un solo organismo, i "Comitati per le Pari Opportunità" ed i "Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing", costituiti in applicazione della Contrattazione

Collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai Contratti Collettivi relativi al personale della Amministrazioni Pubbliche o da altre disposizioni.

I compiti le funzioni dei Comitati Unici di Garanzia (CUG) sono poi stati disciplinati, nel dettaglio, dalle Linee Guida emanate dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011. La Fondazione IRCCS si è inoltre dotata del "Codice etico – comportamentale" vigente, il quale prevede l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dei lavoratori del San Matteo nei confronti dei suoi "portatori di interesse". Indica inoltre norme di correttezza, trasparenza e buona amministrazione a cui si deve uniformare il comportamento di dipendenti ed amministratori della Fondazione IRCCS.

Parte I

Il Piano delle Azioni Positive nasce dal lavoro svolto all'interno del CUG ed è elaborato individuando delle aree di azioni da realizzare nel prossimo triennio, tenendo conto nelle necessità emerse per la valorizzazione del benessere organizzativo e lavorativo del personale (nonché delle necessità informative e formative in tema di rispetto alla persona, di prevenzione delle molestie morali e sessuali, di Parità, Pari opportunità in base all'art. 14 del Codice di Condotta)

Il Piano si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi e l'altra, più operativa, riguardante il raggiungimento obiettivo pertinenti.

Analisi delle risorse umane della Fondazione

Dalla Relazione del C.U.G. 2023 riferita al 2022 emerge che presso la Fondazione IRCCS la posizione delle donne ed il rispetto delle pari opportunità sia ben tutelato nel pieno rispetto dei principi ordinamentali Italiani e dell'Unione Europea, che riconoscono il diritto di Uguaglianza tra Uomini e Donne e il dovere di contrastare qualsiasi forma di discriminazione negli ambiti lavorativi, come valori fondanti dei due Ordinamenti. Questa è una costante che si mantiene nel tempo

Per quanto attiene al 2023, in attesa della Relazione del CUG, si osserva che dalla tabella "*Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento*", emerge in modo evidente che il numero di dipendenti di genere femminile (2565 -69.74%), è notevolmente superiore rispetto ai dipendenti di genere maschile (1113 – 30,26%). Tuttavia, se questo dato, di per sé non risulta particolarmente indicativo, in quanto all'interno della composizione del personale rientrano profili professionali, quali quello di infermiere/ostetriche che, storicamente, sono stati oggetto di scelte da parte di donne più che di uomini, il dato risulta indubbiamente interessante, se ci si sofferma sul profilo di Dirigente Medico nel quale emerge una preponderanza di figure professionali di genere femminile. Il dato relativo alla dirigenza medica risulta ancora più rilevante se si osserva la ripartizione per età di tali figure in servizio; risulta infatti che la presenza di genere femminile è maggiormente rappresentata nelle fasce di età più giovani (da 31 a 40 anni e da 41 a 50 anni), a dimostrazione che vi è una correlazione diretta fra le nuove assunzioni, generalmente giovani e l'attuale popolazione dipendente nel profilo, che rileva come, statisticamente, il numero di professionisti medici assunti sia sempre più composto da donne. Questi dati dimostrano, in modo incontrovertibile, l'assenza di discriminazione (uomo donna) da parte dell'Amministrazione.

Situazione al: 31/12/2023

TABELLA 1.1. - Ripartizione del personale per genere ed eta' nei livelli di inquadramento (dettagliare il tipo di contratto e il livello o l'accorpamento)

| Livello | Qualifica | UOMINI | | | | | DONNE | | | | |
|-----------------------|-----------|--------|----------|----------|----------|-------|-------|----------|----------|----------|-------|
| | | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 |
| | | 80 | 151 | 178 | 263 | 44 | 241 | 330 | 399 | 677 | 140 |
| Dir. | T.det | | | | | | | 2 | 2 | | |
| Dir. | T.ind | | | 3 | 3 | 1 | | 4 | 13 | 20 | 17 |
| Dir. SC | T.ind | | 1 | 1 | 4 | 2 | | | | 3 | 2 |
| Dir. SS | T.ind | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Quadri | Ds | | 4 | 3 | 1 | | 7 | 16 | 17 | 8 | |
| Impiegati | CA | 3 | 3 | 4 | 12 | 1 | 8 | 6 | 17 | 51 | 7 |
| Impiegati | CO | 2 | 5 | 4 | 4 | 2 | 10 | 22 | 18 | 21 | 8 |
| Impiegati | CP | 2 | 4 | 6 | 4 | 1 | 2 | 16 | 16 | 19 | 5 |
| Impiegati | CS | | | | 6 | 2 | | | 4 | 30 | 17 |
| Impiegati | D | | 1 | | | | 4 | 19 | 19 | 6 | 2 |
| Direttori | | | | 1 | 1 | 2 | | | | | |
| SSN Med. | T.det | 1 | 1 | 8 | 2 | | 1 | 10 | | | |
| SSN Med. | T.ind | 1 | 65 | 53 | 37 | 29 | 2 | 84 | 100 | 50 | 25 |
| SSN Med. SC | T.ind | | | 5 | 4 | 6 | | | 1 | 1 | 2 |
| SSN Med. SS | T.ind | | | 5 | 3 | 10 | | 1 | 4 | 8 | 4 |
| Convenzioni | CP | | | | | | | | 2 | | |
| Totale personale | | 89 | 242 | 265 | 343 | 100 | 275 | 510 | 612 | 895 | 229 |
| % su totale personale | | 2,50 | 6,79 | 7,44 | 9,63 | 2,80 | 7,72 | 14,32 | 17,19 | 25,14 | 6,43 |

Pagina 1 di 10

Ad oggi gli incarichi di Direzione di Struttura Complessa (SC) e di Struttura Semplice (SS) sono ancora a favore del genere maschile. Per quanto riguarda gli incarichi apicali, tuttavia negli altri profili dirigenziali la differenza tra i due generi si riduce notevolmente.

Inoltre, tra i Direttori di Dipartimento vi sono n. 2 posizioni ricoperte da personale di genere femminile (Una di un Dipartimento Sanitario ed una del Dipartimento Amministrativo).

Si rileva altresì che, nel personale del Comparto, il numero di donne con Incarichi di Funzione (di Organizzazione), risulta essere circa tre volte superiore rispetto a quello degli uomini con lo stesso tipo di posizione e responsabilità, come da Tabella che segue:

Situazione al: 31/12/2023

TABELLA 1.3. - Posizioni di responsabilita' remunerate non dirigenziale ripartita per genere

| Tipo Responsabilita' | UOMINI | | | | | | DONNE | | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|-----|----------|----------|----------|-------|--------|-------|
| | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % |
| INDENN. FUNZIONE (POS.ORG) | | | 7 | 12 | 1 | 20 | 95,24 | | 5 | 9 | 31 | 10 | 55 | 96,49 |
| INDENNITA' COORDINAMENTO | | | | | 1 | 1 | 4,76 | | | | 2 | | 2 | 3,51 |
| Totale personale | | | 7 | 12 | 2 | 21 | | | 5 | 9 | 33 | 10 | 57 | |
| % su totale personale | | 0,00 | 0,00 | 8,97 | 15,38 | 2,56 | | | 0,00 | 6,41 | 11,53 | 42,30 | 12,82 | |

Ulteriore elemento che evidenzia l'assenza di discriminazione si ritrova nella Tabella di cui infra riferita all'Anzianità nei profili e livelli non dirigenziali, ripartite per età e per genere nella quale si evidenzia una permanenza nel profilo pressoché sovrapponibile fra le figure professionali di genere maschile e di genere femminile. Anche se percentualmente leggermente a favore di quella di genere femminile se si prende a riferimento il dato riferito alla permanenza inferiore a 3 anni, indice di una progressione di carriera più celere

Situazione al: 31/12/2023

TABELLA 1.4. - Anzianità nei profili e livelli non dirigenziali, ripartite per età e per genere

| Permanenza nel profilo | UOMINI | | | | | | | DONNE | | | | | | |
|------------------------|--------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|-------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|
| | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % |
| Inferiore a 3 anni | 78 | 89 | 38 | 28 | 6 | 239 | 30,25 | 231 | 180 | 70 | 45 | 1 | 527 | 24,35 |
| Tra 3 e 5 anni | 9 | 26 | 17 | 11 | 1 | 64 | 8,10 | 33 | 83 | 47 | 27 | 3 | 193 | 8,92 |
| Tra 5 e 10 anni | | 34 | 26 | 13 | 3 | 76 | 9,62 | 8 | 95 | 72 | 40 | 6 | 221 | 10,21 |
| Superiore a 10 anni | | 19 | 114 | 238 | 40 | 411 | 52,03 | | 51 | 303 | 700 | 169 | 1223 | 56,52 |
| Totale personale | 87 | 168 | 195 | 290 | 50 | 790 | | 272 | 409 | 492 | 812 | 179 | 2164 | |
| % su totale personale | 2,94 | 5,68 | 6,60 | 9,81 | 1,69 | | | 9,20 | 13,84 | 16,65 | 27,48 | 6,05 | | |

Considerazioni analoghe a quelle espone nei paragrafi precedenti si possono desumere dai dati sul "Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio" – di cui alla Tabella seguente dalla quale si evince, che dal punto di vista del titolo di studio posseduto, i dati sul personale maschile e femminile è pressoché sovrapponibile così come indicato dal prospetto seguente:

Situazione al: 31/12/2023

TABELLA 1.6. - Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio

| Permanenza nel profilo | UOMINI | | | | | | | DONNE | | | | | | |
|---------------------------|--------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|-------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|
| | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % |
| Laurea breve | | | | | | | 0,00 | | | | | 1 | 1 | 0,28 |
| Laurea | 1 | 3 | 3 | 7 | 3 | 17 | 6,94 | 1 | 2 | | 12 | 17 | 32 | 8,96 |
| Specializz. Post Laurea/D | 1 | 71 | 66 | 45 | 45 | 228 | 93,06 | 2 | 99 | 120 | 71 | 32 | 324 | 90,76 |
| Totale personale | 2 | 74 | 69 | 52 | 48 | 245 | | 3 | 101 | 120 | 83 | 50 | 357 | |
| % su totale personale | 0,33 | 12,29 | 11,46 | 8,63 | 7,97 | | | 0,49 | 16,77 | 19,93 | 13,78 | 8,30 | | |

E questo è maggiormente rappresentato nella Tabella 1.7 "Personale non dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio". Degno di nota il fatto che all'interno del comparto confluiscono varie tipologie di dipendenti, dagli Operatori Tecnici, prevalentemente in possesso di Diploma di Scuola Media Inferiore, a Operatori di Supporto all'Assistenza ed agli Amministrativi, in possesso, prevalentemente, di Diploma di Scuola Media Superiore, a Professionisti/e Sanitari/e (Infermieri/e, Ostetriche, Figure Tecniche e di Riabilitazione delle

Professioni Sanitarie) molte delle quali in possesso di Laurea, Laurea Magistrale, Master di I e di II Livello; tra questi ultimi prevale fortemente il genere femminile.

Situazione al: 31/12/2023

TABELLA 1.7. - Personale non dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio

| Permanenza nel profilo | UOMINI | | | | | | | DONNE | | | | | | |
|-------------------------------|--------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|-------|----------|----------|----------|-------|--------|-------|
| | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % | <30 | da 31a40 | da 41a50 | da 51a60 | da 61 | Totale | % |
| Fino alla scuola dell'obbligo | 7 | 48 | 90 | 154 | 32 | 331 | 41,69 | 21 | 85 | 132 | 359 | 109 | 706 | 32,62 |
| Licenza media superiore | 6 | 11 | 52 | 110 | 15 | 194 | 24,43 | 12 | 29 | 166 | 397 | 59 | 663 | 30,64 |
| Laurea breve | 68 | 100 | 45 | 19 | 3 | 235 | 29,60 | 222 | 241 | 143 | 33 | 6 | 645 | 29,81 |
| Laurea | 6 | 9 | 9 | 7 | 1 | 32 | 4,03 | 17 | 53 | 49 | 20 | 5 | 144 | 6,65 |
| Specializz. Post Laurea/D | | | | 1 | 1 | 2 | 0,25 | | 1 | 2 | 3 | | 6 | 0,28 |
| Totale personale | 87 | 168 | 196 | 291 | 52 | 794 | | 272 | 409 | 492 | 812 | 179 | 2164 | |
| % su totale personale | 2,94 | 5,67 | 6,62 | 9,83 | 1,75 | | | 9,19 | 13,82 | 16,63 | 27,45 | 6,05 | | |

Parte II:

Descrizione degli Obiettivi 2024-2026

Gli obiettivi generali del Piano delle Azioni Positive sono:

- promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, al benessere lavorativo a tutti i livelli organizzativi e alla formazione/informazione mirata ad una maggiore consapevolezza in tema di mobbing, discriminazione di genere, stalking e pari opportunità;
- sostenere la collaborazione dei CUG e degli Organismi paritetici per l'innovazione anche tramite il confronto e lo scambio di esperienze con altre realtà ospedaliere;
- favorire nell'ambito lavorativo parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- promuovere e realizzare iniziative mirate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare.

A parte le azioni già intraprese a livello aziendale in conformità alle proposte del CUG e dettagliatamente descritte nella relazione annuale di tale organismo, già inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica entro il 30 marzo 2023 ed all'attività del *Gender Equality Team* (GET) aziendale a cui, per competenza, si rimanda, si descrivono di seguito alcune azioni che sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2022- 2024 e proseguire poi nel triennio 2024-2026.

AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare

Obiettivo

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

Azioni

Possibilità di accedere allo Smart Working e relativa gestione dei contratti in conformità alla

disciplina vigente e alle Direttive ministeriali.

Procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali.

Attuazione di procedure interne per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza, a parità di condizioni, per particolari condizioni di famiglia e di salute.

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2024– 2026

AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione

Obiettivo

Promuovere l'informazione e la formazione al fine di sviluppare conoscenze specifiche sul ruolo e l'attività del CUG nonché in tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni.

Promuovere altresì l'aggiornamento professionale finalizzato al miglioramento delle competenze nonché la diffusione delle informazioni.

Azioni

- programmazione di eventi formativi aventi ad oggetto il CUG e il benessere organizzativo anche attraverso il confronto con altre realtà ospedaliere lombarde;
- organizzazione di corsi residenziali e on line per la formazione professionale specifica e l'aggiornamento dei lavoratori dell'area amministrativa; in particolare sulle seguenti tematiche: sicurezza nei luoghi di lavoro, d.lgs. 81/2008, privacy, anticorruzione, codice degli appalti, flussi e certificazione ISO, novità legislative, competenze informatiche di base e avanzate, competenze linguistiche, tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti, stress e lavoro correlato, accoglienza del paziente straniero;
- programmazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario del comparto finalizzati alla crescita professionale in generale e in specifiche materie mirati al raggiungimento di standard assistenziali sempre più specializzati e di eccellenza. Attraverso il Piano di Formazione Aziendale, che prevede l'erogazione di circa 500 eventi formativi all'anno, viene garantita un'offerta formativa interna pari ad almeno 25 crediti ECM per settore specialistico, per ciascun professionista sanitario;
- miglioramento della comunicazione interna attraverso la pagina Web aziendale (diffusione di tutte le informazioni inerenti convegni e congressi e attività formative organizzate a livello aziendale).

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2024 – 2026

AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo

Obiettivo

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

Azioni

- organizzazione di un incontro di accoglienza e di presentazione con i neo assunti da parte della Direzione aziendale.
- training aziendale per l’inserimento lavorativo per neoassunti e/o trasferiti.
- implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, presentazione dei neo assunti).
- formazione mirata a gestire lo stress e la percezione della fatica.
- programmazione di incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell’ambito lavorativo, laddove necessario.
- convenzione per la gestione degli abbonamenti ai mezzi pubblici e altri mezzi di trasporto rateizzabili sullo stipendio.
- attivazione di convenzioni con esercizi commerciali presenti in Azienda per agevolazioni economiche rivolte ai dipendenti nel quale il dipendente può selezionare una serie di offerte commerciali e stampare coupon e codici sconto per acquisti nei negozi e online. Verifica del recepimento delle regole previste nel Codice etico di comportamento nel quale è valorizzata la tutela del benessere organizzativo anche in termini di prevenzione di situazioni di conflitto e di disagio nonché di contrasto a condotte moleste (anche di carattere sessuale) e discriminatorie o comunque lesive della dignità e della reputazione della persona.
- campagne di sensibilizzazione per l’adozione di comportamenti corretti a tutela della salute.
- studio di fattibilità sulla possibilità di una piattaforma di “*Car pooling*” aziendale (modalità di condivisione di veicoli privati con lo scopo di ridurre le spese e l’impatto ambientale anche in termini di traffico, posti auto e ambiente), incrementato dal Mobility manager, iniziativa in collaborazione con l'Assessorato Mobilità e Lavori Pubblici del Comune di Milano, che prevede la possibilità per il personale sanitario di accedere a voucher taxi.
- studio di fattibilità per la realizzazione di una palestra aziendale.

Unità operative coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e prevenzione; SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2024-2026

AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza

Obiettivo

- promuovere e favorire la cultura di genere, i principi di non discriminazione e insieme di attenzione alle differenze;

- realizzazione corsi sulla "Gestione dei conflitti all'interno dell'equipe multidisciplinare";
- servizi di supporto per l'interazione con l'utenza straniera a livello di interpretariato e mediazione linguistica/culturale e attivazione dell'International Office (previa verifica fattibilità).

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, SC Direzione Professioni Sanitarie, SC Direzione Medica di Presidio, SC Sviluppo e Gestione Risorse Umane; SC Servizio Protezione e Prevenzione, SC Sistemi Informativi Aziendali; SC Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2024 – 2026

Actions Plan e Cronoprogramma

Area A. Equilibrio tra Vita Lavorativa/Vita Privata e Cultura dell'Organizzazione

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|---|--|--|--|---|---|--|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| A.1 Favorire la Conciliazione e l'Equilibrio tra Vita Lavorativa e Vita Privata e benessere organizzativo | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | A.1 Formazione del Management sulle politiche e le azioni di promozione delle pari opportunità e conciliazione | Tutti i dipendenti strutturati della Fondazione | Eventi formativi rivolti ai Responsabili di Struttura Partecipazione almeno del 10% dei Responsabili di Struttura ad un evento. | Direttore Scientifico, Direttori di S.C. Responsabili Aree di Ricerca | Direzione Scientifica Direttori di Dipartimento | ✓ | ✓ | ✓ |
| A.2 Implementazione di un progetto di Lavoro Agile | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | A.2.1 Stesura e diffusione Regolamento che disciplini il lavoro agile (P.O.L.A.) | Tutti i Dipendenti della Fondazione | Regolamento Lavoro Agile disponibile sul sito intranet della Fondazione. Inserimento del P.O.L.A. nel P.I.A.O | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane S.C. Direzione Medica di Presidio, S.C. Direzione Professioni Sanitarie, CUG, Sistemi Informativi ed Informatici | Direttore S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | ✓ | | |
| | | A.2.2 Predisporre Procedure per la fruizione. | Dipendenti a tempo indeterminato/ Figure Professionali compatibili con lo smart working | N. di dipendenti che ha presentato domanda Rapporto n. richieste accettate/n. richieste presentate. Distribuzione di genere | Commissione ad hoc riportata all'interno del Regolamento P.O.L.A. | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | ✓ | | |
| | | A.2.3 Avvio del Progetto Sperimentale | Dipendenti a tempo indeterminato che rientrano nei criteri di idoneità del progetto | Valutazione Semestrale e Annuale del Progetto Monitoraggio gradimento dei Responsabili e dei dipendenti partecipanti al progetto | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane S.C. Direzione Medica di Presidio, S.C. Direzione Professioni Sanitarie, Direttori Strutture coinvolte e CUG | Direttore S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | | ✓ | ✓ |

Area A. Equilibrio tra Vita Lavorativa/Vita Privata e Cultura dell'Organizzazione

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|--|--|--|--|--|--|---|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| A.3 Facilitare il rientro in servizio dei dipendenti dopo lunga assenza (>6mesi) | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | A.3.1 Attivare percorsi di supporto che prendano in considerazione i problemi e disagi manifestati dal dipendente | Tutti i dipendenti che rientrano al lavoro dopo un periodo di assenza superiore a 6 mesi | Incontri di accoglienza Analisi Fabbisogno formativo /aggiornamento. Scheda di Destinazione Lavorativa | S.C. Direzione Professioni Sanitarie S.C. Direzione Medica di Presidio Coordinatori e Direttori S.C. | Direzione Professioni Sanitarie Direzione Medica di Presidio | ✓ | ✓ | ✓ |
| A.4 Favorire la Flessibilità oraria | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | A.4.1 Analisi del Bisogno di flessibilità oraria (in entrata e in uscita) | I dipendenti che manifestano l'esigenza di fruire di orari flessibili | Percentuale di dipendenti fruitori/tot. Potenziali fruitori | S.C. Direzione Professioni Sanitarie S.C. Direzione Medica di Presidio Coordinatori e Direttori S.C. | Direzione Professioni Sanitarie Direzione Medica di Presidio | ✓ | ✓ | ✓ |
| A.5 Promuovere la creazione di una Banca Ferie Solidali | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 | A.5.1 Individuazione modalità operative per cessione e fruibilità ore e/o ferie solidali ed Individuazione potenziali fruitori | Dipendenti che rientrano nei criteri individuati riportati all'interno del Regolamento | Regolamento N. di dipendenti | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane C.U.G. O.O.S.S. | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | ✓ | ✓ | ✓ |

B. Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|---|--|---|---|--|---|---|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| B.1 Promuovere misure a supporto dell'equilibrio di genere nella leadership | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | B.1 Programmare corsi di formazione sulla Leadership | Tutti i Professionisti Sanitari ed Amministrativi | N. corsi di formazione/anno N. partecipanti | S.C. Direzione Professioni Sanitarie S.C. Direzione Medica di Presidio | Direzione Professioni Sanitarie Direzione Medica di Presidio | ✓ | ✓ | ✓ |
| B.2 Promuovere misure a supporto dell'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice | SDG 5 Parità di Genere SDG 17 Partnership per gli obiettivi | B.2 Partecipare a tavoli di lavoro congiunti con altre Aziende Sanitarie e Università per un confronto sul tema dell'uguaglianza di genere, della valorizzazione delle diversità e delle buone pratiche | Dirigenti | N. tavoli tecnici attivati N. partecipanti | Direzione Strategica Direttori di S.C. S.C. Direzione Professioni Sanitarie S.C. Direzione Medica di Presidio Dirigenti | Direzione Strategica | ✓ | ✓ | ✓ |

Area C: Uguaglianza di Genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|--|--|---|---|---|---|--|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| C.1 Promuovere l'equilibrio di genere all'interno del Comitato Tecnico Scientifico | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | C.1 Favorire la candidatura di Figure di Genere Femminile come componente del CTS | Figure Professionali Esperte, in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire tale funzione | Percentuale di componenti di genere femminile all'interno del CTS | Direttore Scientifico | Direzione Scientifica CdA | ✓ | | |
| C.2 Promuovere l'equilibrio di genere all'interno del Comitato Etico | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | C.2 Individuare e stimolare la candidatura di Figure di Genere Femminile come Componente del CE | Figure Professionali Esperte, in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire tale funzione | Componenti di Genere Femminile nel Comitato Etico rispetto alle candidature | Direttore Scientifico Direttore Generale | Direzione Scientifica Direzione Generale CdA | ✓ | | |
| C.3 Garantire una equa composizione di genere nella Commissioni di Procedure Concorsuali/Selettive | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | C.3 Predisporre appositi strumenti di monitoraggio per assicurare il rispetto della normativa sulla Composizione Commissioni | Tutte le figure professionali coinvolte nella costituzione di Commissioni Valutatrici | Presenza di almeno una Componente di genere femminile in ogni Commissione Valutatrice | S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane Grant Office Direzione Scientifica | Direzione Amministrativa Direzione Scientifica CUG | ✓ | ✓ | ✓ |
| C.4 Promuovere l'equilibrio di genere nella progettazione dei Convegni | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | C.4 Predisporre raccomandazioni da inserire nella modulistica in uso orientate all'equilibrio di genere nei Relatori/Relatrici Moderatori e Moderatrici | Tutti i Responsabili Scientifici di Corsi/Convegni | Presenza di un equilibrio di genere tra i Docenti, Relatori/Relatrici Moderatori e Moderatrici, nelle Segreterie Scientifiche e nelle Faculty | SS Formazione e Sviluppo Competenze DMP, DPS, S.C. Qualità e Risk Management | S.S. Formazione e Sviluppo Competenze Responsabile Scientifico del Convegno Direzione Scientifica | ✓ | ✓ | ✓ |
| C.5 Garantire percorsi di carriera Paritari | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | C.5 Monitorare la progressione di carriera/permanenza nel livello/fascia economica | Tutti i Dipendenti a tempo indeterminato | Report annuale | S.C.. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | Direzione Strategica | ✓ | ✓ | ✓ |

Area D. Integrazione della Dimensione di Genere nella Ricerca

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|---|--|---|---|--|---|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| D.1 Promuovere l'integrazione della dimensione di genere nel processo di ricerca e di innovazione | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | D.1.1 Effettuare una mappatura di tutte le figure professionali coinvolte nella ricerca, o a supporto della ricerca qualsiasi titolo | Tutti i Professionisti Sanitari dipendenti, universitari in convenzione (Medici, Biologi, Specializzandi, Infermieri, TSLB, Dietiste ecc) coinvolti nel processo di ricerca | Percentuale di Professionisti Sanitari di genere femminile coinvolta nel processo di ricerca . Report annuale pubblicato entro il mese di Marzo dell'anno successivo Report triennio 2022-2024 | Direzione Scientifica S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane | Direzione Scientifica | ✓ | ✓ | ✓ |
| | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | D.1.2 Effettuare una mappatura sulla distribuzione di genere nella partecipazione in qualità di PI ai bandi di finanziamento alla ricerca | Tutti i Professionisti Sanitari (Dipendenti, Universitari in convenzione) che hanno partecipato ad una bando di ricerca | N e % di uomini e donne PI che hanno partecipato ai bandi di finanziamento su base competitiva calcolato sul numero totale di proposte presentate | Direttore Scientifico Staff Direzione Scientifica | Direzione Scientifica | Report Annuale ✓ | Report Annuale ✓ | Report Annuale Report Triennale ✓ |
| | | D.1.3 Effettuare una mappatura sulla distribuzione di genere in qualità di PI sui progetti di ricerca approvati e finanziati da Bandi Competitivi | Tutti i Ricercatori (Dipendenti, Universitari in convenzione) che hanno partecipato ad una bando di ricerca | N e % di uomini e donne PI Responsabili di Progetti di Ricerca approvati e finanziati da Bandi Competitivi sul numero totale di proposte finanziate per IRCCS | Direttore Scientifico Staff Direzione Scientifica | Direzione Scientifica | Report Annuale ✓ | Report Annuale ✓ | Report Annuale Report Triennale ✓ |
| | SDG 5 Parità di Genere SDG 10 Ridurre le disuguaglianze | D.1.4 Effettuare una mappatura sulla distribuzione di genere dei dipendenti autori/autrici di Pubblicazioni Scientifiche (Autorship) | Tutte le figure Professionali Ospedaliere o Universitarie in Convenzione, Piramidati, Contrattisti, Borsisti | N e % di Professionisti di genere maschile e di genere femminile autori/autrici di pubblicazioni scientifiche nell'anno di riferimento | Staff Direzione Scientifica | Direzione Scientifica | Report Annuale ✓ | Report Annuale ✓ | Report Annuale Report Triennale ✓ |

Area D. Integrazione della Dimensione di Genere nella Ricerca

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|--|--|--|--|---|--|--|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| D.2 Promuovere la valorizzazione di Ricercatrici in qualità di Responsabili di Progetti di Ricerca | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | D.2 Formazione del Management sulle politiche e le azioni di promozione delle pari opportunità e conciliazione | Tutti i professionisti coinvolti nella Ricerca | Realizzazione di un evento anno rivolto ai Ricercatori | Direttore Scientifico, Direttori di S.C. Responsabili Aree di Ricerca | Direzione Scientifica Direttori di Dipartimento | ✓ | ✓ | ✓ |
| D.3 Promuovere Conoscenze e Competenze relative alla Medicina di Genere nella Ricerca Biomedica | SDG 3 Salute e Benessere | D.3 Programmare un evento/anno sulla Medicina di Genere | Tutti i Professionisti Sanitari | Realizzazione di un Evento/anno | | Direzione Scientifica Direzione Strategica | ✓ | ✓ | ✓ |
| | SDG 5 Parità di Genere | Sensibilizzare i Ricercatori ad inserire le variabili di genere nei processi e nelle metodologie di ricerca | Tutti i Clinici/Ricercatori | N. di Protocolli di Studio che prevedono la dimensione di genere | Direttore Scientifico, Direttori di S.C. Responsabili Aree di Ricerca | Direzione Scientifica Direttori di Dipartimento | ✓ | ✓ | ✓ |
| D.4 Creare Gruppi Interdisciplinari di Medicina di Genere | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | D.4 Promuovere un raccordo tra i Referenti delle diverse discipline coinvolte nel PDTRA del Paziente, in ottica di genere | I Referenti Clinici delle diverse Discipline coinvolte | N. di Gruppi Multidisciplinari in ottica di Medicina di Genere N. di percorsi di Medicina di Genere implementati | Direttore Scientifico, Direttori di S.C. Responsabili Aree di Ricerca Direzione Medica di Presidio Direzione Professioni Sanitarie | Direzione Scientifica Direzione Sanitaria | ✓ | ✓ | ✓ |
| D.5 Istituire Incontri Scientifici periodici che valorizzino il contributo del genere femminile all'interno dei percorsi clinici | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | D.5 Sensibilizzare Ricercatrici e Professioniste a rendere visibile il contributo fornito all'interno dei percorsi clinici | Tutti i Professionisti della fondazione | n. di incontri scientifici/anno n. di Relatrici/incontro/anno | Direttore Scientifico Direttore Sanitario Direttori di S.C. Direzione Medica di Presidio Direzione Professioni Sanitarie | Direzione Scientifica Direzione Sanitaria | ✓ | ✓ | ✓ |

Area E. Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali

| Obiettivo | Riferimento Agenda 2030 | Azioni da implementare | Destinatari | Indicatore di misurazione | Figure coinvolte | Responsabile | Cronoprogramma | | |
|--|--|---|--|--|--|---|----------------|------|------|
| | | | | | | | 2024 | 2025 | 2026 |
| E.1 Creare conoscenza e consapevolezza tra il personale dipendente di Fondazione sulle diverse forme di violenza di genere e molestie sessuali sui luoghi di lavoro | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | Organizzare Corsi di formazione sulla Violenza di Genere nelle sue diverse espressioni e sulle molestie nei luoghi di lavoro | Tutti i dipendenti | N. di corsi progettati che affrontano la tematica della Violenza di Genere/anno N. di partecipanti/corso o evento | Direzione Strategica C.U.G. S.C. Servizio Prevenzione Protezione Medicina del Lavoro Psicologi S.S. Formazione e Sviluppo Competenze S.C. Qualità e Risk Management | Direzione Strategica CUG Direzione Medica di Presidio Direzione Professioni Sanitarie | ✓ | ✓ | ✓ |
| E.2 Favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | Sensibilizzare tutti i Dipendenti rispetto al Fenomeno della Violenza di Genere | Tutti i Dipendenti | N. di segnalazioni relativi a comportamenti orientati alla violenza di Genere. n. di incontri in cui viene trattato il tema della violenza | Direzione Strategica C.U.G. S.C. Servizio Prevenzione Protezione Medicina del Lavoro Psicologi S.C. Qualità e Risk Management | Direzione Strategica CUG Direzione Medica di Presidio Direzione Professioni Sanitarie | ✓ | ✓ | ✓ |
| E.3 Offrire supporto concreto alle vittime di violenza di genere, anche attraverso il coinvolgimento del Centro Antiviolenza pubblico e dell'Associazione LiberaMente, attivi all'interno della Fondazione | SDG 3 Salute e Benessere SDG 5 Parità di Genere | Publicizzare il Centro Antiviolenza e l'Associazione LiberaMente attivi sul territorio ed all'interno della Fondazione. -Sensibilizzare le Persone che hanno subito Violenza a rivolgersi al Centro Antiviolenza | Tutti i dipendenti, prioritariamente i Dipendenti che prestano servizio presso il Pronto Soccorso Adulti, Pediatrico e Ostetrico | - Presenza di Poster e materiale informativo in diverse Lingue per indirizzare le Persone a rivolgersi al Centro Antiviolenza, nei punti strategici della Fondazione. - | Direzione Strategica S.C. Pronto Soccorso Adulti, Pediatrico e Ostetrico C.U.G. S.C. Servizio Prevenzione Protezione Medicina del Lavoro Psicologi | Direzione Strategica CUG Direzione Medica di Presidio Direzione Professioni Sanitarie | ✓ | ✓ | ✓ |

Sistema di gestione, attuazione, sviluppo e monitoraggio del Piano Triennale Azioni Positive

La rilevazione funzionale all'Analisi della dimensione di genere all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e le specifiche attività che connotano il Piano di Azioni in materia di Equità di Genere sono definite con il coordinamento di un gruppo di lavoro dedicato, denominato "*Gender Equality Team*" (GET), a composizione trasversale, con rappresentanti della Direzione Scientifica, Direzione Sanitaria, Direzione S.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane, Direzione Medica di Presidio, Direzione Professioni Sanitarie, S.S. Formazione e Sviluppo Competenze, S.C. Protezione e Prevenzione, S.C. Qualità e Risk Management, S.C. Affari generali ed istituzionali, S.C. Avvocatura – Legale e Contenzioso, il CUG, e sono validate dalla Direzione Strategica.

I singoli componenti il GET coordinano, ciascuno con riferimento al perimetro di propria competenza, l'ambito di cui sono espressione e il monitoraggio del Piano di Azioni.

In questo quadro il GET, con il coinvolgimento delle competenti funzioni, prospetta altresì eventuali Azioni di miglioramento che sottopone alla valutazione e alla validazione della Direzione Strategica.

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) verrà monitorato e valutato periodicamente, attraverso la rilevazione degli Indicatori predisposti, che consentiranno di misurare il grado di raggiungimento degli Obiettivi prestabiliti e di porre, di conseguenza, le eventuali azioni correttive necessarie.

Tali Azioni di miglioramento costituiscono anche elemento da considerare debitamente ai fini del periodico aggiornamento del Documento Piano di Azioni Triennale Positive (PTAP) in materia di equità di genere. Il PTAP della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è costituito da Obiettivi ed Azioni da realizzarsi nel triennio 2024 -2026. Il monitoraggio prevede la possibilità di produrre Report a cadenza annuale riguardanti la valutazione della fattibilità degli obiettivi ed il reale raggiungimento delle Azioni ed un Report conclusivo al termine del triennio.

SEZIONE IV - MONITORAGGIO

L'attuazione delle scelte strategiche e degli obiettivi definiti nelle sezioni del presente Piano è garantita da un sistema di monitoraggio che vede coinvolte varie strutture e figure aziendali diversamente competenti.

In base al dm 24 giugno 2022, mediante il quale si definisce il contenuto del PIAO e si fornisce lo schema di Piano-tipo, il monitoraggio delle sezioni del PIAO avviene come di seguito specificato:

- il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni fornite da ANAC;
- per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della Performance

Il Ciclo di gestione della performance si svolge con frequenza annuale attraverso l'impiego di due strumenti metodologici:

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

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

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

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia recepisce:

- le disposizioni di legge, come da d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV "Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde";
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida ("Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance").

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il monitoraggio permette di verificare lo stato di attuazione e l'efficacia delle specifiche misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ricoprendo un ruolo essenziale per l'eventuale attuazione di decisioni e strategie più puntuali.

L'attività di monitoraggio è svolta dal RPCT.

Considerata la complessità dell'Ente, si ritiene che l'adozione di un sistema di monitoraggio su più livelli possa essere una soluzione metodologica percorribile al fine di garantire un presidio ed un controllo più capillare e completo, da attuarsi attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati

quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro Monitoraggio.

L'attività di monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti di trasparenza viene condotta attraverso un controllo periodico, svolto con cadenza quadrimestrale, dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

La valorizzazione del capitale umano è attuata mediante le seguenti modalità:

- **monitoraggio mensile** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle cessazioni a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;
- **strutturazione di specifiche progettualità** finalizzate a migliorare l'erogazione dei servizi e l'iter diagnostico terapeutico, con assunzioni di personale autorizzato da Regione Lombardia oltre il limite della dotazione organica della precedente annualità, nel rispetto del budget per la spesa del personale, con periodicità legata al PTFP e possibilità di sviluppo pluriennale;
- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, d.lgs. n. 165/2001;
- **assegnazione di borse di studio**, con apposite sedute a cadenza mensile, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso;
- **adozione di un sistema di valutazione individuale** legato al ciclo della performance (scheda di budget, ad oggi verificate dal nucleo di valutazione trimestralmente);
- **sviluppo di percorsi di carriera** della Dirigenza mediante la mappatura di competenze e conoscenze acquisite, in relazione al potenziale di crescita professionale e per l'eventuale assegnazione di incarichi superiori.

Conclusioni

Il presente Piano nasce da un percorso di cooperazione avviato tra le diverse Strutture della Fondazione IRCCS aventi l'obiettivo, ciascuno per le proprie competenze, di contribuire all'integrazione dei piani e programmi che confluiscono all'interno del presente documento e di esporre la connessione di tutti gli aspetti strategici della Fondazione IRCCS, integrando i documenti di pianificazione e programmazione (Piano della Performance, Piano delle Azioni Positive, Piano della Formazione, Piano Triennale dei Fabbisogni del personale e il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza).

La Fondazione è attualmente in attesa delle decisioni regionali in merito alla definizione del nuovo Consiglio di Amministrazione (ad oggi è stato prorogato temporaneamente il CdA uscente) tra i cui compiti rientra quello di fornire indicazioni puntuali in merito agli obiettivi del Direttore Generale, da estendersi poi a tutta la Direzione Strategica. Parte degli obiettivi strategici di riferimento sono tratti dalle determinazioni regionali in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario. Nel momento in cui si scrive, le linee di indirizzo regionali per l'anno 2024 non sono ancora state emanate. Nell'attesa si prendono a riferimento le ultime indicazioni regionali disponibili, cioè quelle relative all'esercizio 2023 (DGR XI/7758 del 28/12/2022).

Tabella n. 1 – Obiettivi di performance strategici

| Dimensione di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|---|---|--|---|---|---------------------------------|---|
| Efficienza | Piano di ripresa e programmi di screening | Attuazione del piano di ripresa relativo a prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e alle attività di screening nel rispetto delle indicazioni regionali e raggiungimento dei target previsti | -Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie | Popolazione di riferimento e Comunità in generale | 2024 | -% raggiungimento dei target previsti |
| Accessibilità e soddisfazione dell'utenza | Liste di attesa | Consolidamento o miglioramento (se presenti margini di recupero) della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie (ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici, prestazioni di specialistica ambulatoriale) in prosecuzione di quanto già attuato nelle annualità precedenti. | -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SSD Accoglienza, CUP e Libera Professione -Dipartimenti e Strutture sanitarie erogatrici di prestazioni | Popolazione di riferimento e Comunità in generale | 2024 | Rispetto delle disposizioni contenute nei provvedimenti adottati dalla DG Welfare per il contenimento dei tempi di attesa |
| Efficienza | Tempi di pagamento | Allineamento dei tempi di pagamento alle tempistiche previste dalla normativa vigente. Rafforzamento delle attività di alimentazione dei dati da aggiornare sulla Piattaforma dei crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e | -SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità -Strutture incaricate della liquidazione fatture | Aziende fornitrici e liberi professionisti | 2024 | % raggiungimento target previsti sui tempi di pagamento e corretta alimentazione della PCC |

| Dimensione di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|
| | | all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile | | | | |
| Efficacia organizzativa | Aggiornamento assetto organizzativo | Attivazione di strutture sulla base delle previsioni del POAS e sulla base delle mutevoli esigenze organizzative in corso d'anno al fine di garantire il più funzionale assetto organizzativo alla mission della Fondazione | -Direzione Strategica Az.le; -Dipartimenti Az.li; -SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane | -Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti. | 2024 | -% azioni attuate/programmate dalla Direzione Strategica in corso d'anno |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Potenziamento rete territoriale | Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DG Welfare | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi | Popolazione di riferimento e Comunità in generale | 2024-2026 | Stato avanzamento progettazione e rispetto cronoprogramma lavori |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Progetto nuovo ospedale | Realizzazione di una nuova struttura con l'obiettivo di completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA col fine di razionalizzare gli spazi esistenti e sfruttarne di nuovi in funzione delle nuove emergenti esigenze della Fondazione per lo svolgimento delle varie attività cliniche, di ricerca ed amministrative | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento della Fondazione -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Operatori sanitari e personale della Fondazione -Pazienti -Comunità in generale | 2023-2025 | Stesura progetto |
| Efficacia organizzativa | Anticorruzione e Trasparenza | -Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT 2024/2026. | -SC Affari Generali e Istituzionali (Resp. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza) | -Fondazione -Utenti -Comunità in generale | 2024-2026 | -N. delle misure di prevenzione portate a termine entro l'anno/N. |

| Dimensione di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|--|--|--|--|--|--------------------------|--|
| | | -Miglioramento/potenziamento contenuti, dati e chiarezza informativa della sezione Amministrazione Trasparente, in particolare le sottosezioni "Bandi di gara e contratti" e "Concorsi", al fine di garantire agli utenti un accesso più rapido ed intuitivo alle informazioni contenute | -SC Sistemi Informativi Aziendali -Strutture della Fondazione interessate dalle misure | | | complessivo delle misure previste per l'anno di riferimento; -Attestazione del NdV sull'attuazione delle misure; -Effettuazione revisione sottosezioni Amministrazione Trasparente |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Riqualificazione edilizia | Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento per edilizia sanitaria (previsti e finanziati da Regione e PNRR) per adeguamento dei livelli di sicurezza, ristrutturazioni e adeguamenti strutturali, nuove realizzazioni, ecc. | -Strutture specifiche in base alla tipologia di investimento (es. SC Tecnico Patrimoniale, SC Ingegneria Clinica; SC Sistemi Informativi; SC Direzione Medica di Presidio; ecc.); -Aziende collegate alla progettazione ed esecuzione dell'investimento | -Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione. | 2024-2026 | % azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Ammodernamento e potenziamento apparecchiature sanitarie | Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento per ammodernamento del parco tecnologico (previsti e finanziati da Regione e PNRR) per sostituzione e introduzione di nuove apparecchiature, aggiornamento delle apparecchiature in uso | -Strutture specifiche in base alla tipologia di investimento (es. SC Tecnico Patrimoniale, SC Ingegneria Clinica; SC Sistemi Informativi; SC Direzione Medica di Presidio; ecc.); -Aziende collegate alla progettazione ed esecuzione dell'investimento | -Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione. | 2024-2026 | % azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma |

| Dimensione di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|--|---|--|--|---|--------------------------|--|
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Logistica ospedaliera (trasferimenti reparti) | Trasferimenti reparti ai fini di una razionalizzazione dei processi di lavoro, di ottimizzazione degli spazi e miglioramento della sicurezza e di risposta ai bisogni assistenziali | -SC Tecnico Patrimoniale -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica -SC Sistemi Informativi -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) -Dipartimenti e Strutture direttamente coinvolte -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Pazienti; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione. | 2024-2026 | % azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Potenziamento Sistemi Informativi | Implementazione soluzioni informatiche ad hoc, adeguamento applicativi gestionali, digitalizzazione dei processi, adozione e realizzazione di soluzioni digitali innovative, incremento del livello di sicurezza | -SC Sistemi Informativi; -Strutture specifiche in base agli applicativi oggetto di intervento migliorativo ed alle soluzioni digitali; -Ditte fornitrici applicativi. | -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Enti ed associazioni. | 2024-2026 | % azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Sviluppo di linee ed attività di ricerca | Obiettivi specifici in base alla singola linea di ricerca | -Direzione Scientifica; -Strutture sanitarie coinvolte nelle singole linee di ricerca. | -Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Comunità in generale; -Ricercatori e comunità scientifica | 2024-2026 | Pubblificazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Potenziamento qualità dell'assistenza e | Monitoraggio e miglioramento di pratiche gestionali, percorsi diagnostici ed assistenziali, indicatori di processo | -SC Qualità e Risk Management; -Strutture sanitarie direttamente interessate; -Direzione Medica di Presidio; | -Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); | 2024-2026 | Report, relazioni di audit, schede/verbali sopralluoghi, |

| Dimensione di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
|---------------------------|------------------------|--|---|--|--------------------------|--|
| | delle cure ai pazienti | | -Direzione delle Professioni Sanitarie. | -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Comunità in generale. | | produzione documentazione dedicata, monitoraggio dati |
| Efficacia organizzativa | Formazione | Attuazione Piano Formativo aziendale, con buon riscontro partecipativo ai corsi formativi e potenziamento livello di conoscenze/competenze dei partecipanti ai corsi formativi | -SS Formazione e Sviluppo Competenze; -Tutte le SC/SSD/SS interessate dai corsi. | -Personale sanitario, tecnico ed amministrativo della Fondazione; -In generale, utenti dei servizi erogati; -In generale, Enti istituzionali che si relazionano con la Fondazione. | 2024 | -N° corsi effettuati / N° corsi previsti -Indice di gradimento dei corsi realizzati: % gradimento positivo / totale esiti Customer Satisfaction -Livello di superamento del test di apprendimento: tasso di superamento / fallimento del test -Numero partecipanti ai corsi |

Tabella n. 2 – Obiettivi di performance operativi

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Trasferimento DH Oncologico dal Paglione 32 al terzo piano del Padiglione 29 | Miglioramento strutturale ed organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento nell'accessibilità e razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, accorpando l'attività di degenza e ambulatoriale della SC Oncologia (soprattutto per cittadini over 65 e disabili); - miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti; | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti e Servizi; -SC Sistemi Informativi Aziendali; -Dipartimento Oncologico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH oncologico | 2024 | Avvenuto trasferimento entro 2024 |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione | Nell'ambito del riordino e la riclassificazione delle terapie intensive e sub-intensive, ottenimento dell'accreditamento di ulteriori posti letto dedicati rispetto a quelli già accreditati. Potenziamento dell'offerta sanitaria nell'ambito delle cure intensive. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Sistemi informativi Aziendali; -SC Gestione Acquisiti e Servizi | Pazienti necessitanti cure in rianimazione o terapia sub-intensiva. | 2020-2025 | Rispetto del cronoprogramma e fine lavori entro 2025 |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | dell'art. 2 del D.L. 34/2020 | | | | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e BLS3) presso terzo piano Pad 42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della SC Malattie Infettive | Realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel trattamento del ricovero prolungato di Pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica. In particolare, si intende creare delle unità ad alto isolamento infettivologico, con annesso laboratorio, per fornire assistenza medica ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti e Servizi; -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi Aziendali; -Dipartimento Medico; -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture | -Pazienti affetti da patologie altamente contagiose; -Operatori sanitari; -Comunità in generale | 2020-2025 | Avvio dei lavori anno 2024. Rispetto cronoprogramma lavori |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Progetto ILspa "Adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione e del policlinico ad integrazione del nuovo DEA" | Realizzazione di numerosi interventi strutturali ed organizzativi, con l'obiettivo di offrire al territorio strutture all'avanguardia, più integrate e convogliate in poli d'interesse. Ciò permetterà una minore dispersione di spazi e risorse e garantirà maggiore efficienza ed efficacia, contestualmente agli outcomes qualitativi di alta specializzazione. In particolare, si interverrà sulla struttura di tre aree della Fondazione: - Il Padiglione 7 "ex-Ostetricia e Ginecologia" sarà completamente ristrutturato per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore con contestuale | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; -SC Gestione Acquisiti e Servizi; -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi Informativi Aziendali; | -Pazienti onco ematologici e pazienti ambulatoriali; -Operatori sanitari e personale della Fondazione | Attualmente il procedimento è bloccato per un ricorso al TAR Lombardia e in gestione alla Stazione | Rispetto cronoprogramma comunicato dalla Stazione Appaltante ARIA Spa, subordinato alla decisione del TAR |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <p>trasferimento di alcuni servizi attualmente allocati presso altri padiglioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - In continuità con il Padiglione 10 verrà eretto un nuovo edificio in cui si avrà: trasferimento, riorganizzazione ed unificazione delle attività di Day Hospital, MAC ed ambulatoriali dedicate alle patologie oncologiche ed ematologiche al fine di consentire l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche (obiettivo primario dell'intervento rimane sempre il miglioramento della qualità delle cure in un ambiente più moderno e sicuro a favore dei pazienti onco ematologici in corso di trattamento chemioterapico o in follow up, in linea con l'indicazione di limitare il più possibile il ricovero ordinario del paziente oncologico), e trasferimento della SC Radioterapia dove verranno installati due acceleratori lineari LINAC per radioterapia di precisione; - Ristrutturazione e messa a norma del Padiglione 30 (ex Malattie Infettive) con contestuale centralizzazione delle attività ambulatoriali ancora disperse in vecchi Padiglioni extra DEA per favorire anche in questo caso la centralizzazione delle risorse ed agevolare i percorsi dei pazienti ambulatoriali. | -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture | | Appaltante ARIA Spa. | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021 | Completamento della realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità tramite ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti. Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state inaugurate a Novembre 2022 le case della comunità di Pavia e Belgioioso. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -SC Ingegneria Clinica; | Territorio della Provincia di Pavia (comunità e popolazione residente) | 2022-2026 | Realizzazione del progetto nel rispetto del cronoprogramma lavori |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | E' prevista una ristrutturazione degli spazi esistenti, con la realizzazione di ospedale di comunità presso il presidio di Belgioioso. L'obiettivo di tali strutture risulta quello di migliorare l'offerta territoriale tramite: l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali, e la gestione dei ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, nonché la semplificazione e digitalizzazione dei percorsi, soprattutto per i cittadini over 65. | -SC Gestione Acquisiti e Servizi; -SC Prevenzione e Protezione – Sicurezza; -SC Sistemi informativi Aziendali | | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Trasferimento della chirurgia vascolare al piano 7 del DEA | La chirurgia vascolare tornerà nella sua collocazione iniziale (piano 7 del DEA), consentendo quindi anche alla chirurgia generale un ampliamento dell'attività. Tale trasferimento consentirà di aumentare l'accessibilità al reparto in termini di capacità di accogliere pazienti con patologie in ambito vascolare. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Cardioracovascolare -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti | 2024 | Avvenuto trasferimento dell'attività entro 2024 |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Predisposizione progettualità per la riorganizzazione degli spazi del DH Ematologia | Realizzazione di un progetto che consenta una nuova collocazione del DH Ematologia, dimensionandolo per il flusso di pazienti che accoglie quotidianamente. Tale progetto consentirà una razionalizzazione e semplificazione dei percorsi dei pazienti ematologici. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; | -Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH ematologia | 2024 | Stesura del progetto entro 2024 |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | | -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Oncologico -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Avvio progetto di realizzazione nuovo ospedale. DGR n. XI/5835 del 29/12/2021 “Programma investimenti art. 20 Legge 67/88- Nuovo atto integrativo dell’accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari” e art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018 n. 145 | Al fine di consentire il completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA e la dismissione dei padiglioni non più adeguati, si rende necessaria la realizzazione di una nuova struttura che possa contenere tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica che devono necessariamente essere ricollocate e avvicinate a quella che è la nuova sede principale dell’ospedale. L’avvio del progetto parte dalla realizzazione di un nuovo parcheggio dimensionato per accoglienza utente/caregiver e la realizzazione di una palazzina della ricerca. Il progetto del nuovo ospedale ha quindi l’obiettivo di semplificare i percorsi dei pazienti, assicurando pari opportunità ed equilibrio di genere. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento della Fondazione -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti | 2023-2025 | Stesura del progetto del nuovo ospedale |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Attivazione medicina d’urgenza presso DEA | La mission della medicina d’urgenza consiste nell’accogliere tutti coloro che si rivolgono al Pronto Soccorso e nel gestire tutte le patologie acute in atto, i pazienti critici e le problematiche traumatiche. | -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; | -Operatori sanitari e personale della Fondazione; | 2025 | Attivazione entro 2025 |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--------------------------|-----------------------------|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <p>La continuità di cure e di competenze con il Pronto Soccorso e la possibilità di definire il percorso migliore per ogni paziente dopo le prime ore / i primi giorni di degenza (dimissione, trasferimento in degenza ordinaria, trasferimento in terapia intensiva) rappresentano il compito fondamentale della Medicina d'Urgenza.</p> <p>La realizzazione del progetto consentirà una semplificazione dei percorsi per i pazienti che accedono all'ospedale tramite il percorso dell'emergenza-urgenza.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Emergenza Urgenza -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | -Pazienti | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Trasferimento Banca Occhi presso Padiglione 32 | Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti. | <ul style="list-style-type: none"> -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Testa Collo -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco | <ul style="list-style-type: none"> -Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti sottoposti ad attività di trapianto tessuti oculari | 2024 | Trasferimento entro 2024 |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Attivazione day-surgery | Realizzazione di un reparto di day surgery aziendale centralizzata presso il Padiglione 29 al fine di garantire l'ottimizzazione dei percorsi per la | <ul style="list-style-type: none"> -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie | -Paziente che necessitano di chirurgia elettiva minore | 2023-2025 | Realizzazione entro il 2025 |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|-----------------------|---|---|--|--------------------------|------------------------------------|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | chirurgia elettiva a bassa complessità in regime di DS, DH e BIC. Tale progettualità consentirebbe un miglioramento e semplificazione nel percorso del paziente chirurgico, garantendo maggiore appropriatezza e linearità. | -Dipartimento Chirurgico -Dipartimento Emergenza Urgenza -SC Ingegneria Clinica -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture | | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Sala ibrida | Nelle more dell'attuazione del progetto per la realizzazione della sala ibrida, è stata inviata a Dicembre 2023 a Regione Lombardia una relazione per l'avvio di una progettualità intermedia che preveda l'installazione di un angiografo monoplano per emodinamica e un angiografo biplano per l'interventistica neurologica. Tale progetto si inserisce nel progetto di ammodernamento necessario e non procrastinabile delle apparecchiature presenti in Fondazione. | -SC Ingegneria Clinica -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -Dipartimento Cardioracovascolare | - Operatori del dipartimento cardioracova scolare - Pazienti con necessità di interventi combinati in ambito cardiologico | 2024 | Installazione n. 2 angiografi |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Progetto NGS Facility | Costituzione di adeguate infrastrutture/servizi "NGS Facility" al fine di potenziare e consolidare le attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing - NGS) rendendo attuabile l'organizzazione e l'esecuzione dell'attività analitica in aree comuni a più Laboratori e con risorse tecnologiche ed umane condivise. | - Dipartimento Servizi Diagnostici e per Immagini - SC Direzione Medica di Presidio; - SC Direzione delle Professioni Sanitarie - SC Ingegneria Clinica | - Pazienti con necessità di procedure diagnostiche con tecnologia NGS - Operatori sanitari coinvolti | 2023-24 | Attivazione modalità organizzativa |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | Tale attività ha l'obiettivo di semplificare e rendere più accessibili le diverse infrastrutture presenti in Fondazione. | | nell'attività diagnostica con tecnologia NGS | | |
| Lo sviluppo delle attività sanitarie | Attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – Pancreas Unit Hub | Con riferimento alla DGR XI/6241 del 04/04/2022 “Determinazioni in merito all’attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – (Pancreas Unit)”, la definizione di “Pancreas Unit HUB” presso la Fondazione come Struttura organizzativa multidisciplinare, permetterà al paziente di seguire un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale competente e con elevati volumi di trattamento. L’attivazione di tale rete consentirà un accesso equo e strutturato per cittadini che presentano tali patologie. | <ul style="list-style-type: none"> - Dipartimenti aziendali coinvolti nel percorso delle patologie del pancreas; - SC Qualità e Risk Management - SC Direzione Medica di Presidio; - SC Direzione delle Professioni Sanitarie | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie del pancreas - Operatori sanitari coinvolti nel percorso di presa in carico delle patologie del pancreas | 2023-24 | Attivazione Gruppo multidisciplinare |
| Lo sviluppo dell’attività di Ricerca | Linea di ricerca 1 (area tematica Ematologia e Immunologia): Patologie immunomediate e immunodepressione. Immunoterapia | <p>Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non-responders a terapie immunomodulanti; - risposta immunitaria innata ai tumori e implicazioni immunoterapeutiche; - ruolo del microbioma intestinale nelle patologie autoimmuni. <p>Risultati attesi nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione dei criteri per la valutazione della complessità clinica; - validazione clinica e utilizzo sul campo di biomarcatori, biochimici e genetici, di malattie immuno-mediate; - sviluppo di farmaci e approcci terapeutici innovativi volti a migliorare l'efficienza delle | <ul style="list-style-type: none"> -Direzioe Scientifica -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol. -Reumatologia -Pediatria -Malattie Apparato Resp. -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Oncologia -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie immunomediate ed allergiche e che necessitano di immunoterapia; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | Pubblcazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | cure e da inserire in nuovi percorsi diagnostico-terapeutici. Valutazione della produzione scientifica, protocolli innovativi di gestione. | -Anatomia Patologica | | | |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 2 (area tematica Ematologia e Immunologia): Malattie del sangue e degli organi emopoietici | <p>Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raggiungimento di avanzamenti significativi in ambito diagnostico di precisione per le malattie ematologiche e onco-ematologiche: diagnosi molecolari somatiche leucemie e genetiche costitutive patologie ematologiche ereditarie; - espansione obiettivi di diagnosi di precisione ad un maggior numero di malattie ematologiche specie eredo-familiari; - innovazione terapeutica in ambito di protocolli chemioterapici e di terapia cellulare e dati comparativi di efficacia; - definizione storia naturale sindromi ereditarie con bone marrow failure; - stratificazione prognostica malattia specifica; - prevenzione e gestione recidive; - continuità assistenziale onco-ematologica adulto-bambino. <p>Risultati attesi nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione diagnostica di precisione, quindi fenotipi e cause/meccanismi, per malattie sia ematologiche che onco-ematologiche tra cui anemie congenite, anemia di Fanconi e leucemie; - meccanismi di malattia: per es. popolazioni neoplastiche in leucemie con caratteristiche immunofenotipiche diverse che condividano stesse modificazioni geniche possono derivare da progenitori comuni; - avanzamento delle conoscenze: per es. identificazione di sub-cloni leucemici derivanti | <ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Ematologia -Cell Factory -Oncoematologia Pediatrica -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Immunoematologia e medicina trasfusionale -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie ematologiche sia in età pediatrica che in età adulta; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | <p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p> |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <p>da 'founder clones' già presenti alla diagnosi; definizione del ruolo del microambiente midollare nelle anemie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione terapeutica, anche in collaborazione con la linea trapiantologica, per es. confronto tra terapia cellulare somatica con linfociti T citotossici anti-leucemia e chemioterapia convenzionale sia nella leucemia acuta linfoblastica che nella leucemia acuta mieloide rispetto alle recidive in chemioterapia. | | | | |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 3 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie cardiovascolari | <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per malattie cardiache multifattoriali: contributi relativi al ruolo dei devices nella gestione ottimizzata dello scompenso; dimostrazione dell'efficacia della correzione non-chirurgica del rigurgito mitralico nello scompenso; prevenzione delle sindromi coronariche acute; sviluppo dell'imaging non invasivo per prevenzione primaria. - per malattie cardiache monofattoriali genetiche: nuova pipeline (software OSM) per interpretazione patogenicità delle varianti geniche nelle malattie ereditarie cardiovascolari; linee guida per patogenicità delle varianti geniche; sviluppo di modelli gene-specifici per l'attribuzione del ruolo dei difetti genetici nelle malattie ereditarie. - per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della gestione ibrida -chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo. | <ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Unità Terapia Intensiva Coronarica -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Chirurgia vascolare -Radiologia diagnostica per immagini | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie cardiovascolari; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | <p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p> |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 4 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie dell'apparato respiratorio | <p>Obiettivi generali: meccanismi patogenetici delle malattie parenchimali e terapie personalizzate.</p> <p>Obiettivi specifici: 1-sviluppo di equazioni di riferimento per test di funzione respiratoria (spirometria, V. statici, V. ventilatorio massimo, diffusione polmonare) nella popolazione italiana adulta, che generino valori: -aggiornati per coorti di età e rappresentativi fino all'età avanzata; 2-per deficit di alfa1-antitripsina, la creazione serie di pazienti studiati in modo omogeneo per la definizione di aspetti clinici e prognostici della/e patologia/e epatica e/o polmonare. 3-definizione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante e sviluppo di terapie basate su partiparticelle ingegnerizzate.</p> <p>Tra i risultati attesi dalla ricerca del prossimo triennio si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di nuovi indici di riferimento per la diagnostica funzionale delle malattie polmonari; - identificazione di meccanismi cellulo-molecolari di fibrosi parenchimali; - dati di stratificazione prognostica per patologie con evoluzione end-stage di potenziale pertinenza trapiantologica; - caratterizzazione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante; - implementazione di protocolli in vitro per lo sviluppo di terapie con nanoparticelle ingegnerizzate applicate a più ambiti terapeutici di pertinenza pneumologica a supporto dello sviluppo di terapie locali piuttosto che sistemiche; - innovazione delle strategie terapeutiche per il mesotelioma pleurico; | <ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie dell'apparato respiratorio -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Pediatria -Radiologia diagnostica per immagini | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie respiratorie acute e/o croniche; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | <p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p> |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - definizione dei profili fenotipici extra-polmonari nel deficit di alfa1-antitripsina; - innovazione terapeutica per la proteinosi alveolare polmonare. | | | | |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 5 (area tematica Malattie Infettive): Infezioni emergenti e interazioni patogeno-ospite | <p>Gli obiettivi generali della linea di ricerca si focalizzeranno sui meccanismi fini che regolano i rapporti patogeno-ospite. Più specificamente: 1. Identificazione di polimorfismi comuni o rari di molecole coinvolte nelle risposte immunitarie innate (es. Toll-like receptors) e adattative alle infezioni. 2. Valutazione della risposta innata e adattativa ai vaccini e correlati di protezione. 3. utilizzo di cellule NK e T nella terapia delle infezioni virali croniche. 4. Sviluppo di anticorpi monoclonali umani neutralizzanti i patogeni e loro varianti. 5. Sviluppo di nuove metodiche per l'identificazione di virus emergenti caratterizzati da una elevata variabilità genetica.</p> <p>I risultati attesi nel triennio dipendono anche dall'andamento della attuale pandemia. Si prevede di raggiungere le seguenti milestones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto di infezioni croniche; - ruolo del microbioma intestinale nell'evoluzione delle patologie infettive e nella risposta terapeutica; - sviluppo di test innovativi per la valutazione della memoria T e B cellulare ai patogeni; | <ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie Infettive 1 -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol -Microbiologia e Virologia -Direzione Sanitaria -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie infettive; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | <p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p> |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di biomarcatori di severità e progressione di malattia; - correlati di protezione naturale o indotta da vaccini nelle infezioni da patogeni emergenti quali SARS-CoV-2; - sviluppo di test di verifica dell'esaurimento delle risposte immuni e loro ricostituzione. | | | | |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia): Indicazioni al trapianto e malattie trapiantabili | <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le diagnosi di precisione per tutti i SOT; - l'abbattimento della domanda trapiantologica grazie al miglioramento, personalizzazione delle cure specie per le malattie multifattoriali degenerative; - la sistematica rivalutazione clinica delle fasi evolutive delle malattie trapiantabili; - lo sviluppo di pipelines diagnostiche integrate molecolari che integrino studi di genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica, anche single cell sequencing, finalizzati alla comprensione dei meccanismi di malattia; - l'avvio di un percorso parallelo di ricerca sui druggable genes coinvolti nelle malattie di pertinenza della ricerca dell'ente; - la generazione di linee guida per l'interpretazione corretta delle varianti geniche alla luce della necessità di re-interpretazione delle varianti geniche identificate in passato; - la gestione innovativa di malattie genetiche per le quali siano recentemente emerse nuove possibilità terapeutiche non trapiantologiche. | <ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Anestesia e Rianimazione -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi | <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie trapiantabili; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | <p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p> |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | | -Anatomia Patologica | | | |
| Lo sviluppo dell'attività di Ricerca | Linea di ricerca 7 (area tematica Trapiantologia): Il trapianto e le sue complicanze | <p>L'obiettivo globale della ricerca di questa linea di ricerca è la protezione della funzione del graft nel lungo termine e la prevenzione delle complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva tra cui infezioni opportunistiche, neoplasie trapianto correlate, e comorbidità emergenti nei long-term survivors.</p> <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per trapianto di cuore, polmone e rene: 1) aumento del pool degli organi trapiantabili con preservazione ottimale di reni e polmoni da donatori a cuore non battente e di cuore a lunga distanza con perfusione ed ossigenazione ex situ; 2) identificazione di nuovi biomarcatori di allorazione umorale e di markers molecolari nella chronic graft failure; 3) caratterizzazione dei meccanismi di fibrogenesi dei graft nel rigetto cronico e ruolo di terapie locali nanoveicolate nella BOS polmonare. - per il trapianto HSC: 1) sviluppo di nuovi protocolli mileloablativi e di immunosoppressione nelle malattie mieloproliferative; 2) HSC in malattie genetiche rare per es. anemie di Fanconi (trapianto di CSE T-depletate HLA-aploidentico) e nelle malattie del tratto gastroenterico non altrimenti trattabili; 3) predizione, prevenzione e controllo della GVHD e delle infezioni opportunistiche. - per tutti i trapianti: ottimizzazione dei piani vaccinali dei candidati a trapianto di organi e di cellule. | -Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Anestesia e Rianimazione -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi -Anatomia Patologica | - Pazienti trapiantati; - Comunità scientifica e sanitaria | 2023-2025 | Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor |
| Qualità dell'assistenza | Gestione Travaglio/Parto | Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: | -SC Ostetricia e Ginecologia | -Gestanti e neonati che | 2024-2026 | -Inserimento dati nel sistema CEDAP |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| e sicurezza delle cure | | <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, “materni” e “fetali/neonatali”, nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; - Proseguire l’invio delle segnalazioni all’ISS- Ministero della Salute relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l’eclampsia, l’embolia di liquido amniotico e l’emoperitoneo spontaneo in gravidanza; - Principali cause di morbilità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l’eclampsia, l’embolia di liquido amniotico, distacco di placenta, rottura d’utero, emoperitoneo spontaneo, embolia da liquido amniotico e tromboembolia; - Sorveglianza della mortalità materna: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; - Sorveglianza della mortalità neonatale: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; - Elaborare documentazione dedicata a travaglio e parto; | -SC Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale -SC Qualità e Risk Management | afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali | | <ul style="list-style-type: none"> -Verbali degli Audit sui trigger -Invio delle segnalazioni all’ISS -Report Eventi Avversi -Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto |
| Qualità dell’assistenza e sicurezza delle cure | Gestione Travaglio/Parto | <p>Digitalizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire l’utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, attraverso i software aziendali quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, | -SC Ostetricia e Ginecologia | -Gestanti e neonati che afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali | 2024-2026 | -Compilazione informatizzata in Cartella clinica Scheda MEOWS |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico. | | | | |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Gestione Infezioni-SEPSI | Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Attuazione del piano operativo annuale; - Promuovere l'adesione ai PDTA dedicati all'interno della Fondazione; - Monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni e l'adesione alla procedura aziendale sull'igiene delle mani ed ai protocolli di terapia antibiotica. | - CIO - SC Qualità e Risk Management - Tutte le SSCC cliniche della Fondazione | - Pazienti con sepsi sospetta o accertata - Pazienti della Fondazione - Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione | 2024-2026 | - Monitoraggio epidemiologia microorganismi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO - Audit cartelle sepsi - Schede sopralluoghi igiene mani - Monitoraggio consumo gel alcolico - Controlli igiene ambientale |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria | Qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Svolgere sopralluoghi con la preordinata lista di controllo presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione comprese le sale di emodinamica, elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia, al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti e a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica. | - SC Qualità e Risk Management - SSCC Chirurgiche e interventistiche della Fondazione - SSCC di Anestesia e Rianimazione della Fondazione - SC DMP - SC DPS | - Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione - Pazienti della Fondazione che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche e/o interventi stitiche | 2024-2026 | - Verbali di sopralluogo e database rilevazioni - Audit documentali |
| Qualità dell'assistenza | Gestione della prevenzione del Rischio | Digitalizzazione e qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: | - SC Qualità e Risk Management | - Operatori sanitari e | 2024-2026 | - Audit documentali sulle cartelle |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| e sicurezza delle cure | nell'utilizzo dei farmaci | <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione della cartella e del Foglio unico di terapia informatizzati - Monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure; - Implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia con CAR-T | <ul style="list-style-type: none"> -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione -SC Farmacia Ospedaliera -SSCC Programma Trapianti San Matteo Pavia | <ul style="list-style-type: none"> dipendenti della Fondazione; -Pazienti a cui vengono somministrate terapie farmacologiche | | <ul style="list-style-type: none"> -Report semestrale EA -Produzione di documentazione a supporto dell'implementazione della terapia con CAR-T |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Gestione del rischio in Pronto Soccorso | <p>Digitalizzazione, semplificazione, qualità dei servizi e completamento delle procedure.</p> <p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi di alcuni indicatori di processo e/o relativi a specifici percorsi assistenziali (es. trauma grave) al fine di individuare elementi di miglioramento ed eventuali azioni correttive per ridurre il rischio clinico. - Implementazione programma informatizzato di accettazione registrazione utenza - Pubblicazione PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno - Pubblicazione PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR) | <ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -14.SC Medicina d'Urgenza -SC Anestesia e Rianimazione 1 -SC Cardiocirurgia -SC Ortopedia e Traumatologia -SC Radiologia per immagine 2 -SC Ostetricia e Ginecologia -SC Neonatologia -SC Chirurgia Pediatrica -SC Chirurgia Generale 1 -SC Chirurgia Generale 2 -SC Chirurgia Vascolare -SC Neurochirurgia -SC Urologia -SC ORL -SC SIMT -SC Chirurgia Toracica | <ul style="list-style-type: none"> -Pazienti pronto Soccorso. -Tutti i Pazienti della Fondazione | 2024-2026 | <ul style="list-style-type: none"> -Audit casi clinici (SMART) -Utilizzo e adeguamento del software alle necessità che emergono -Pubblicazione documenti |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | | -SC Cardiologia | | | |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Gestione dei rischi in ambito di impiego delle radiazioni | Qualità dei servizi e completamento delle procedure. Obiettivi più rilevanti: - Definire modelli organizzativi/buone pratiche per ridurre i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni, in recepimento della direttiva europea 2013/53/EURATOM del Consiglio Europeo, al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. | -SC Qualità e Risk Management -SSCC Erogatrici di prestazioni mediante radiazioni. -SC Radioterapia -SC Medicina Nucleare -SC Radiologia -SC Radiologia Diagnostica per immagini 2 – Neuroradiologia -SC Fisica Sanitaria | -Paziente che necessita cure attraverso radiazioni | 2024-2026 | -Produzione documentale ad hoc -Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Trasparenza nei confronti del cittadino | Accessibilità all'amm.ne e qualità dei servizi. Obiettivi più rilevanti: - Per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione dei seguenti documenti: - Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura. | -SC Qualità e Risk Management | -Comunità in generale | 2024-2026 | -Pubblicazione relazione annuale di Risk Management |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Sviluppo PBM | Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale. Obiettivi più rilevanti: - Implementazione del modello culturale ed organizzativo del Patient Blood Management tra i professionisti sanitari. | -SC Qualità e Risk Management -SC SIMT -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione | -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione - Pazienti della Fondazione | 2024-2026 | -Redazione e pubblicazione della Procedura Aziendale PBM |
| Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure | Promozione sicurezza processo trasfusionale | Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale. Obiettivi più rilevanti: - Acquisire conoscenze atte a prevenire eventi avversi e near miss correlati alla pratica trasfusionale. | -SC Qualità e Risk Management -SC SIMT -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione | -Operatori sanitari e dipendenti e pazienti della Fondazione | 2024-2026 | -Report semestrale EA -Audit casi clinici - Progetto di Formazione |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--------------------------|---|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | - Migliorare l'appropriatezza, favorire la salute del paziente e ridurre il rischio trasfusionale. | | | | |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Implementazione di una piattaforma integrata per la Cybersecurity | L'obiettivo dell'intervento è quello di elevare il livello complessivo di sicurezza nella gestione dei dati e dei servizi erogati dalla Fondazione, con attenzione anche agli aspetti legati alla gestione dei dispositivi medici connessi in rete | -Tutte le strutture sia amministrative sia sanitarie, nonché i fornitori di software e apparecchiature | Tutti gli operatori interni aziendali, oltre ai fornitori e indirettamente anche gli utenti esterni che accedono ai servizi erogati dalla Fondazione | 2023-2026 | Gli indicatori sono ricompresi nei verbali di SAL periodici che sono previsti all'interno dell'AQ CONSIP a cui la Fondazione ha aderito. Rispetto del cronogramma. In più vengono periodicamente prodotti report generati da analisi relative alle vulnerabilità presenti |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Realizzazione di nuova piattaforma integrata CUP | Il risultato atteso a livello regionale è di avere una piattaforma unica e condivisa a livello di agende per la gestione delle prestazioni ambulatoriali | -SC Sistemi Informativi, -SSD Area Accoglienza-CUP aziendali e Libera Professione, -SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità, -SC Direzione Medica di Presidio, -SS Gestione Operativa, -SC Direzione delle Professioni Sanitarie, | Oltre alle strutture interne, i principali beneficiari sono gli utenti esterni che dovrebbero poter usufruire di una offerta integrata più efficiente e completa. | 2024-2026 | Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma. |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | | -tutte le strutture sanitarie erogatrici di prestazioni in regime ambulatoriale | | | |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Adeguamento applicativi refertanti al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Il progetto prevede il progressivo adeguamento dei vari applicativi refertanti (LDO, AMB, PS, LAB, RAD, etc.) ai nuovi metodi previsti dal FSE 2.0 nazionale con contestuale produzione di referti strutturati secondo il modello HL7 CDA 2 | -SC Sistemi Informativi, -SC Direzione Medica di Presidio, -SS Gestione operative, -tutte le strutture sanitarie che producono referti | Tutti gli utenti esterni sono interessati da questo intervento in quanto avrà impatto sui Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini | 2023-2024 | Percentuali di referti adeguati ai nuovi metodi; obiettivi nazionali e piattaforma di monitoraggio a livello regionale |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Implementazione di una piattaforma per gestione PREMs e PROMs in Oncologia | Il progetto si prefigge l'obiettivo di realizzare una piattaforma erogata in modalità SaaS finalizzata alla raccolta di informazioni relative all'experience e agli outcome dei pazienti trattati dalla SC di Oncologia. | -SC Sistemi Informativi, -SC Direzione Medica di Presidio, -SC Direzione delle Professioni Sanitarie, -SS Gestione Operativa, -SC Oncologia, -SC Dietetica e Nutrizione clinica | La SC Dietetica e Nutrizione clinica, la SC di Oncologia ed i pazienti da loro trattati | 2023-2024 | Gli indicatori sono ricompresi nei verbali di SAL periodici che sono previsti all'interno dell'AQ CONSIP a cui la Fondazione ha aderito. Rispetto del cronogramma. |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Progettazione di una CCE per Neonatologia, TIN e Oncoematologia Pediatrica | Il progetto si prefigge l'ambizioso obiettivo di realizzare una piattaforma unica integrata che gestisca tutto il percorso all'interno del Dipartimento pediatrico con particolare focus alla TIN e Neonatologia e all'Oncoematologia pediatrica. Il progetto prevede una CCE dedicata oltre ad una gestione integrata dei processi di prescrizione e somministrazione delle terapie, nonché l'interfacciamento con la strumentazione biomedica e l'uso di PDTA e algoritmi intelligenti a supporto delle decisioni cliniche | -SC Sistemi Informativi, -SC Direzione Medica di Presidio, -SC Direzione delle Professioni Sanitarie, -SS Gestione Operativa, -SC Qualità e Risk Management, -SC Neonatologia e TIN, | Gli operatori delle strutture sanitarie coinvolte nonché i pazienti ed i familiari delle strutture stesse | 2023-2026 | Indicatori previsti dal Progetto Esecutivo approvato. Rispetto del cronogramma. |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------|--|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | | -SC Oncoematologia pediatrica | | | |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Progetto Digital Pathology | Il progetto sulla digitalizzazione dei processi che riguardano l'Anatomia Patologica ha i seguenti obiettivi: Dematerializzazione dei preparati istologici; Facilitazione nella condivisione/discussione casistica; Integrazione del dato cito-istologico digitale nell'ambito di registri e archivi di dati oncologici con correlazioni cliniche, radiologico strumentali e risultati di indagini genomiche-molecolari; Implementazione delle potenzialità didattiche e di ricerca; Creazione di un network regionale tra le varie Anatomie Patologiche | -Sistemi Informativi, -SC Direzione Medica di Presidio, -SC Direzione delle Professioni Sanitarie, -SS Gestione Operativa, -SC Ingegneria Clinica, -SC Anatomia Patologica | La SC di Anatomia Patologia e le altre strutture interne che usufruiscono dei servizi erogati, nonché i pazienti trattati dalla struttura | 2024-2025 | Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma. |
| Digitalizzazione e ammodernamento delle tecnologie | Progetto automazione Farmacia e tracciabilità farmaci e dispositivi medici | L'obiettivo generale consiste nella adozione di soluzioni per garantire la tracciabilità dei beni sanitari con conseguente ricaduta positiva nelle seguenti aree: Clinica; Organizzativa e logistica; Economica; Generale. AREA CLINICA Riduzione del rischio clinico Intervento clinico del farmacista Gestione delle terapie personalizzate Ottimizzazione del tempo infermieristico AREA LOGISTICA Eliminazione delle urgenze Incremento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità. AREA ECONOMICA Governo della spesa Semplificazioni amministrative OBIETTIVI GENERALI | -SC Sistemi Informativi, -SC Farmacia, -SC Gestione Acquisti, -SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità, -SC Controllo di Gestione, -SC Direzione Medica di Presidio, -SC Direzione delle Professioni Sanitarie, -SS Gestione Operativa, -SC Qualità e Risk Management, -tutte le strutture sanitarie | Tutte le strutture interne e per riflesso tutti gli utenti esterni che beneficiano dell'efficientamento dei processi di gestione e della tracciabilità di farmaci e dispositivi medici | 2024-2026 | Gli indicatori e i SAL oltre ad essere previsti all'interno della gara espletata saranno concordati e monitorati direttamente in accordo con ARIA e con Regione. Rispetto del cronogramma. |

| Obiettivi specifici a livello organizzativo | | | | | | |
|---|---------------------|---|--------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|
| Area di performance | Progetto / processo | Risultati attesi / obiettivi | Soggetti coinvolti | Beneficiari | Tempistica di attuazione | Indicatori di monitoraggio |
| | | <p>Documentare l'utilizzo dei beni sanitari lungo l'intero percorso di cura in maniera sempre più accurata, deve essere garantito il pieno controllo del percorso di impiego dei beni.</p> <p>Monitorare tutti processi al fine di evidenziare le opportunità di miglioramento e conseguentemente poter ottimizzare le risorse a disposizione.</p> <p>Rispondere alle richieste normative vigenti e future che richiedono sempre più attenzione ai processi di erogazione dei servizi sanitari; in relazione a questo aspetto, i sistemi di tracciabilità permettono di certificare la qualità dei processi implementati e la rispondenza alle normative.</p> | | | | |

| SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO - ECONOMATO) | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|---|---|--|--|-------------------|
| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
| ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | INPUT: rispetto della richiesta da parte della Regione e del Ministero di predisporre la programmazione annuale e triennale degli acquisti di beni e servizi. OUTPUT: predisposizione della programmazione annuale e triennale degli acquisti di beni e servizi. | Programmazione | Formulazione ed invio della programmazione e relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza. | RUP, Direttori delle SC, Centri di Spesa | RUP, collaboratori del RUP, Direttori delle SC, Centri di Spesa | D. Lgs. 36/2023, art. 37; D.M. 16/11/2018 n. 14 | Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, finalizzata a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati; non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il fabbisogno | Attività svolta sulla base di format e tabelle predefiniti da Regione e Ministero, che pertanto comporta un rischio minimo nonché legato a mero errore materiale commesso nella compilazione del file. | MEDIO | Verifica programmazione Modulo Budget Sintel e verifica stato d'avanzamento gare centralizzate sul sito ARIA, con definizione scadenza gare d'interesse; monitoraggi trimestrali (o, comunque, alle date riportate nelle Regole di sistema vigenti); definizione dei fabbisogni, coinvolgendo i diversi soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma di servizi e forniture; individuazione degli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/ servizi che soddisfano il fabbisogno; controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali; ricorso ad accordi quadro e convenzioni già in essere da parte della centrale di committenza nazionale o regionale. Corsi di formazione specifici sul nuovo Codice dei Contratti Pubblici per tutti i collaboratori coinvolti nel processo di acquisto. | |
| | | | Definizione competenze per approvazione fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi. | | | | | | | | |
| | | | Verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti (accordi quadro o convenzioni) già disponibili o programmati. | | | | | | | | |
| | | | Publicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale. | | | | | | | | |
| ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | INPUT: rispetto della programmazione, ricezione di eventuali altri fabbisogni segnalati dalle Strutture. OUTPUT: svolgimento della procedura di gara. | Selezione del contraente | Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari. | RUP e collaboratori del RUP, Direzione Strategica, Seggio di gara (Commissione amministrativa), Commissione giudicatrice (Commissione tecnica), Commissione Amministrativa integrata con esperti. | Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura. | D. Lgs. 36/2023, Regolamento 90/2023, Regolamento sulla Commissione Giudicatrice | Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici; immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando; nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità; manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta; mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale; adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario. | Frazionamento della fornitura, mancato rispetto dei principi fondamentali e dei criteri interpretativi, esercizio prolungato del processo da parte di un unico operatore se non correttamente monitorato. | MEDIO | Continuare a garantire l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Sintel; evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione dell'offerta; trasparenza-obblighi di astensione ex art. 6 bis legge n. 241/90 - art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001; controllo dei documenti previsti dal bando di gara; La SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice sia prospetto excel per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/disciplinare di gara, sia fac- simile di verbale delle relative sedute; nel verbale di ciascuna seduta di gara, recepito dal provvedimento di esito della procedura, sono evidenziati i presupposti documentali della dichiarata congruità dell'offerta. Monitoraggio del RUP circa la durata dei lavori delle Commissioni e invio di solleciti di chiusura nei tempi delle valutazioni. Realizzazione di sessioni formative relative a potenziali conflitti di interesse della Commissione Giudicatrice di ruolo sanitario/tecnico. Corsi di formazione specifici sul nuovo Codice dei Contratti Pubblici per tutti i collaboratori coinvolti nel processo di acquisto. | |
| | | | Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte. | | | | | | | | |
| | | | Nomina commissione valutatrice. | | | | | | | | |
| | | | Verifica dei requisiti di partecipazione, decreto di ammissione/esclusione. | | | | | | | | |
| ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | INPUT: coincidenza tra Convenzioni centralizzate e fabbisogni della Fondazione. OUTPUT: adesione operativa. | Adesione | Valutazione delle offerte tecniche. | RUP e collaboratori del RUP | Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura | D. Lgs. 36/2023, art. 37, DGR di Regione Lombardia | Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, finalizzata a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati; non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificiosamente il fabbisogno. | Attività svolta sulla base di format e tabelle predefiniti da Regione e Ministero, che pertanto comporta un rischio minimo nonché legato a mero errore materiale commesso nella compilazione del file. Possibile rischio anche nell'esercizio prolungato del processo da parte di un unico operatore se non correttamente monitorato. | MEDIO | Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i fabbisogni storici in considerazione della progressiva esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi, controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti in relazione alle categorie merceologiche; adesione a convenzioni che standardizzano i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di check list dei contenuti e dei passaggi obbligatori. In caso contrario, invio della documentazione inerente alla Convenzione al DEC del contratto in essere e alla SC competente e acquisizione di una comunicazione formale dei fabbisogni connessi all'iniziativa; comunicazioni alla centrale circa la non compatibilità/sovrapposibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute. Corsi di formazione specifici sul nuovo Codice dei Contratti Pubblici per tutti i collaboratori coinvolti nel processo di acquisto. | |
| | | | Verifica eventuale anomalia dell'offerta. | | | | | | | | |
| | | | Revoca del bando. | | | | | | | | |
| | | | Formalizzazione delle adesioni secondo regole poste in essere dalla centrale. | | | | | | | | |
| ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI | INPUT: salvaguardia del corretto svolgimento della procedura di gara. OUTPUT: predisposizione del contratto. | Verifica aggiudicazione e stipula del contratto | Aggiudicazione provvisoria. Verifica requisiti generali e speciali del fornitore. Aggiudicazione definitiva. | RUP e collaboratori del RUP | Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura. | D. Lgs. 36/2023, Regolamento 90/2023 | Omissione, incompletezza o mancata tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti; Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari; ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto; Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza | Omissione del controllo sui requisiti del fornitore, mancato rispetto delle tempistiche, individuazione di un DEC incompatibile. | MEDIO | Controllo su quanto la normativa già prevede in materia; controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice dei Contratti Pubblici e delle relative tempistiche; rispetto della normativa vigente; sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di conflitto d'interesse, in relazione all'oggetto del contratto. Corsi di formazione specifici sul nuovo Codice dei Contratti Pubblici per tutti i collaboratori coinvolti nel processo di acquisto. | |
| | | | Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto. | | | | | | | | |
| | | | Rispetto tempi di stipula contrattuale. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|---------|---|---|---|---|---------------|---|--|--|
| | | | Individualizzazione Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC). | | | | | | | | | |
| | | | Interpretazione delle condizioni contrattuali | | | | | | | | | |
| | | | Contrattualizzazione / ordinazione delle prestazioni | | | | | | | | | |
| | INPUT: salvaguardia e controllo del corretto svolgimento delle prestazioni oggetto del contratto. OUTPUT: efficace rapporto sinallagmatico. | Esecuzione e rendicontazione | Comunicazione con le centrali di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche che la stessa pone in essere | DEC/RUP | Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura. Collaboratori del DEC. | D. Lgs. 36/2023, Regolamento sul DEC, D.M. 07/03/2018 n. 49, l.O. 9,3 - Gestione attività esternalizzate. | Non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, penali, sospensioni, verifiche negative di conformità e risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano la corretta gestione degli accordi da parte della centrale e possono anche essere utilizzate allo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapposibili. | Omesso monitoraggio dello svolgimento del contratto da parte di RUP e DEC, mancato sanzionamento quando dovuto. | Significativo | Comunicazione nomina del DEC all'aggiudicatario; trasmissione al DEC dei documenti di gara, del contratto e di tutto quanto necessario alla piena conoscenza della pratica; verbale di avvio del servizio; controlli periodici del DEC in relazione all'esecuzione dell'appalto; contraddittorio con l'appaltatore; incontri periodici tra RUP e DEC; invio tempestivo da parte del DEC al RUP delle non conformità per la formale contestazione; redazione di I.O. sulla gestione dei servizi esternalizzati; individuazione di DEC per ogni specifico servizio/fornitura. | | |

SC INGEGNERIA CLINICA - ACQUISIZIONE APPARECCHIATURE

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|--|--|---|--|--|--|--|---|---|--|---|
| ACQUISIZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHIATURE (ambito ospedaliero) | Il processo descrive le fasi da percorrere per l'acquisto di tecnologie elettromedicali. Input: richieste di acquisizione da parte delle Strutture che necessitano delle apparecchiature. Output: ingresso in Fondazione delle apparecchiature e consegna delle stesse alle Strutture richiedenti | Compilazione on-line dei moduli di richiesta di dispositivi medici /apparecchiature elettromedicali | Richiesta Sostituzione apparecchiature | Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC richiedenti. | Personale di: SC Ingegneria Clinica; SC richiedenti; SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) | Piano Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2021/2023. Regolamento per affidamento di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie comunitarie (Reg. n° 48/2017. Procedura Aziendale P9.Codice degli appalti.Determina N.5/D.G./0009 del 07 gennaio 2020.Funzionamenti dei comitati aziendali - commissione HTA e dispositivi medici.Determina N5/D.G. del 09/01/2019:Attribuzione ai Dirigenti di responsabilità in ordine all'adozione di atti amministrativi in attuazione dei principi dettati dal D.Lgs 30 marzo 2001 N. 165. Nota della Direzione Amministrativa P-20150000020 Prot. D.A. 20170000074del 21/09/2017 - Contratti di manutenzione apparecchiature elettromedicali.Istruzione Operativa Ingegneria Clinica IO 019.1 - Programmazione Acquisti Tecnologie-Modulo MOD 019.1.1 - Relazione a supporto delle motivazioni di esclusività infungibilità 019.2 Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio | Compilazione on-line dei moduli di richiesta di dispositivi medici /apparecchiature elettromedicali - 1) nel caso di richiesta di un dispositivo esclusivo sussiste il rischio di forzare e/o falsificare le motivazioni affinché un unico operatore economico risulti idoneo a soddisfare in maniera adeguata il bisogno evidenziati. 2) Aumento artificioso delle necessità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità. | 1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. | Basso | Maggior tracciabilità e controllo del processo; sviluppo di procedure standard anche controllate informaticamente;richiesta second opinion | Attuazione misura completa: le richieste di acquisto avvengono in maniera informatizzata attraverso l'utilizzo di moduli standardizzati. La procedura è descritta nella IO 19.1. |
| | | | Richiesta Potenziamento apparecchiature | | | | | | | | |
| | | | Richiesta Innovazione apparecchiature | | | | | | | | |
| | | | Richiesta Acquisizione dispositivi medici infungibili e/o esclusivi | | | | | | | | |
| | | Ricezione richieste | Coinvolgimento direzione valutazione /selezione richieste individuazione di eventuali motivi di urgenza; se presenti è necessaria l'approvazione della Direzione Aziendale | Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica; Direzione Aziendale | | | 1) Possibile richiesta di dispositivi con caratteristiche estremamente particolari e specifiche per procedure ristrette, che non comportano un effettivo giovamento delle procedure e riduzione dei rischi delle operazioni, ma solamente un aumento dei costi economici | 1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. 3)Poca evidenza scientifica e sul territorio | Basso | Maggiore coinvolgimento dei medici per una spiegazione maggiormente dettagliata del dispositivo richiesto, valutazione dell'utilizzo di tale dispositivo in altre strutture. Maggiore tracciabilità e controllo del processo; sviluppo di procedure standard anche controllate informaticamente;richiesta second opinion | Attuazione misura completa: le procedure vengono svolte secondo l'Istruzione Operativa IO 19.1. La commissione HTA viene convocata, quando del caso, ai fini di coinvolgere le diverse figure che partecipano al processo di acquisizione dei dispositivi medici. |
| | | Predisposizione capitolato | Dopo acquisizione delle informazioni relative alla programmazione/pianificazione acquisti e degli importi annuali, si passa alla predisposizione del capitolato tecnico di gara | Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili delle attività: SC Ingegneria Clinica; SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); Strutture richiedenti; Direzione | | | In fase di stesura di capitolato tecnico di gara, sussiste il rischio corruttivo associato alla forzatura di caratteristiche tecniche che favoriscano un particolare operatore economico, al fine di ottenere favori personali | 1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. | Medio | Adeguate formazione di tutti gli attori coinvolti per quanto riguarda gli adempimenti di legge, responsabilità penali ed amministrative e conseguenze del caso | Attuazione misura completa: partecipazione ai corsi di formazione organizzati dalla SS Formazione e Sviluppo Competenze, relativi alle procedure d'acquisizione previste dal codice degli appalti. |
| Acquisizione beni | Programmazione e pianificazione acquisizione servizi | Responsabili del processo:Vedi NOTA Responsabili delle attività: SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); SC Ingegneria Clinica; Direzione | | | | 1) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. | Medio | Adeguate formazione di tutti gli attori coinvolti per quanto riguarda gli adempimenti di legge, Adeguate tracciamento delle pratiche tramite programmi informatici che permettono il tracciamento delle varie fasi di lavorazione | Attuazione misura completa: partecipazione ai corsi di formazione organizzati dalla SS Formazione e Sviluppo Competenze, relativi alle procedure d'acquisizione previste dal codice degli appalti. Il processo di acquisizione dei beni è tracciato tramite mezzi telematici, così come descritto nella Istruzione Operativa IO 19.1 | | |
| Collaudo bene | Consegna bene a U.O. richiedente; verifica predisposizioni strutturali (ove necessarie); controlli di qualità per apparecchiature con emissione di radiazioni, da parte della S.C. Fisica Sanitaria;collaudo elettrico e funzionale; collaudo apparecchiatura da parte della ditta fornitrice; formazione personale; rilascio Mod. 019.3.1 (Verbale installazione e collaudo); Mod. 019.3.2 (Modulo scheda esame visivo); Mod.019.3.3 (Modulo cordo Istruzione utilizzo strumento) | Responsabili del processo:Vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica; Strutture richiedenti;Fornitori beni; SC Gestione Tecnico Partimoniaie; SC Fisica Sanitaria | 1)Ridotto coinvolgimento delle figure professionali e tecniche per la verifica della documentazione richiesta. | | | 1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. 3)Idotta conoscenza in ambiti specifici che devono essere certificati da personale non pienamente qualificato per; mancanza di coinvolgimento del personale | Medio | maggiore coinvolgimento delle figure professionali afferenti al dispositivo medico collaudato | Attuazione misura completa: il collaudo viene svolto alla presenza del tecnico della ditta fornitrice, del servizio di manutenzione esternalizzato, del personale afferente alla S.C. Ingegneria Clinica Aziendale e di un referente della Struttura a cui sarà destinato il bene. Come esplicitato nella IO 19.3. Inoltre, all'atto del collaudo, è stato aggiunto un nuovo modulo relativo alla formazione del personale medico all'utilizzo del dispositivo acquisito. | | |

NOTA: Strutture richiedenti; SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); Direzione Aziendale; SC Gestione Tecnico-Partimoniaie; SC Fisica Sanitaria

SC INGEGNERIA CLINICA - ACQUISIZIONE RICAMBI

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|---|---|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio | Il processo descrive la fornitura di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio, alle U.O. che ne fanno richiesta. Ingresso: invio, alla SC Ingegneria Clinica, delle richieste da parte delle Strutture che necessitano della sostituzione di parti di ricambio/accessori/consumabili. Output: acquisto di quanto richiesto e consegna alle Strutture richiedenti e liquidazione fatture | Richiesta di acquisizione di consumabili, accessori e parti di ricambio da parte delle Strutture | 1) Insorgenza di necessità di acquisizione di accessori, parti di ricambio, materiali, consumabili. 2) Invia della richiesta di acquisizione via mail alla SC Ingegneria Clinica, da parte delle Strutture che necessitano del materiale. | Responsabili del processo: vedi NOTA 2) Responsabili dell'attività: Strutture richiedenti; SC Ingegneria Clinica. | 1) Personale tecnico ed amministrativo di SC Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione esternalizzato. 2) Personale amministrativo di SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato). 3) Personale U.O. richiedenti | 1) Codice degli appalti. 2) IO 019.2 - Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio. | Potenziale rischio di sovrastimare i quantitativi dei materiali per trarne beneficio personale. | 1) Mancanza di misure di controllo in fase di stima dei quantitativi richiesti 2) Scarso responsabilizzazione. | Medio | Regolamentazione e tracciabilità dei rapporti tra le Strutture della Fondazione ed i Fornitori | Attuazione misura completa: le richieste di acquisto avvengono in maniera informatizzata attraverso l'utilizzo di moduli standardizzati. La procedura è descritta nella IO 19.1. |
| | | Valutazione delle richieste da parte del personale tecnico sia dell'Ingegneria Clinica, sia del Servizio di Manutenzione Esternalizzato (SME) | 1) Ricezione richieste 2) Valutazione di mercato allo scopo di individuare le ditte produttrici di quanto richiesto. 3) Ricezione dei preventivi da parte delle ditte. 4) Scelta del Fornitore. | Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica e servizio di Manutenzione Esternalizzato | | | Potenziale rischio di accordi economici tra Ditte Fornitrici ed i richiedenti | 1) Assenza e/o inadeguatezza del controllo del processo. 2) Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Diffusione dell'etica professionale e di una adeguata cultura legale | Attuazione misura completa: partecipazione ai corsi di formazione organizzati dalla SS Formazione e Sviluppo Competenze, relativi ai principi fondamentali su cui si basa il codice degli appalti. |
| | | 3) Emissione ordine di acquisto, ricezione materiale, consegna al reparto richiedente. | 1) Predisposizione dell'ordine di acquisto. 2) Attivazione delle procedure amministrative di acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio da parte della SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) 3) Ricezione materiale. 4) Verifica di congruità della fornitura con quanto richiesto. 5) Consegna del materiale al reparto. | Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica; SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); Ditte Fornitrici. | | | Ritardi nella consegna del materiale richiesto rispetto ai tempi prestabiliti | 1) Assenza e/o inadeguatezza del controllo del processo. | Basso | Diffusione dell'etica professionale e di una adeguata cultura legale, maggiore applicazione di penali o richiami scritti | Attuazione misura completa: partecipazione ai corsi di formazione organizzati dalla SS Formazione e Sviluppo Competenze, relativi ai principi fondamentali su cui si basa il codice degli appalti. |
| | | 4) Liquidazione fatture | Attivazione, da parte della S.C. Provveditorato-Economato, delle procedure di liquidazione delle fatture | Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabile dell'attività: S.C. Provveditorato-Economato | | | Ritardi nel caricamento dei dati di collaudo | 1) Inadeguato controllo dell'aggiornamento del caricamento dei dati nei portali | Basso | Controllo periodo dell'aggiornamento dei dati nei portali. | Attuazione misura: il controllo dell'aggiornamento dei dati nei portali viene periodicamente effettuato dal personale. |

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA | | | | |
|---|--------------------------|---|---|--|--------------------------------------|---|---|--|--|--|-------------------|---|--|-------|--|
| Procedura per la gestione dei beni immobili - aggiornamento libro cespiti | | Inventarizzazione ed iscrizione a libro cespiti | Inserimento nel programma di contabilità del cespite (se trattasi di fabbricato di nuova costruzione) o dell'accessorio del cespite (se trattasi di interventi di ristrutturazione/manutenzione straordinaria su fabbricati esistenti) | Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale e Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità | 2 | D.lgs. n. 118/2011 e s.m.l. | | | | Adozione misure per agevolare ed ottimizzare la gestione dati tra le Strutture interessate | | | | | |
| | | Valorizzazione iniziale | Definizione ed inserimento, nel programma di contabilità, dei dati di natura economico-patrimoniale ed amministrativi riguardante il cespite o l'accessorio del cespite | | | | | | | | | | | | |
| | | Ammortamento e sterilizzazione | Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità | | | | | | | | | | | | |
| | | Incrementi | Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità | | | | | | | | | | | | |
| | | Acquisizioni | Valutazione ed autorizzazione all'acquisizione (vendita/permuta/ecc.) di cespite/i mediante Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione A seguito di apposito atto di trasferimento di proprietà, inserimento del cespite/i mediante aggiornamento del libro cespiti | | | | | | | | | Irregolare/carente gestione dei dati inerenti agli immobili per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità; Manipolazione procedura per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità. | Esercizio prolungato di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; ridotto numero di personale competente addebiato al processo | Medio | |
| | | Dismissioni | Valutazione ed autorizzazione alla dismissione (vendite/permuta/espropri/ecc.) di cespite/i mediante Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Richiesta, a Regione Lombardia, per rilascio autorizzazione preventiva al trasferimento a terzi di diritti reali su immobili costituenti patrimonio di proprietà delle Fondazioni IRCCS Vendita cespite/i mediante asta pubblica | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------|---|
| ACQUISTO LAVORI, SERVIZI E FORNITURE | Selezione del contraente in base alla tipologia di lavori/servizi/forniture necessari e delle procedure di aggiudicazione/affidamento/adesione alle convenzioni, agli accordi quadro stipulati dalle centrali di committenza. | 7 | D. Lgs 50/2016 e s.m.i.; D. Lgs. 36/2013; Legge 136/2010 e s.m.i. | <p>Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata o mediante l'abuso dell'affidamento diretto ai di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa - Condizioni di conflitto di interesse potenziale nel caso in cui i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali - Individuazione di tipologia di procedura che favorisca la scelta di un determinato fornitore, anche mediante l'elusione delle soglie comunitarie, ricorrendo ad artificioso frazionamento dei lavori - Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione - Elusione delle norme sulla determinazione dell'importo finalizzata all'esclusione dall'ambito di applicazione delle disposizioni relative alle soglie europee e al frazionamento allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del codice dei contratti - Eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive - Favorire un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità - Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa (per esempio: l'inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la Commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare alle offerte presentate) - Dilatazione dei tempi della procedura di gara per favorire l'attuale contraente</p> | Inadeguatezza e scarse competenze del personale addetto al processo - Mancanza di controllo sulle attività svolte dal personale preposto. | Medio | Utilizzato dell'elenco Fornitori Telematico (EFT) di SINTEL E-Procurement - Albo fornitori creato sulla base di precisi criteri (per alcune fattispecie) - Corretta valutazione degli acquisti in esclusiva - Assoggettare lo schema di contratto alla procedura di verifica - Verifica in merito all'applicazione della disciplina del codice dei contratti, dei regolamenti interni, delle Linee guida ANAC - Individuazione dei criteri da parte del RUP nell'ambito delle sue funzioni, motivando le scelte effettuate nel provvedimento di indizione - Predisposizione di un cronoprogramma delle procedure dei tempi previsti delle diverse fasi procedurali per l'affidamento dell'appalto e relativo monitoraggio nel rispetto delle scadenze |
| | | | | <p>Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici - Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando - Nomina dei componenti della Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità - Manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara - Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale - Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario</p> | Inadeguatezza e scarse competenze del personale addetto al processo - Mancanza di controllo sulle attività svolte dal personale preposto. | Medio | La data e l'ora di presentazione dell'offerta è indicata nel bando di gara. Le offerte presentate oltre la data e l'ora di scadenza in automatico non vengono prese in considerazione dalla piattaforma di gara. Eventuali richieste di proroga devono essere motivate e valutate dal RUP estendendole a tutti i partecipanti; Viene richiesta ai commissari nominati il rilascio di apposita autocertificazione in merito alle incompatibilità; Possesso dei requisiti documentato dagli operatori economici mediante compilazione del DGUE. IL DGUE è un documento di gara. Redazione di apposito verbale dal quale si evince la motivazione che ha indotto la commissione ad assegnare i vari punteggi. La pluralità della composizione della commissione ne garantisce l'obiettività; La verifica delle offerte anomale viene operata direttamente dal sistema di gara. La verifica viene operata a termini di legge in base alle giustificazioni adottate dall'operatore economico dalla commissione di gara e dal RUP; L'adozione da parte dell'amministrazione di apposito atto che vede così coinvolti una pluralità di soggetti che esaminano nello specifico la motivazione che ha indotto alla revoca del bando. Detto atto deve essere affisso all'albo e reso noto agli altri operatori economici che possono impugnarlo |
| | | | | <p>Mancato controllo da parte della Stazione appaltante circa la sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto dei lavori oggetto del contratto - Ammissione di varianti durante la fase di esecuzione del contratto al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa - Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto - Accettazione di materiali in cantiere non conforme al capitolato - Utilizzo ingiustificato/autorizzazione di materiali fuori contratto - Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza relativi giustificativi (collaudi, regolare esecuzione); pagamenti effettuati senza i necessari controlli (verifiche Equitalia, ecc.)</p> | Inadeguatezza e scarse competenze del personale addetto al processo - Mancanza di controllo sulle attività svolte dal personale preposto. | Significativo | La Stazione appaltante stabilisce quali opere possono essere oggetto di subappalto. L'intenzione di ricorrere al subappalto deve essere indicata in sede di offerta. Al momento del deposito del contratto di subappalto l'affidatario trasmette la certificazione attestante il possesso dei requisiti di qualificazione prescritti dal codice e l'insussistenza delle cause di esclusione. Il contraente principale è responsabile in solido con il subappaltatore, nei confronti della Stazione appaltante. La subappaltante deve fornire una dichiarazione in merito all'art. 2359 del codice civile. Il RUP con i propri collaboratori controlla tutta la documentazione acquisita e richiede la verifica di cui all'ex 80. Viene altresì applicato il patto di integrità; il RUP verifica l'ammissibilità della variante ai sensi dell'art. 106 del codice degli appalti sulla base della proposta del direttore dei lavori /DEC. Le sospensioni dei lavori e le relative riprese dei lavori vengono documentate da apposito verbale di sospensione e ripresa lavori nel quale vengono esplicitate le motivazioni/cause che ne hanno determinato la sospensione; Lo stato di avanzamento lavori viene accertato in contraddittorio tra direzione lavori ed impresa e documentato dal libretto misure e registro di contabilità. Il certificato di pagamento è invece redatto dal RUP su proposta del direttore dei lavori. Il direttore dei lavori deve accertare la congruenza dei materiali utilizzati dalla ditta appaltatrice e collaudatori nell'atto di collaudo certificato la conformità delle opere con quanto previsto dal progetto. L'ufficio prima di liquidare la fattura si accerta della rispondenza della fattura con l'ordine, della regolarità del DURC e dell'esistenza dei documenti necessari al pagamento. La verifica viene attuata tramite un soggetto esterno incaricato da questo Ente. La liquidazione viene effettuata dal RUP/Direttore di Struttura tramite l'utilizzo della procedura informatica. |
| | | | | <p>Verifica dell'applicazione della clausola T&T</p> | Mancanza di controllo sulle attività svolte dal personale preposto. | Medio | Il RUP controlla che l'appaltatore inserisca i dati richiesti andando ad interrogare la piattaforma ed avendo accesso alle schede afferenti i contratti ed i sub-contratti stipulati dall'appaltatore medesimo. In caso di mancato adempimento/incombenza da parte dell'appaltatore, il RUP può intimare l'applicazione delle regole T&T e, in caso di mancata osservanza da parte dell'appaltatore, applicare le penali previste dalla normativa. |
| | | | | <p>Procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione incluso ammontare delle fatture liquidate</p> <p>Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento</p> | Mancanza di controllo sulle attività svolte dal personale preposto. | Basso | Viene controllato da parte del RUP il rispetto dei termini contrattuali per l'emissione dei diversi documenti e le eventuali riserve che l'appaltatore avanza. Le riserve vengono esaminate dal direttore dei lavori, dal collaudatore e dal RUP che valutando le relazioni riservate dei soggetti precedenti propone all'amministrazione l'eventuale accoglimento; Per gli affidamenti diretti ossia affidamento di lavori/servizi/forniture di importo inferiore ad € 40.000,00 il pagamento viene effettuato solo a seguito dell'accertamento e della sottoscrizione della fattura da parte dei tecnici incaricati a seguire i lavori. |

SC SISTEMI INFORMATIVI

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|----------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|--|--|---|---|
| | | INDIVIDUAZIONE DEI FABBISOGNI | ANALISI DEI BISOGNI ORGANIZZATIVI | ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC | TUTTO IL PERSONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA | | RISCHIO DI FAVORIRE UN'AZIENDA NELLA FASE DI INDIVIDUAZIONE DEL FABBISOGNO | CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESS E FUNZIONI ALLE STESS E PERSONE | Medio | MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPREVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA | NELL'ANALISI DEL FABBISOGNO IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO È STATO AFFIANCATO DA COLLABORATORI CHE IN PASSATO NON SI ERANO MAI OCCUPATI DI TALE FASE DEL PROCESSO PARTECIPANDO A CORSI DI FORMAZIONE SUL CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|---|
| GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO | Tracciabilità del farmaco dalla gestione dei fabbisogni, all' approvvigionamento, alla corretta conservazione in magazzino fino alla consegna alle Strutture. Puntuale ed effettiva associazione farmaco-Struttura. Monitoraggio mensile delle scadenze dei farmaci a magazzino. | Stoccaggio | Carico a magazzino | SC Farmacia Ospedaliera | Operatore del CURM (S.C. Gestione Acquisti Provveditorato-Economato) Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera / Operatore Tecnico di Magazzino SC Farmacia Ospedaliera | PP 070.14 – Procedura Rimaneze 3.1 - Gestione magazzini di primo livello (farmaceutico ed economale). PP 070.15 – Procedura Rimaneze 3.2 Rilevazioni inventariali presso i magazzini di primo livello. PP 070.16 – Procedura Rimaneze 3.3 Gestione e rilevazioni inventariali presso i centri utilizzatori. IO 8.3 - Gestione sistemi a temperatura controllata dedicati alla conservazione dei farmaci – dispositivi medici (DM) - diagnostici in vitro (DIV) – materiale biologico; P 10 Procedura per la gestione dei farmaci, Regolamento per il funzionamento della Commissione Farmaci (Deliberazione n. S/C.d.A./151 del 27/12/2021) | Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco. | | | Verifiche attraverso l'applicazione delle procedure e l'utilizzo del gestionale aziendale. In caso di incongruenze quali-quantitative. Accesso alle aree di stoccaggio limitato al personale autorizzato, nel rispetto della normativa cogente. Stoccaggio di alcuni farmaci in locali/farmadi chiusi a chiave, secondo le norme vigenti. Sono installate apparecchiature di videosorveglianza collegate con la centrale allarmi aziendale ed è attiva la sorveglianza delle Guardie Giurate (per i Magazzini di Primo Livello) |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista | | | | | |
| | | | Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (Strutture) | Strutture | Coordinatore Infermieristico e Personale Infermieristico UUOO | | | | | |
| | | Distribuzione | Richiesta di approvvigionamento presso il magazzino di I livello | Strutture | Medico prescrittore/ Coordinatore Infermieristico Strutture | | | | | |
| | | | evasione della richiesta e distribuzione | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera / Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista | | | | | |
| | | | Consegna alle Strutture | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino | | | | | |
| | Gestione scadenze e giacenze | Verifica delle scadenze | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista | | | | | | |
| | | Verifica delle giacenze | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore UOC Farmacia/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista | | | | | | |
| | | Smaltimento farmaci scaduti/alterati/revocati | SC Farmacia Ospedaliera | Coordinatore UOC Farmacia/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista | | | | | | |
| | Ispezioni nelle Strutture per la verifiche della gestione e della corretta conservazione delle sostanze stupefacenti. | Vigilanza ed ispezione farmaci nelle Strutture che detengono stupefacenti | Verifica delle giacenze di farmaci stupefacenti | SC Farmacia Ospedaliera | Direttore di Farmacia e Dirigente Farmacista | IO 10.4_ Gestione Medicinali Stupefacenti e sostanze psicotrope | Gestione e conservazione di farmaci stupefacenti secondo le norme vigenti. | | | Adozione dell'autoispezione in conformità a quanto previsto dal Mod 10.4.6 "Modulo di autoispezione- gestione medicinali stupefacenti e sostanze di psicotrope"; Ispezioni nelle Strutture con redazione di verbale mod. Mod 10.4.1 nel rispetto della IO 10.4. |
| | | | Verifica della corretta conservazione di farmaci stupefacenti | SC Farmacia Ospedaliera | | | | | | |
| | Allestimento preparazioni galenico/magistrali antiblastiche e nutrizionali | Allestimento formulazioni galeniche sterili personalizzate per singolo paziente | Verifica di fattibilità , di compatibilità e Allestimento formulazioni galeniche sterili personalizzate per singolo paziente | SC Farmacia Ospedaliera | Infermiere preparatore /Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/Dirigente Farmacista | Procedura del Processo Produttivo PP 010.3 Allestimento della nutrizione parenterale totale presso il Central Admixture Service ; Procedura del Processo Produttivo PP 010.4 Allestimento antiblastici; IO 010.1- Validazione della procedura di allestimento di preparazioni sterili presso la SC Farmacia Ospedaliera | Conformità della preparazione galenica sterile alla prescrizione/ricetta mecia | | | Aderenza alle normative vigenti e alle procedure operative condivise tra tutte le figure professionali coinvolte nel processo. Effettuazione di almeno n.4 riunioni (accreditate come Formazione Sul Campo), volte all'aggiornamento delle procedure sui nuovi farmaci, sperimentazioni cliniche e terapie nutrizionali e parenterali in oncologia ed ematologia e al miglioramento degli aspetti organizzativi dei laboratori di allestimento chemioterapici e NPT. |
| Monitoraggio farmaci File F | Verifica appropriatezza prescrittiva farmaci rendicontati in File F | Monitoraggio farmaci al alto costo/innovativi rendicontati in File F | SC Farmacia Ospedaliera | Dirigente Farmacista | IO 010.11 Gestione File F | Controllo e monitoraggio appropriatezza prescrittiva dei farmaci rendicontati in File F | | | Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo/innovativi rendicontati in File F e sottoposti a Registro di Monitoraggio AIFA e relative dispensazioni), attraverso generazione di report mensili trasmessi ai Responsabili di Struttura per opportuna verifica. | |
| Informazione scientifica sul farmaco. Attività di Farmacovigilanza. | Attività di informazione scientifica; farmacovigilanza e vaccinovigilanza | Informazione scientifica sul farmaco | SC Farmacia Ospedaliera | Dirigente Farmacista | PPQ 010 – Presentazione politica della Qualità. PP 010.7- Gestione delle attività di Farmacovigilanza - IO 10.6 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide (secondo Raccomandazione Ministeriale 19) | Controllo dell'allineamento delle prescrizioni di farmaci con le rispettive schede AIFA di monitoraggio. Sottosegnalazione delle reazioni avverse da farmaci. | | | Attività d'informazione e di educazione sul farmaco nell'ottica di una costante attenzione ad un uso appropriato ed economicamente sostenibile. Incontri tramite media multidisciplinari. Monitoraggio delle prescrizioni di Farmaci sottoposti a Registri di Monitoraggio AIFA e sottoposti a prescrizione di Stewardship antibiotica . Partecipazione alla stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali (P.D.T.A.), di protocolli e di linee guida. Partecipazione all'implementazione aziendale dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali. | |
| | | Farmacovigilanza/vaccinovigilanza | SC Farmacia Ospedaliera | Dirigente Farmacista | | | | | | Gestione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e vaccini e attività di sorveglianza della sicurezza dei farmaci. |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------|--|---|-------|--|--|
| GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO SPERIMENTALE | Gestione dei medicinali destinati ai fini sperimentali o per uso terapeutico individuale. Processo in cui la SC Farmacia Ospedaliera ha un ruolo istituzionale. | Ricezione, controllo e consegna allo sperimentatore | Ricezione del campione sperimentale | SC Farmacia Ospedaliera | Dirigente Farmacista /Operatore del CURM (S.C. Gestione Acquisti Provveditorato-Economato)/ Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino | Campione sperimentale pervenuto rotto o avariato, anche solo in parte, o senza garanzia del rispetto della temperatura di conservazione prevista (anche tramite rilevazione di appositi temp-tale accompagnatori). | BASSO | Verifica puntuale di ogni aspetto legato alla ricezione del farmaco (integrità del collo e affissione delle etichette di spedizione con riferimento alla Farmacia Ospedaliera e allo sperimentatore, corretta temperatura di conservazione secondo le indicazioni riportate sul collo e secondo quanto riportato sul dispositivo di registrazione in continuo della temperatura TLOG, firma del documento di trasporto per il corriere). Ove presenti anomalie informare il promotore e accantonare il farmaco come momentaneamente non utilizzabile in attesa di istruzioni, mantenendo il campione sperimentale in quarantena. | |
| | | | Controllo quali, quantitativo e registrazione su apposita modulistica interna | | Dirigente Farmacista | IO 010.07 Gestione Campioni destinati alle Sperimentazioni Cliniche presso la SC Farmacia Ospedaliera; IO 010.8 - Gestione medicinali per Uso Terapeutico presso la SC Farmacia Ospedaliera; Procedura del Processo Produttivo PP 010.4 Allestimento antiblastici; IO 010.1- Validazione della procedura di allestimento di preparazioni sterili presso la SC Farmacia Ospedaliera; IO 8.3- Gestione sistemi a temperatura controllata dedicati alla conservazione dei farmaci – dispositivi medici (DM) - diagnostici in vitro (IDV) – materiale biologico | | Controllo dell' approvazione dello studio da parte del Comitato Etico, mancata corrispondenza tra quanto indicato sulla documentazione di trasporto e il materiale ricevuto, farmaco senza etichetta indicante studio, campione sperimentale e caratteristiche, lotto, scadenza. | Verifica puntuale di ogni aspetto legato alla sperimentazione clinica e al farmaco (autorizzazione da parte del Comitato Etico, integrità del confezionamento, corrispondenza quali e quantitativa dei campioni accettati con quanto indicato sul DOT/documentazione a supporto, validità del farmaco, corretta temperatura conservazione del farmaco, correttezza e completezza dell'etichetta, corretta compilazione della modulistica interna, con apposizione di firma e data) |
| | | | Allestimento di farmaci sperimentali presso il Laboratorio Antiblastici | | Infermiere preparatore /Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/Dirigente Farmacista | Protocollo di terapia sperimentale non inserito nel programma informatico di prescrizione, ritardi nella consegna del farmaco da parte del personale delegato. | | Inserimento nel programma di prescrizione dello schema di terapia sperimentale in collaborazione con il PI o personale delegato. Verifica della pronta disponibilità del farmaco sperimentale la giornata stessa dell'allestimento/somministrazione Ricostituzione di antiblastici conformemente a quanto declinato nella PP010.4 Allestimento antiblastici e nella IO 010.1 Validazione della procedura di allestimento di preparazioni sterili presso la SC Farmacia Ospedaliera. | |
| | | | Stoccaggio e consegna allo sperimentatore | | Dirigente Farmacista | Stoccaggio, al di fuori dei range di temperatura concessi. Alterazione della temperatura all'interno del locale sperimentazioni o del frigorifero. Controllo del corretto invio di comunicazione di pronta disponibilità del campione sperimentale per il ritiro. | | In termini di logistica il campione sperimentale dovrà essere stoccato in un'area facilmente identificabile e separato dagli altri farmaci/dispositivi per evitare che prodotti destinati ad uso sperimentale siano utilizzati per la comune pratica clinica. È fondamentale conservare i campioni sperimentali alla corretta temperatura prevista e darne garanzia allo sponsor. È inoltre necessario un monitoraggio continuo delle scadenze dei prodotti in sperimentazione gestiti dalla SC Farmacia Ospedaliera. | |
| | | | Registrazione movimentazione su programma informatico e archiviazione | | Dirigente Farmacista/ Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino | Mancata registrazione sul programma informatico e errata archiviazione. | | Il farmacista e l'operatore tecnico di magazzino registrano tutte le movimentazioni del campione sperimentale (entrata e uscita) su programma informatico in uso (specifico per gli studi clinici profit e aziendale per gli usi terapeutici individuali). Il farmacista tiene traccia di tutta la documentazione relativa alla movimentazione dei campioni sperimentali dalla consegna in Farmacia da parte del corriere alla consegna allo sperimentatore, corretto stoccaggio del farmaco sperimentale in Farmacia qualora lo stesso non possa essere consegnato immediatamente allo sperimentatore. Tutta la documentazione viene archiviata all'interno di specifici faldoni, archiviati per PI, studio, sponsor secondo la normativa vigente | |
| GESTIONE INFEZIONI SEPSI | Partecipazione alla prevenzione delle infezioni e alla adesione delle procedure aziendali sull'igiene delle mani | Monitoraggio consumo gel alcolico | Elaborazione report consumi suddivisi per CDC da inviare a SC Qualità e Risk management | Dirigente Farmacista | Linee Guida ECDC- P17 Procedura per l'igiene mani per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria | Disattese Linee Guida ECDC | BASSO | Evasione delle richieste di approvvigionamento di gel alcolico pervenute dalle Strutture identificate di concerto con il CIO come aree maggiormente a rischio. Elaborazione di report di consumo di gel alcolico da inviare a SC Qualità e Risk management | |

SC FISICA SANITARIA

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|---|---|--|---|---|--------------------------------------|---|--|---|--|--|--|
| Partecipazione a gare per la acquisizione di beni o servizi | Per l'acquisizione di beni o servizi relativi alla attività istituzionale della SC quali, ad esempio, attrezzature e servizi per la dosimetria su apparecchiature o lavoratori esposti, apparecchiature in ambito radiologico, dispositivi di protezione anti radiazioni, sistemi di calcolo per la elaborazione di piani di terapia, apparecchiature diagnostiche per risonanza magnetica, apparecchiature diagnostiche PET-CT, acceleratori lineari per radioterapia deve essere richiesta ai sensi del D. Lgs. 31 luglio 2020 n. 101, la presenza dell' Fisico Sanitario, specialista in fisica medica per le valutazioni di competenza. | L'attività può essere costituita o dalla partecipazione alla stesura di un capitolato di gara o dalla valutazione tecnica, dovendo essere tali attività per Legge (Codice degli Appalti) non eseguibili dal medesimo professionista. | Partecipazione alla stesura di un capitolato tecnico o partecipazione alla valutazione tecnica in fase di gara. | Il Direttore della SC è il responsabile del processo. Il Dirigente Fisico Individuato dal Direttore è responsabile dell'attività. | uno o due Dirigenti Fisici. | Codice degli appalti vigente. | Non si ravvisano rischi specifici in quanto il supporto fornito o i pareri tecnici sono espressi sulla base di strumenti oggettivi resi noti pubblicamente in sede di gara. Inoltre, rimane valido quanto disposto dalla Legge in relazione alla non conferibilità al medesimo soggetto dell'incarico di supporto alla stesura del capitolato con quello di membro della Commissione aggiudicatrice. | Considerate le misure di contrasto adottate e la tipologia di attività svolta, non si valutano particolari fattori abilitanti del rischio corruttivo. | Medio | Si ritiene che le elevate competenze specialistiche di Dirigenti Fisici, la piena conoscenza ed il rispetto delle norme di comportamento in sede di gara, l'impiego di strumenti operativi, tecnici e di valutazione tecnica trasparenti e oggettivi possano costituire una elevata misura di contrasto al processo corruttivo, ivi inclusa la rotazione dei Dirigenti Fisici da incaricare nelle attività. Inoltre non avvengono contatti di alcun tipo con le Ditte partecipanti alle gare in cui i Dirigenti sono coinvolti. Si è provveduto ad alternare sempre la partecipazione dei Dirigenti Fisici alla redazione dei capitolati e/o alla partecipazione alle commissioni di gara in modo da non creare ripetizioni e/o sovrapposizioni. | La stesura di capitolati relativi a gare per la acquisizione di beni e servizi è stata sempre effettuata dal Direttore della SC in autonomia. I Dirigenti Fisici individuati come membri delle commissioni di valutazione sono sempre stati nominati adottando il criterio della rotazione e delle specifiche competenze in materia. Le valutazioni sono sempre state effettuate in assenza del Direttore e senza che questi prenda visione della documentazione oggetto di valutazione. |

SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|
| Procedure di gara per acquisizione di beni e servizi | Gestione attività relativa ai contratti, affidamento lavori e servizi, partecipazione alla stesura del capitolato tecnico oppure partecipazione alla commissione di gara | Attività conseguenti ai contratti, all'affidamento di lavori, servizi e forniture | 1 fase di ricognizione necessità delle SC sanitarie; 2 fase di stesura del Capitolato tecnico; 3 valutazione offerte tecniche in sede di commissione di gara; 4 fase di esecuzione del contratto | SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) | Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio a turno e per competenza | Codice appalti | Considerazione di richieste di dispositivi/lavori non effettivamente necessari. Stesura del capitolato di gara favorente un partecipante nello specifico, valutazione offerte tecniche senza criteri trasparenti. Mancato controllo della corretta esecuzione del contratto. | Adozione di criteri non uniformi o non trasparenti in tutte le fasi del processo. Presenza di rapporti diretti con le imprese in questione. | Medio | Assicurare la massima trasparenza e accurata valutazione tecnica dei prodotti/servizi oggetto della gara. Verifiche puntuali e strutturate, preferibilmente attraverso gruppi di lavoro. | Per contenere il rischio si sono svolte verifiche puntuali e strutturate attraverso gruppi di lavoro, anche al fine di assicurare la massima trasparenza e la più accurata valutazione tecnica dei prodotti/servizi. |
| Incarichi extra istituzionali | Richiesta da parte dei dirigenti medici della Fondazione di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali (Art 53 D. Lgs 165/01) | Valutazione e autorizzazione incarichi extra istituzionali (Art 53 D. Lgs 165/01) | 1 fase di richiesta del Dir Medico corredata dalle autocertificazioni necessarie 2. Valutazione ed autorizzazione da parte del Direttore di SC 3 Valutazione e autorizzazione da parte del Direttore Medico di Presidio | SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Direttore Medico di Presidio | Art 53 D. Lgs 165/01; Reg. n. 377/2014 | Gli incarichi extra-istituzionali vengono validati dal Direttore Medico di Presidio che potrebbe favorire attività che non rispettano i criteri stabiliti dall'Ente per autorizzazione | Mancato confronto con il Responsabile dell'unità operativa prima di concedere l'autorizzazione. Presentazione richieste incomplete | Medio | Verifica completezza e congruità della richiesta. Confronto con direttore di SC per evidenza del rispetto dei criteri richiesti per autorizzazione o di eventuali delucidazioni in casi dubbi | Per contenere il rischio è stato messo in atto ad ogni richiesta, previa verifica della sua completezza e congruità, confronto con il direttore della SC per evidenza del rispetto dei criteri richiesti. |
| Medicina necroscopia | Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero | Gestione attività necroscopica, attività di regolamentazione della camera mortuaria nonché delle modalità di comunicazione con i parenti del de cuius | 1 comunicazioni relative al decesso ai familiari da parte del personale di reparto 2 trasporto della salma in Camera Mortuaria 3 visita necroscopia da parte dei medici necroscopi della DMP 4 vestizione da parte di operatori interni a titolo gratuito | SC Direzione Medica di Presidio | Dirigenti medici UOS Medicina Legale e Direzione Medica di Presidio a turno | DPR 285/90; I.O. Medicina Necroscopia, Regolamento camera mortuaria | Segnalazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri in reparto o in Camera Mortuaria. Accettazione di denaro dai parenti per la vestizione o altre attività gratuite. | Mancata adozione di procedure riservate per la comunicazione del decesso, mancato rispetto del regolamento interno pubblicato sul sito internet, affisso presso la Camera mortuaria e consegnato/illustrato ai parenti dal personale e su richiesta. | Medio | Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese che si sono occupate del funerale (che vengono puntualmente registrate). Verifica quotidiana durante il giro salme del medico necroscopo e verifica in camera mortuaria dei processi in corso e dell'eventuale presenza nei locali riservati al personale interno, di soggetti non autorizzati. Diffusione ampia del Regolamento interno con evidenza sul sito internet istituzionale. | Durante la presenza quotidiana del personale medico afferente SS Medicina Legale o alla SC Direzione Medica è stata verificata la verificata la presenza di personale solo autorizzato all'interno dei locali, nonché la corretta gestione dei processi in corso. |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--------------|---|--|
| Libera Professione | Autorizzazione Attività libero professionale | Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione, in intramoenia allargata o presso studi professionali privati | 1 richiesta di autorizzazione all'esercizio della LP intramoenia anche allargata da parte del Dir Medico; 2 verifica del possesso dei requisiti; 3 autorizzazione e controlli periodici come definiti dal Regolamento della Fondazione | Direttore Medico di Presidio | Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio | Art. 2, comma 4, legge 120/07 e s.m.i.; Reg. n. 17/2008 | False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia; Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale; Espletamento da parte del personale medico dell'attività libero professionale ambulatoriale durante l'orario di lavoro, in base alle timbrature documentate dal sistema di rilevazione presenze; Errete indicazioni al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime istituzionale; Trattamento più favorevole riservato ai pazienti gestiti in libera professione. Non congruità del processo di prenotazione-esecuzione-fatturazione e incasso delle prestazioni erogate | Autorizzazione senza previa verifica dei requisiti necessari. Mancato monitoraggio periodico dei volumi di prestazioni rispetto all'attività istituzionale. Mancata istruttoria in caso di segnalazioni di non conformità nelle timbrature segnalate dall'ufficio personale. | Medio | Verifica preventiva e periodica circa la sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale. Verifica a campione dei volumi di attività svolte dai medici in libera professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati; Per verificare che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari della prima visita prenotata in regime libero professionale; Valutazione di casi segnalati; Implementazione e monitoraggio dei canali informativi sul sito della Fondazione, aggiornamento delle liste di attesa istituzionali; Verifica degli importi fatturati e incassati complessivamente da parte degli studi esterni per l'accertamento della congruenza | Prima del nulla osta allo svolgimento della libera professione sono stati verificati i requisiti necessari, nonché i volumi di attività rapportati con quella istituzionale. Tramite verifica delle timbrature è stato valutato il corretto svolgimento dell'attività negli orari previsti. |
| Liste d'attesa | Gestione delle liste d'attesa | Adempimenti debiti informativi correlati e modulazione delle agende di prenotazione | 1. accesso del paziente alla Fondazione in regime ambulatoriale tramite prenotazione assegnata dal CUP regionale/interno secondo priorità di legge oppure in regime di ricovero tramite lista di attesa interna composta sempre secondo priorità clinica assegnata dallo specialista 2. controllo del rispetto del corretto iter di accesso ed erogazione delle prestazioni 3. monitoraggio periodico tempi di attesa delle prestazioni secondo le regole di sistema e sistematico controllo delle liste di attesa. | Responsabile Unico Liste d'Attesa (Dr.ssa Sara Cutti) | Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio e personale amministrativo. | PNGLA 2019-2021 | Favorire liste di attesa medio/lunghe al fine di instradare l'utenza verso attività libero-professionale o altra struttura; Mancato rispetto delle classi di priorità; erogazione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali a favore di pazienti che non inseriti in lista d'attesa | mancato monitoraggio periodico del processo. | Medio | Monitoraggio periodico delle liste di attesa con rimodulazioni delle agende di prenotazione ambulatoriale o rimodulazione sedute operatorie; verifica periodica e produzione report (numero, volumi, attività in libera professione/ numero volumi attività istituzionale registrati) per prestazioni monitorate. Controllo periodico delle prestazioni monitorate erogate in libera professione con tempo di attesa=0. | Le liste d'attesa sono state monitorate con particolare attenzione alle rimodulazioni, è stato prodotto un report contenente i volumi di attività, comprese quelle erogate in libera professione. |
| DEC (Direttore Esecutivo del Contratto) per gare d'appalto | Processi nei quali la Direzione Medica è DEC: Appalto pulizie, Smaltimento Rifiuti, Mediazione culturale | Attività conseguenti alla gestione e verifica degli appalti a carico del DEC (coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile all'esecuzione del contratto). | 1 Affidamento del servizio alla ditta aggiudicataria 2 Nomina del DEC (Direttore Medico di Presidio o suo delegato) 3 Svolgimento di tutte le attività di verifica e sorveglianza (principalmente igienico-sanitaria) a carico del DEC nel rispetto del capitolato in essere | SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) | Direttore Medico di Presidio o suo delegato | Codice appalti | Mancata sorveglianza del processo con conseguenti attività svolte in modalità non conforme a quanto descritto nel capitolato d'appalto. Nulla osta alla liquidazione di fatture per prestazioni svolte in volumi o modalità non conformi all'appalto | Mancato rispetto dei tempi prestabiliti e delle prescrizioni presenti nel capitolato d'appalto. Mancato monitoraggio del processo. Erona rendicontazione delle attività svolte. | Medio | Adozione di misure organizzative al fine di monitorare il servizio erogato, nei termini previsti dal capitolato d'appalto (qualità del servizio, adeguatezza delle prestazioni e della reportistica). La Direzione Medica programma dei controlli periodici insieme al gruppo di lavoro, anche in contraddittorio con i responsabili delle ditte appaltanti, per verificare la corretta applicazione di quanto descritto per esecuzione del contratto. Il DEC può proporre modifiche e varanti in corso di esecuzione e comunica eventuali contestazioni su aspetti che influiscono su esecuzione contratto, redigendo idonei processi verbali. | I servizi in carico alla Direzione Medica come DEC sono stati monitorati e controllati al fine della verifica delle prestazioni erogate, nel rispetto di quanto descritto nei capitolati, utilizzando all'occorrenza richiami o emissione di non conformità che possono generare penali economiche. Le fatture emesse dalle ditte appaltanti sono state controllate, prima di procedere al saldo delle stesse. |

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE - GESTIONE TRATTAMENTO GIURIDICO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|---|-----------|--------|--|--|---|---|--|--|--|---|
| Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti (es. L.104/1992, D.Lgs. 151/2001, D.L. 278/2000, CCNL, ecc. | L'ente garantisce a tutti i dipendenti l'accesso ai vari istituti normativi e contrattuali vigenti (es: malattia, congedi, ferie, permessi, aspettative, L.104/1992, tutela e sostegno della maternità e della paternità), diritto allo studio, ecc.) accertando l'effettivo possesso dei requisiti prima della concessione e secondo le procedure specifiche per ogni istituto. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.2 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n.2 assistenti amministrativi cat. C - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5; | P03 - Procedura gestione delle Risorse Umane | Errato Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati. | | Basso | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. Verifica possesso requisiti legati all'Istituto. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici dichiarati rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio. | L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono: a) controllo a campione su un cospicuo numero di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calcolato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti e ad atti conosciuti, sussistano ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato e non potrà basarsi. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.2 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n.2 assistenti amministrativi cat. C - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5; | Legge n. 241/1990 e s.m.i.; DPR 184/2006; Legge 445/2000 e s.m.i. | Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo. | | Basso | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici dichiarati rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione | Adempimenti PerlaPA: permessi ex legge 104/92, Gedap, Gepas. Lavoro usurante notturno: comunicazione annuale al Ministero del lavoro; Conto annuale Flussi Informativi riferiti al personale a Regione Lombardia | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D; n.1 assistenti amministrativi cat. C | Disciplina Nazionale e Regionale vigente | 1) Elaborazione ed invio di dati errati o inventieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità. | | Basso | Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di gestione delle assenze presenze, quanto estratto dal medesimo sistema come reportistica e quanto comunicato al Dipartimento della Fuzione Pubblica ed al Portale di Regione Lombardia | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici risultanti nei contratti rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Reclutamento: concorsi e procedure selettive per assunzioni e partecipazione a commissioni di concorso | La Fondazione assicura, attraverso l'espletamento di selezioni pubbliche e nel rispetto delle norme nazionali generali (D. lgs n. 165/2001) e di settore (es: DPR 220/2001; DPR 483/1997; DM 3001/1998 e 31/01/1998), il reclutamento del personale, garantendo pari opportunità e trasparenza amministrativa. In particolare, l'art. 35 comma 5.2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 prevede l'emanazione di "linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia". La disposizione è stata introdotta dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75 e si inserisce nell'ambito di un più ampio intervento riformatore finalizzato ad aggiornare e migliorare la qualità, la professionalità e le competenze del personale che opera presso la PP.AA. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D con incarico di funzione; n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D; n.2 assistenti amministrativi. | D. lgs n. 165/2001; DPR 220/2001; DPR 483/1997; DM 3001/1998 e 31/01/1998 | 1) Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari. 2) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia imparzialità e trasparenza. 3) Accettazione di richieste di mobilità in cambio di denaro o altra utilità. | | Medio | 1) Monitoraggio composizione commissioni e conseguente controllo della rotazione dei membri. 1) Monitorare periodicamente gli adempimenti di pubblicità di competenza potenziandolo con l'ausilio sistemi informatici. 2) vigilare applicazione normativa/procedura/regolamento a garanzia imparzialità. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati inseriti nella procedura informatica aziendale per l'espletamento delle selezioni pubbliche rispettando i contenuti della normativa di riferimento e dei relativi bandi |
| Analisi dei fabbisogni del personale, bandi e gestione graduatorie concorsuali | La legge delega 124 del 2015 richiamava l'introduzione dei fabbisogni di personale come criterio ordinatore delle politiche assunzionali. Più precisamente fa riferimento alla "... definizione di obiettivi di contenimento delle assunzioni, differenziati in base agli effettivi fabbisogni." Tra gli obiettivi indicati dalla delega vi era inoltre l'introduzione di un sistema informativo nazionale, finalizzato alla formulazione di indirizzi generali e di parametri di riferimento in grado di orientare la programmazione delle assunzioni anche in relazione agli interventi di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. Il decreto legislativo 75 del 2017 dà attuazione a queste volontà legislative intervenendo sulla normativa esistente e riscrivendo diversi passaggi del D.Lgs. 165/01 (art. 35, co. 5.2). Sono state pubblicate in gazzetta le "linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018). Ogni anno l'Azienda adotta il Piano triennale del fabbisogno del personale (a scorrimento) nel rispetto dei vincoli normativi e regionali vigenti e visionabile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n. 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.B5; 1 lavoratore somministrato | articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'8 maggio 2018, recante: "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" D.G.R. n. X/3526 del 05/08/2020 di approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale degli Enti pubblici del SSR per il triennio 2019 - 2021 | 1) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati". 2) Abuso dei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari. 3) Fabbisogno di personale ridondante sulla scorta di specifiche promesse da parte dei possibili assumendi dietro illecito compenso o altra utilità. | | Medio | coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire. coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire. In particolare coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici risultanti nei certificati e nei contratti rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Gestione giuridica personale, certificazione dati giuridici e stato di servizio | Gestione giuridica del personale: si occupa di tutte le procedure di assunzione del personale dipendente in attuazione dei Piani Assunzione annuali approvati dalla Giunta Regionale e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti. Gestisce tutte le procedure amministrative inerenti le graduatorie dei concorsi. Tramite l'Ufficio gestione giuridica personale dipendente ci occupiamo di: • predisposizione dei contratti individuali di lavoro • sviluppi di carriera (incarichi dirigenziali, posizioni organizzative) • trasformazione rapporti di lavoro • cura e gestione dei fascicoli giuridici • gestione dei fabbisogni triennali (dotazioni organiche) • adempimenti regionali, ministeriali e statistiche varie • predisposizione dei regolamenti interni in attuazione di disposizioni contrattuali e normative. • rilascio di certificazioni di servizio a richiesta del dipendente. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n. 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.B5; 1 lavoratore somministrato | D. lgs n. 151/2001 e s.m.i.; D lgs. 165/2001; CCNL di categoria di riferimento | Attestazione stati giuridici errate o inventieri. | | Basso | 1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite prima della stipula del contratto. 2) attivare denuncia alle autorità competenti per reato penale di «falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico». | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici risultanti nei certificati e nei contratti rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Autorizzazione incarichi extrastituzionali ai dipendenti (es. consulenze D.lgs. 165/2001) | Il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione è caratterizzato da specifiche incompatibilità con altri impieghi. Tali incompatibilità sono prescritte dall'ordinamento in ragione dello status giuridico di dipendente pubblico, il quale, ai sensi dell'art. 98 della Costituzione, è "al servizio esclusivo della Nazione". L'Azienda può conferire delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extrastituzionali, intendendosi per tali le attività non ricomprese nei compiti e doveri d'ufficio, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio, così come previsto dall'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat. B5; | D. lgs n. 165/2001; (Regolamento n. 37/2014) | Controllo sulle richieste di autorizzazioni non puntuale al fine di favorire un terzo. | | Medio | 1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite prima della stipula del contratto. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità. 3) attivare denuncia alle autorità competenti per reato penale di «falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico». | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|-----------------------|---|---|---|--|-------|---|--|
| Valutazione del Personale Dipendente | La legge n. 15/09 e il d.lgs. 150/09 (cd. riforma "Brunetta") sono intervenuti anche in materia di assunzioni e progressioni di carriera con l'obiettivo, più volte enunciato (specie nella legge delega) di obbligare le amministrazioni ad attenersi rigorosamente e senza eccezioni ai principi di concorsualità e selettività. La Legge sulla performance è stata modificata con il D.Lgs. 74/2017, che ha rafforzato l'enfasi sull'ascolto dell'utenza e, più in generale, sulla valutazione delle performance organizzative. Tali provvedimenti sono stati voluti per contrastare la deriva adempimentale che vede nella Legge sulla performance un odioso meccanismo burocratico finalizzato esclusivamente a elargire premi e ricompense a Dirigenti e dipendenti pubblici, "a prescindere" dai meriti. Le progressioni consistono nella possibilità offerta ai dipendenti pubblici in virtù di alcuni titoli di studio posseduti e dell'esperienza e qualifica maturata durante la sua vita lavorativa da impiegato di fare carriera lavorativa. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D titolare di incarico di funzione - n.1 assistente amministrativo cat C. | P. 4. Procedura di valutazione delle prestazioni individuali; D. lgs n. 165/2001; CCNL di Categoria; D lgs n. 1502/2009; D. Lgs n. 74/2017; | Alterazione di dati/valutazione allo scopo di riconoscere illegittimamente progressioni economiche. | | Basso | Verifica a campione, da parte del Dirigente, della corretta applicazione dei criteri previsti dagli accordi sottoscritti in delegazione trattante oltre alla pubblicazione delle procedure e al controllo dei servizi effettuati presso altri enti pubblici con richiesta di certificati di servizio. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici risultanti nei certificati e nei contratti rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
|--------------------------------------|--|--|--|-----------------------|---|---|---|--|-------|---|--|

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE- GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|---|---|-----------|--------|--|--|--|--|--|--|---|---|
| Elaborazione stipendi | Elaborazione dei cedolini stipendiali di tutto il personale dipendente della Fondazione - personale Dirigenza e Comparto -: voci fisse, retribuzione accessori, indennità, detrazioni familiari a carico, assegni familiari anni precedenti, trattenute conto terzi, trattenute fiscali, trattenute previdenziali e Inail. | | | | n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 6 assistenti amministrativi | Procedura PAC relativa alla " Gestione del trattamento economico del personale dipendente" | In sede di elaborazione mensile dei cedolini stipendiali inserimento di voci stipendiali non spettanti | | | Controllo delle voci stipendiali inserite manualmente/caricamento automatico operate da personale abilitato diverso, rispetto a personale abilitato che ha effettuato l'inserimento dei dati in procedura stipendi. 1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite. 2) Vigilare sull'attuazione della corretta prassi di controllo. 3) Informare il RPCT di eventuali irregolarità | La S.C. garantisce, attraverso opportune verifiche incrociate, che gli importi (voci fisse e variabili erogati nei cedolini stipendiali) siano corrispondenti a quelli previsti da CCNL e che i relativi assoggettamenti fiscali e previdenziali applicati siano conformi alla normativa vigente. |
| Cessione del quinto dello stipendio e prestiti dell'INPS | La cessione del quinto dello stipendio e i prestiti dell'INPS (così denominati "prestito pluriennale" e "piccolo prestito"), sono dei finanziamenti a tasso fisso erogati ai dipendenti da Istituti Finanziari iscritti all'albo unico degli intermediari finanziari o direttamente dall'INPS, con pagamento a rate costanti. Una volta notificato il contratto da parte degli Intermediari, oppure il tabulato di messa in quota da parte dell'Inps, il pagamento delle rate non viene effettuato dal richiedente, ma dal suo datore di lavoro che trattiene l'importo da versare direttamente dalla busta paga del dipendente. Il datore di lavoro diventa pertanto debitore ceduto. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 2 assistenti amministrativi | T.U. D.P.R. 05/01/1950 N. 180 e relativo Regolamento D.P.R. 28/07/1950 n. 895 Regolamento per l'erogazione di prestiti - INPS | Certificato dello stipendio invertitiero | | | Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica e altro collaboratore che verifica la veridicità dei dati. 1) Vigilare sui controlli eseguiti dal personale della struttura tenendone traccia. 2) Rilevato errore attivare immediata misura correttiva 3) Informare il RPCT dell'irregolarità. | La S.C. verifica, mediante l'espletamento di controlli incrociati, la corrispondenza dei dati giuridici ed economici risultanti nei certificati e nei contratti rispetto a quanto presente nelle procedure aziendali |
| Determinazione dei compensi del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente | Elaborazione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio e collaborazioni). | | | | n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi | Procedura PAC relativa alla " Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato al lavoro dipendente" | 1) Alterazione compenso fisso mensile del personale non dipendente e ore lavorate (borse di studio e collaborazioni) | | Basso | Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica e altro collaboratore che verifica la veridicità dei dati. 1) Vigilare sui controlli eseguiti dal personale della struttura tenendone traccia. 2) Rilevato errore attivare immediata misura correttiva. 3) Informare il RPCT dell'irregolarità. | La S.C. potenzia il numero dei controlli coinvolgendo altra U.O.C. della Fondazione e garantisce la corrispondenza tra gli importi erogati e gli importi stanziati |
| Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio. | L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono: a) controllo a campione su un cospicuo numero di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili di altre Strutture. | | | Dott. Teodoro Casazzo | n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi | Legge n. 241/1990 e s.m.i.; DPR 184/2006; Legge 445/2000 e s.m.l. | Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo. | | | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. | La S.C. provvede, nell'istruttoria connessa all'applicazione di istituti contrattuali economici, a verificare presso le amministrazioni pubbliche, competenti le dichiarazioni rilasciate dal dipendente. |
| Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione | Conto annuale Flussi informativi riferiti al personale a Regione Lombardia - parte economica | | | Dott. Teodoro Casazzo | n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi | Disciplina Nazionale e Regionale vigente | 1) Elaborazione ed invio di dati errati o invertiti al fine di garantire a sé o altri un ingusto profitto o utilità. | | | Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di quanto comunicato al Portale di Regione Lombardia | La S.C. entro la scadenza di ciascun invio massimizza il numero di controlli sui dati inseriti nelle procedure informatiche aziendali |
| Determinazione degli oneri contributivi, assicurativi e assistenziali | Controllo e sistemazione delle posizioni contributive su portale Inps e delle note di debito ed estratti conti amministrazione che pervengono da Inps | | | Dott. Teodoro Casazzo | n. 1 Collaboratore amministrativo n. 1 assistenti amministrativi | | Errata determinazione degli importi di versamento, errata sistemazione della posizione, errato controllo delle note di debito per difficoltà a reperire importi contributi anni molto vecchi | | | Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica ed il Dirigente o Collaboratore amministrativo con incarico di funzione che ricontrollano la pratica - controllo finale con funzionari Inps | Controlli tra Fondazione, Gpi e Inps su alcuni ECA (estratti conto amministrativi) sempre in fase di aggiornamento |

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE- GESTIONE PRESENZE

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|---|-----------|--------|--|--|---|--|--|--|--|-------------------|
| Elaborazione cartellini, rilevazione presenze, inserimento assenze/presenze, mancate timbrature, inserimento voci con riflessi stipendiali e non | L'ufficio Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, in questa specifica fase, si occupa di: a) curare l'esatta contabilizzazione delle timbrature, delle indennità spettanti e dei giustificativi di assenza in rapporto al turno di lavoro assegnato; b) garantire il corretto inserimento nel sistema informatizzato dei giustificativi relativi agli istituti normati da leggi o contratti. | | | Dott. Teodoro Casazzo | Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura. | | 1) Inserimento di timbrature o istituti contrattuali nel sistema informatizzato al fine di favorire se stesso o altri. | | Medio | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. 1) Vigilare sulla corretta gestione, elaborazione cartellini. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità. | Misura attuata |
| Gestione malattie, visite fiscali, infortuni e malattie professionali | Le visite fiscali dei dipendenti pubblici sono prerogative dell'INPS. Per i datori di lavoro pubblici, accedendo con il proprio PIN dispositivo al Portale Inps e selezionando il servizio "Richiesta Visite Mediche di Controllo (Polo unico VMC)", è possibile chiedere e successivamente consultare gli esiti delle visite mediche di controllo. Inoltre, le amministrazioni pubbliche rientranti nell'ambito di applicazione della normativa sul Polo unico, di cui al D.lgs n. 75/2017, possono consultare anche gli esiti delle visite mediche di controllo disposte d'ufficio dall'Istituto. L'ufficio riceve, tramite PEC dedicata, gli attestati di malattia telematici che vengono caricati nel sistema informatizzato e controllati. | | | Dott. Teodoro Casazzo | Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché il Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane. Per quanto riguarda le malattie possono essere coinvolti i medici dell'azienda qualora attestassero inabilità lavorativa nei confronti di dipendenti per la prognosi, nonché tutti i coordinatori/responsabili con riferimento al loro potere di disporre il controllo fiscale. Nel processo sono coinvolti anche Enti esterni quali l'INPS, l'INAIL, l'Ispektorato territoriale del lavoro e l'ATS. | | 1) Mancato controllo sulle malattie per favorire il malato. | | Medio | Controllo a campione sui certificati di malattia incentrando il controllo sulle malattie antecedenti o successive al periodo di riposo/ferie. 1) Vigilare sul corretto operato dei colleghi. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità. | Misura attuata |
| Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio. | L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono: a) controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti o ad atti conclusi, sussistono ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato. | | | Dott. Teodoro Casazzo | Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura. | | Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo. | | Basso | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. | Misura attuata |
| Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti (es. LD Lgs. 151/2001, 278/2000, CCNL, ecc.) | L'ente garantisce a tutti i dipendenti l'accesso ai vari istituti normativi e contrattuali vigenti (es: malattia, congedi, ferie, permessi, aspettative, L.104/1992, tutela e sostegno della maternità e della paternità, diritto allo studio, ecc.) accertando l'effettivo possesso dei requisiti prima della concessione e secondo le procedure specifiche per ogni istituto. | | | Dott. Teodoro Casazzo | Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura. | | Errato Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati. | | Basso | Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti Verifica possesso requisiti legati all'Istituto. | Misura attuata |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|--|--|--|---|---|---|-------|--|
| SERVIZIO ISPETTIVO | Il processo è finalizzato all'espletamento delle verifiche disciplinate dal Regolamento Aziendale sul funzionamento del Servizio Ispettivo n. 19/2008 nei confronti dei nominativi dei dipendenti estratti a sorte. | Verificare l'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di incompatibilità, attività libero professionale intramuraria ed extramuraria, rapporto di lavoro part time, consulenze e consultazioni, pantouflage | <p>assenza di conflitto d'interesse, ecc.</p> <p>3) Istruttoria mediante acquisizioni documentali e, ove possibile, mediante richiesta ad Enti terzi</p> <p>4) Confronto esteri verifiche con le autocertificazioni acquisite</p> <p>5) Eventuale istruttoria orale in contraddittorio con i soggetti interessati</p> <p>6) Conclusione del procedimento</p> <p>7) Informativa agli interessati degli esiti delle verifiche</p> <p>8) Relazione conclusiva</p> <p>9) Trasmissione della relazione conclusiva alla Direzione Generale della Fondazione ed al Dipartimento della Funzione Pubblica</p> <p>10) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione</p> | Trattasi di Servizio istituito a livello aziendale con apposita determina (cfr. Determina n. 940/D.G. del 22.09.2008) Responsabile del Servizio Ispettivo | N. 2 unità Composizione eterogenea, non necessariamente riconducibile alla SC Avvocatura - Legale e Contenzioso | Regolamento Aziendale n. 19/2008 sul funzionamento del Servizio Ispettivo | Le criticità del processo sono minime in quanto trattasi prevalentemente di attività di controllo vincolata | Non correttezza/incompletezza della documentazione fornita al Servizio per le conseguenti verifiche | Basso | |
|--------------------|---|---|--|--|--|---|---|---|-------|--|

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|---|---|--|---|--|--------------------------------------|---|--|--|--|---|-------------------|
| GESTIONE SINISTRI PROPERTY E PATRIMONIALI | Il processo è finalizzato ad ottenere il risarcimento dei danni causati da qualsiasi evento ai beni mobili e immobili di proprietà della Fondazione o di proprietà di terzi ma detenuti dalla Fondazione stessa a qualsiasi titolo, nonché ad ottenere il ristoro delle perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza di condotte poste in essere da soggetti per i quali la Fondazione assicurata deve rispondere a norma di legge | Gestione del sinistro con l'apporto delle competenti Strutture interessate, nonché del Broker assicurativo aziendale | <p>1) Esame preliminare della richiesta risarcitoria o della segnalazione di avvenuto danno da parte delle Strutture interessate</p> <p>2) Denuncia e richiesta di apertura del sinistro al broker aziendale</p> <p>3) Istruttoria interna con acquisizione della inerente documentazione</p> <p>4) Monitoraggio del sinistro anche mediante corrispondenza con il broker assicurativo</p> <p>5) Valutazione sulla proposta di definizione del sinistro formulata dalla Compagnia di Assicurazione o dal terzo civilmente responsabile anche mediante l'acquisizione dei pareri di congruità da parte delle Strutture competenti e del Broker aziendale</p> <p>6) Acquisizione di nulla osta della Direzione e chiusura della posizione, di regola con incasso dell'indennizzo.</p> | SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO | n. 5 unità | Polizza assicurativa di riferimento; Codice Civile | <p>Le criticità del processo sono minime in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestione dei sinistri in oggetto implica il coinvolgimento di differenti soggetti e strutture, anche esterni all'Ente, operanti su più livelli di responsabilità; - le procedure in oggetto sono, di regola, finalizzate ad ottenere un indennizzo a favore dell'Ente; - la valutazione delle proposte di definizione dei sinistri formulate dall'Assicurazione avviene sulla scorta di pareri di congruità del broker e delle Strutture interessate. | | Basso | Istruzione Operativa P 29 - Procedura Gestione Sinistri All Risk Property e Sinistri da responsabilità civile e patrimoniale adottata in data 31.12.2020 e revisionata ed implementata in data 16.12.2021 | |

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|---------------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------|-------------------|
| GESTIONE SINISTRI RCT/RCO | Il processo riguarda la trattazione delle richieste risarcitorie relative a danni patrimoniali e non patrimoniali subiti da soggetti terzi/utenti, nonché la gestione delle richieste risarcitorie riferite a danni subiti dai prestatori d'opera nell'espletamento delle relative mansioni professionali | Gestione del sinistro con l'apporto delle diverse professionalità esterne all'ufficio di volta in volta coinvolte | <p>1) Esame preliminare della richiesta risarcitoria formulata dal danneggiato/avente diritto</p> <p>2) Apertura diretta del sinistro in gestione assicurativa o in regime di autoassicurazione a seconda che il valore economico del danno superi, o meno, la quota di SIR prevista in polizza</p> <p>3) Istruttoria del sinistro a cura dell'Ufficio Liquidazione Sinistri mediante l'acquisizione della documentazione dalle Strutture coinvolte e/o da Soggetti esterni/terzi danneggiati</p> <p>4) Coinvolgimento delle figure istituzionalmente preposte alla gestione del sinistro (es: medico legale, DMP, Risk Management, consulenti specialisti di parte ecc.)</p> <p>5) Trattazione del sinistro in sede di Comitato Valutazione Sinistri</p> <p>6) Esecuzione delle decisioni assunte in Comitato, con assunzione occorrendo dei provvedimenti amministrativi necessari</p> | SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO | n. 5 unità | Polizza assicurativa di riferimento; Linee Guida regionali (Allegato A della DGR 4334/2012 e s.m.i., da ultimo le Linee Guida approvate con DGR 15406/2022); Linee Guida annuali di Risk Management; Legge n. 24/2017; Regolamento Aziendale interno sul funzionamento del CVS | <p>Le fasi 4) e 5) comportano esclusivamente il recepimento di pareri/decisione tecniche estranee all'Avvocatura.</p> <p>Le criticità del processo sono minime in quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestione dei sinistri in oggetto implica il coinvolgimento di differenti soggetti e strutture, anche esterni all'Ente, operanti su più livelli di responsabilità; - il parere tecnico sul sinistro è assunto collegialmente in sede di CVS, sulla scorta di specifiche valutazioni medico-legali; - i parametri liquidativi sono indicati dal Medico Legale; - la quantificazione economica del danno avviene applicando le tabelle del Tribunale di Milano per i danni biologici superiori al 9%, ovvero le tabelle assicurative per lesioni micropermanenti; - l'eventuale liquidazione del sinistro avviene solo previo nulla osta della Direzione Strategica. | | Basso | | |

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|--|---|--|--|--------------------------------------|--|--|---|--|--|-------------------|
| NOMINA DEI CONSULENTI TECNICI DI PARTE | Conferimento di incarico consulenziale, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, a professionisti specializzati nella materia oggetto della vertenza | Conferimento d'incarico di perito di parte (stragiudiziale o giudiziale) sulla scorta delle indicazioni nominative fornite da Strutture/soggetti esterni all'ufficio legale | <p>1) Rilevazione del fabbisogno di professionalità esterna alla Fondazione da parte di organismo diverso dalla Struttura che gestisce il processo (es: il Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale)</p> <p>2) Individuazione del professionista mediante l'indicazione fornita dalle S.S.C.C. competenti per materia e/o dal medico legale esterno/interno (nell'ipotesi di malpractice). La scelta del nominativo del perito è pertanto estranea alla Struttura che gestisce il processo</p> <p>3) Istruttoria interna con acquisizione di preventivo, di dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi, eventuale nulla osta dell'Ente di appartenenza, curriculum vitae, ecc.</p> <p>4) Trasmissione del preventivo di spesa</p> | SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO | N. 5 unità | Regolamento aziendale per il funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di collaborazione n. 14/2008; Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri. Linee guida regionali approvate con DGR 15406/2022. | In relazione alla fase 2): possibile distorsione della discrezionalità nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità. (rischio minimo e comunque gravante su soggetti estranei alla Struttura) | In relazione alla fase 2): insussistenza di elenchi/Albi professionali dedicati | Medio | Proposta /progetto regionale in itinere di redazione di Albo di consulenti tecnici condiviso tra le aziende sanitarie lombarde; tale progetto regionale al momento non ha avuto seguito. La Regione Lombardia nelle Linee guida decreto n. 15406/2022 ha dettato la seguente disposizione da applicare: "Per i casi di dubbio interpretazione, specie se di rilevante valore economico, è consentita ricorrere a collaborazioni mediche e legali esterne, proprio nelle logiche della tutela economica delle aziende, al fine di assicurarsi l'apporto professionale più adatto alle necessità del caso (...). L'Azienda (...) potrà avvalersi, con oneri a propria carico oppure a carico dell'assicurazione ove previsto dal contratto, di collaboratori delle varie specialità mediche e delle professioni sanitarie, di legali esperti nel contenzioso sanitario e di professionisti esperti in valutazione e liquidazione dei danni". | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | per l'approvazione da parte della Direzione Strategica | | | | | | | | |
| | | | 5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e adempimenti di legge correlati | | | | | | | | |
| | | | 6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso | | | | | | | | |
| | | | 7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica | | | | | | | | |

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|---|--|---|---|---|-------------------------------------|---|---|--|--|---|-------------------|
| CONFERIMENTO DI INCARICO DI PATROCINIO LEGALE AD AVVOCATI ESTERNI | Proposta di provvedimento d'incarico a fronte dell'indicazione del nominativo del professionista da parte dell'Amministrazione | Istruttoria e redazione dei provvedimenti di incarico e liquidazione dei compensi in esito all'attività svolta dal professionista | 1) Rilevazione del fabbisogno di professionista legale esterno alla Fondazione da parte degli organi di vertice 2) Individuazione del professionista mediante l'indicazione fornita dall'Amministrazione ai sensi del Regolamento Aziendale sul funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008 3) Istruttoria interna con l'acquisizione di preventivo di spesa, dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi, curriculum vitae 4) Trasmissione del preventivo per l'approvazione da parte della Direzione Strategica 5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e adempimenti di legge correlati 6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso 7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica | RESPONSABILE SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO | n. 2 unità | Regolamento Aziendale sul funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Statuto della Fondazione; Elenco o Albo interno degli Avvocati | Le fasi 1) e 2) sono di norma rimesse a soggetti estranei all'Avvocatura. Le criticità del processo sono minime in quanto il conferimento d'incarico ad Avvocati esterni è residuale a fronte della presenza di un'Avvocatura interna all'Ente preposta alla gestione diretta di tutti i contenziosi. In relazione alla fase 2); possibile distorsione della discrezionalità nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità in relazione alla complessità e specificità della materia da trattare. | | Basso | Istituzione di un elenco aperto interno degli avvocati ai quali affidare eventuale incarico di patrocinio secondo le previsioni di cui alla Deliberazione n. 5/C.d.A./117 del 14.10.2021 e relativo allegato. Elenco aperto avvocati esterni aggiornato, da ultimo, con Deliberazione n. 5/C.d.A./69 del 27.07.2023 | |

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|-------------------|
| ISTANZA DI PATROCINIO LEGALE AVANZATA ALLA FONDAZIONE DA DIPENDENTE AMMINISTRATORI | Il processo scaturisce da una richiesta di patrocinio legale da parte di dipendenti/amministratori coinvolti in procedimenti giudiziari per fatti connessi all'esercizio delle proprie funzioni e si conclude - ove ne sussistano i presupposti - con il pagamento del legale da parte dell'Azienda. | Espletamento dell'attività istruttoria e dei correlati provvedimenti per l'assunzione del patrocinio da parte dell'Azienda | 1) Ricezione dell'istanza di patrocinio legale 2) Valutazione sulla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento, o meno, dell'istanza, conformemente alle disposizioni del CCNLL o del contratto individuale. In caso la richiesta provenga da Amministratori, la valutazione sulla sussistenza del conflitto d'interessi è estranea all'Avvocatura 3) A conclusione del procedimento giudiziale, liquidazione degli oneri al legale incaricato o rimborso al dipendente, in presenza dei presupposti ed alle condizioni del CC.NN.LL. o del contratto individuale 4) Formalizzazione di provvedimento autorizzativo al pagamento o al rimborso delle spese legali, ove dovuto; ovvero, esecuzione del provvedimento deciso dal C.d.A. | LA SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO E' RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO PER I PROCESSI RIFERITI AL PERSONALE DIPENDENTE MENTRE E' RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA PER I PROCESSI RIFERITI AGLI AMMINISTRATORI | n. 4 unità | Art 67 CCNL Area Sanità 2016-2018 (Dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie); Art 88 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021; Art. 82 CCNL Area Funzioni Locali 2016-2018 (Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa); Moduli interni per istanza di patrocinio; Contratti individuali di lavoro di prestazione d'opera intellettuale | Per le fasi 2-3 possibile distorsione della valutazione sulla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento o meno dell'istanza di patrocinio (criticità minima - coinvolgimento nel processo di soggetti estranei all'Avvocatura) | | Basso | In corso di valutazione l'adozione di Regolamento aziendale interno in materia di Patrocinio legale e rimborso spese di assistenza legale in favore di dipendenti e amministratori | |

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|-------------------|---|--|--|---|-------------------------------------|---|---|--|--|----------------------------------|-------------------|
| ACCESSO AGLI ATTI | Evasione delle richieste di accesso agli atti | Gestione delle istanze di accesso ed espletamento della correlata attività istruttoria | 1) Esame preliminare dell'istanza di accesso 2) Attività di istruttoria interna di verifica della sussistenza dei presupposti soggettivi e oggettivi ai fini dell'evasione dell'istanza 3) Rigetto o accoglimento dell'istanza | RESPONSABILE SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO | n.10 unità | Legge n. 241/1990 e s.m.i; Regolamento Aziendale n. 49/2017 | Le criticità del processo sono minime in quanto trattasi prevalentemente di attività vincolata. | | Basso | | |

SC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|----------|--------------------------|-----------|---|---|-------------------------------------|---|---|---|--|----------------------------------|-------------------|
| | | | La proposta giunge tramite mail o a mani all'Ufficio Protocollo che provvede a registrarla e ad inviarla alla SC Affari Generali e Istituzionali per la presa in carico La proposta giunge tramite mail agli altri Uffici della Fondazione che provvedono ad inviarla all'Ufficio Protocollo o, in subordine, alla SC Affari Generali e Istituzionali. Nel primo caso, la proposta viene registrata/protocollata dall'Ufficio Protocollo e poi inviata alla SC Affari Generali e Istituzionali per il seguito di | Ufficio Protocollo, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e | | | | Lasso di tempo intercorrente tra l'arrivo del documento. La | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|----|--|--|---|--|
| | | <p>Presenza in carico della proposta di donazione</p> <p>competenza. Nel secondo caso, la proposta viene inviata dapprima all'Ufficio Protocollo che provvederà alla registrazione [protocollazione della stessa e, successivamente, all'invio alla SC Affari Generali e Istituzionali.</p> <p>La proposta giunge tramite mail alla SC Affari Generali e Istituzionali che provvede ad inoltrarla all'Ufficio Protocollo per la registrazione della stessa. L'ufficio protocollo, una volta registrata/protocollata la proposta, la inoltra alla SC Affari Generali e Istituzionali: per l'avvio dell'iter istruttorio.</p> | <p>Contabilità, Direzione Scientifica, Strutture sanitarie, SC Affari Generali e Istituzionali</p> | 6 | | <p>Perdita del documento o mancato invio dello stesso al protocollo o errata assegnazione</p> | <p>----- protocollazione e la presa in carico. Oggetto poco chiaro (in caso di errata assegnazione)</p> | <p>Nuovo sistema di protocollazione aziendale ed attivazione di un sistema interno di notifiche mail tra gli uffici interessati in modo da rendere possibile un controllo incrociato ed un maggiore monitoraggio</p> |
| | | <p>Verifica elementi essenziali della proposta</p> <p>Completezza degli elementi identificativi del donante (data di nascita, c.f. e partita IVA in caso di persona giuridica, telefono, mail, pec ove presente)</p> <p>Verifica oggetto della donazione (somma di denaro, fornitura di servizi, beni mobili, apparecchiature/attrezzature, beni immobili) al fine di avviare l'istruttoria della stessa</p> <p>Verifica dell' eventuale sussistenza di vincoli/oneri a carico dell'Ente</p> <p>Verifica del valore economico della stessa</p> <p>Verifica presenza data, firma ed eventuale Ufficio di destinazione</p> | <p>SC Affari Generali e Istituzionali</p> | 1 | | <p>Omessa o incompleta verifica degli elementi essenziali</p> | <p>Proposta incompleta o contraddittoria</p> | <p>Implementazione della modulistica esistente in modo da garantire una sempre maggiore completezza di informazioni da fornire agli operatori chiamati a gestire la proposta</p> |
| <p>ACQUISIZIONE ATTI DI LIBERALITA'</p> | <p>Il processo consiste nell'attivazione e gestione dell'iter normativo previsto per l'accettazione da parte dell'Ente di tutti gli atti di liberalità, aventi ad oggetto somme di denaro, forniture di servizi, beni mobili ed immobili, pervenuti da persone fisiche o giuridiche. L'elemento che innesca il processo (input) è la proposta di donazione (consistente in una mail/lettera d'intenti o modulistica specifica inoltrata all'ufficio protocollo oppure agli altri uffici della Fondazione). Il risultato atteso (output) è l'acquisizione nel patrimonio dell'Ente di quanto offerto in donazione (somme di denaro, beni, servizi e forniture) attraverso l'accettazione formale dell'atto di liberalità da parte del C.d.A.</p> | <p>Avvio iter istruttorio</p> <p>Per le donazioni aventi ad oggetto somme di denaro, occorre previamente verificare presso la SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, la sussistenza o meno di un bonifico o di una ricevuta Pagopa. Il bonifico o il versamento mediante il portale di Regione Lombardia possono essere effettuati dal donante contestualmente alla proposta di donazione.</p> <p>Per le donazioni aventi ad oggetto somme di denaro occorre verificare dapprima il valore. Se superiori a 1.000 euro occorre acquisire dai soggetti chiamati a rilasciare i nulla osta anche la Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Occorre, altresì, verificare se sulle stesse gravi un vincolo di destinazione (attività di assistenza, attività di ricerca, attività di formazione, attivazione borsa di studio, o contratto libero professionale).</p> <p>Se la proposta ha ad oggetto somme di denaro destinate all'assistenza, va richiesto il nulla osta del Direttore Medico di Presidio; se la proposta ha ad oggetto somme di denaro destinate alla ricerca va richiesto il nulla osta del Direttore Scientifico, se la proposta ha ad oggetto somme di denaro da destinarsi ad attività di formazione, va richiesto il nulla osta della SS Formazione e Sviluppo Competenze, se la proposta ha ad oggetto l'attivazione di contratti libero professionali o borse di studio per attività di assistenza va richiesto il nulla osta alla SC Direzione Medica di Presidio, mentre nel caso di contratti di ricerca libero professionali o borse di studio per attività di ricerca, va richiesto il nulla osta del Direttore scientifico.</p> <p>Acquisiti i nulla osta del Direttore Medico di Presidio, del Direttore Scientifico, del responsabile della Formazione, per quanto di competenza, occorre acquisire i nulla osta dei Direttori/Responsabili delle Strutture che concretamente beneficeranno della donazione in quanto espressamente indicate dal donante come Struttura di destinazione.</p> <p>Per le donazioni aventi ad oggetto beni mobili (suppellettili, arredi etc etc.), apparecchiature e attrezzature occorre verificare la presenza di schede tecniche, manuali d'uso e certificazioni di conformità. In caso di documentazione assente o incompleta, occorrerà fare richiesta di integrazione al donante. Per tutte le donazioni aventi ad oggetto beni mobili, attrezzature e apparecchiature occorre acquisire la Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del Direttore/responsabile della Struttura di destinazione.</p> | <p>SC Affari Generali e Istituzionali, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Direzione Medica di Presidio, Direzione Scientifica, SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato), SC Ingegneria Clinica Aziendale, SC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza, SC Sistemi Informativi, SS Formazione e Sviluppo Competenze, SC Gestione Tecnico Patrimoniale</p> | 10 | <p>Artt. 769 e ss. Codice Civile, Regolamento "Atti di Liberalità" n. 59/19 della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Statuto della Fondazione (art. 12, lett. h); Regolamento UE n. 2016/679 sulla protezione dei dati personali, Disposizioni ANAC</p> | <p>Mancata acquisizione dei nulla osta/pareri tecnici necessari e/o delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse</p> | <p>Scarsa collaborazione dei Direttori/Responsabili delle Strutture di destinazione</p> <p>BSSS</p> | <p>Sensibilizzazione del personale Dirigente sulla necessità/opportunità di rendere l'iter quanto più completo e celere possibile</p> |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|--|--|---|---|-------|
| GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE/RICERCHE CONTO TERZI | gestione delle richieste di sperimentazione clinica/ricerca conto terzi dalla valutazione ed approvazione da parte del Comitato Etico, alla formale autorizzazione allo svolgimento | approvazione da parte del Comitato Etico Territoriale competente (per gli studi che coinvolgono, soggetti umani e materiale biologico prelevato da soggetti umani) | documentazione prevista dalla vigente normativa e regolamentazione in materia per gli studi di competenza del Comitato Etico Territoriale Lombardia 6 richiesta, ove necessaria, integrazione documentazione presentata sia da Promotore che da Unità Operativa interessata per gli studi di competenza del Comitato Etico Territoriale Lombardia 6 valutazione ed approvazione da parte del Comitato Etico Territoriale competente trasmissione parere Comitato Etico a Promotore, Unità Operativa interessata per gli studi di competenza del Comitato Etico Territoriale Lombardia 6 e ad Ufficio Sperimentazioni Cliniche per gli studi da svolgere presso la Fondazione per il seguito | Segreteria Comitato Etico Territoriale Lombardia 6 (Responsabile Dr.ssa Cristina Flocchi) | n.1 Dirigente Farmacista, n.5 Collaboratori Professionali di Ricerca Sanitaria, n.1 Lavoratore autonomo | D.M. Salute 26/01/2023, 27/01/2023 e 30/01/2023 - D.G.R. Lombardia n.XII/1292/2023 (Comitato Etico) Regolamento aziendale n.54/2017 (Ricerche conto Terzi) | documentazione incompleta, dichiarazioni non conformi | confitto di interessi, ingerenza di Promotori e Unità Operative interessate | approfondita verifica della documentazione | Medio |
| | | autorizzazione amministrativa alla esecuzione dello studio | negoziazione contratto con Promotore esterno Decreto Direttore Generale di autorizzazione raccolta sottoscrizioni contratto con Promotore esterno notifica autorizzazione a Promotore e Unità Operativa interessata (inclusa trasmissione contratto a Promotore esterno) | Direttore Dipartimento Ricerca | n.1 Collaboratore amministrativo | | negoziazione aspetti contrattuali non conformi con template AIFA | confitto di interessi, ingerenza di Promotori e Unità Operative interessate | rispetto puntuale delle indicazioni di AIFA e Regione Lombardia per la sottoscrizione di contratti uniformi | |

SSD SERVIZI AMMINISTRATIVI RICERCA E SVILUPPO

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|------------------|--|---|--|--------------------------|---|-------|
| GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE/RICERCHE CONTO TERZI | distribuzione ed utilizzo proventi da sperimentazione clinica/ricerca conto terzi | distribuzione proventi da studi profit | richiesta emissione fatture e verifica incassi verifica richieste di distribuzione compensi da parte delle Unità Operative interessate Decreto dirigenziale di distribuzione proventi Liquidazione competenze a personale coinvolto extra-servizio | Responsabile SSD | n.1 Dirigente amministrativo, n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria | Regolamento aziendale n.54/2017 (Ricerca conto terzi) | assenza adeguata copertura economica, dichiarazioni non conformi in tema di costi aggiuntivi | mancaanza di trasparenza | approfondita verifica della documentazione e delle dichiarazioni presentate | Medio |
|--|---|--|---|------------------|--|---|--|--------------------------|---|-------|

SSD SERVIZI AMMINISTRATIVI RICERCA E SVILUPPO

| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|---|-------------------|
| BORSE DI STUDIO E CONTRATTI DI RICERCA | Conferimento borse di studio ed incarichi di lavoro autonomo, di natura professionale, per lo svolgimento di attività di ricerca/supporto alla ricerca | pubblicazione avviso selezione pubblica | ricezione proposta indicazione da parte del Direttore della Struttura interessata e del Responsabile del correlato progetto di ricerca | Responsabile SSD | n.1 Dirigente amministrativo, n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, n.1 assistente Amministrativo | Regolamento aziendale n.14/2008 (Incarichi), Regolamento aziendale n.61/2019 (Borse di studio) | requisiti di ammissione non conformi a reali necessità correlato progetto di ricerca | confitto di interessi | Medio | approfondita verifica della documentazione e degli obiettivi del correlato progetto di ricerca | |
| | | | verifica completezza requisiti richiesti per concorrere, copertura economica e raccolta parere Direttore Scientifico | | | | | | | | |
| | | svolgimento procedura selettiva | provvedimento (determinazione DG) di approvazione della selezione | Commissione di valutazione | | | autocertificazioni titoli non rispondenti al vero, valutazione titoli e prova d'esame non uniforme | confitto di interessi, scarsa trasparenza | Basso | verifica dei titoli autocertificati, massima trasparenza ed accuratezza nei verbali delle Commissioni valutatrici | |
| | | | pubblicazione avviso di selezione | | | | | | | | |
| | | conferimento incarico/borsa di studio | ricezione delle domande di partecipazione alla selezione | Responsabile SSD | | attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà | confitto di interessi | Basso | approfondita verifica delle attestazioni | | |
| | | | verifica possesso requisiti di ammissione, ammissione aspiranti e valutazione titoli | | | | | | | | |
| | | eventuale prosecuzione/rinnovo | svolgimento prova d'esame (normalmente un colloquio) stesura verbale per graduatoria di merito | Responsabile SSD | | attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà | confitto di interessi | Medio | approfondita verifica delle attestazioni | | |

| SSD SERVIZI AMMINISTRATIVI RICERCA E SVILUPPO | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|---|--|---|--|--|-------------------|
| PROCESSO | DESCRIZIONE DEL PROCESSO | ATTIVITA' | FASE/I | RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA' | RISORSE UMANE IMPEGATE NEL PROCESSO | PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO | RISCHIO SPECIFICO/CITICITA' DEL PROCESSO | FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CONRUTTIVO DEL PROCESSO | VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO | MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO | ATTUAZIONE MISURA |
| SPONSORIZZAZIONI | reperimento risorse economiche esterne per supportare lo svolgimento di iniziative scientifiche (convegni/congressi) | pubblicazione avviso pubblico per raccolta offerte sponsorizzazione | ricezione e valutazione da parte del Direttore Scientifico richiesta ricerca sponsorizzazioni iniziative scientifiche | Responsabile SSD | n.1 Dirigente amministrativo, n.2 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria | Regolamento aziendale n.60/2019 | richieste non conformi alle reali necessità della iniziativa scientifica | scarsa trasparenza ed assenza o carenza di adeguata motivazione | Medio | attenta analisi delle reali necessità di supporto economico alla iniziativa scientifica | |
| | | | predispensione provvedimento (determinazione DG) ed avviso pubblico per ricerca sponsorizzazioni | | | | | | | | |
| | | | pubblicazione avviso pubblico ricerca sponsorizzazioni | | | | | | | | |
| | | accettazione offerte di sponsorizzazione | ricezione offerte di sponsorizzazione | Responsabile SSD | | | conflitto di interessi | conflitto di interessi | Medio | attenta verifica della presenza/conormità delle autocertificazioni sul conflitto di interessi e sul potenziale rischio di conflitto di interessi | |
| | predispensione provvedimento (determinazione DG) per accettazione sponsorizzazioni, autorizzazione svolgimento iniziativa scientifica ed utilizzo fondi raccolti | | | | | | | | | | |
| | predispensione contratti sponsorizzazione | | | | | | | | | | |
| | | utilizzo fondi da sponsorizzazione | raccolta sottoscrizioni contratti sponsorizzazione | Responsabile SSD | | | utilizzo fondi non conforme alle esigenze della iniziativa scientifica | scarsa trasparenza | Medio | attenta verifica della correlazione tra le spese da autorizzare e le esigenze della iniziativa scientifica | |
| | richiesta emissione fatture a sponsor | | | | | | | | | | |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|-------|------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 1 | Neonatologia (TIN-Patologia neonatale e Nido) degenza e ambulatoriale | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 2 | Ginecologia degenza e DH | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 3 | Chirurgia Pediatrica degenza, prericovero e ambulatori, S.O. | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 4 | Oncoematologia pediatrica, TMO, DH e ambulatori | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 5 | Pediatria degenza, ambulatori, DH e MAC, PS pediatrico | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 6 | Ostetricia degenza | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 7 | Sala parto, PS ostetrico | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 8 | Ostetricia e Ginecologia ambulatori, Progetto BRO, PMA area assistenziale | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MATERNO INFANTILE |
| 9 | Medicina Generale 1 | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 10 | Medicina Generale II | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 11 | Percorso ambulatoriale area medica + MAC + Reumatologia Ambulatori., DH e Dermatologia Ambulatori, DH e DS | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 12 | Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|-------|------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 13 | Dialisi e Nefrologia Ambulatori, e DH | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 14 | Cardiologia degenza, ambulatori e DH | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 15 | UTIC e Emodinamica | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 16 | MAR degenza con settore di Sub-intensiva | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 17 | MAR Ambulatori, DH, Servizi, Centro Amiloidosi | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 18 | Ematologia degenza, ambulatori, DH e TMO | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 19 | Nefrologia e Reumatologia degenza | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 20 | Cure Palliative degenza, DH, MAC, ambulatori - Beigioioso | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 21 | Malattie Infettive degenza, DH e ambulatori | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 22 | Oncologia degenza | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 23 | Oncologia DH | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 24 | Radioterapia, Medicina Nucleare | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA MEDICA |
| 25 | Week surgery degenza, S.O. WS, ambulatori WS e Ambulatori Libera professione | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|-------|------------|-------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 26 | Otorinolaringoiatria degenza e ambulatori, Endoscopia ORL, Logopedia, Audiometria | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 27 | Chirurgia 1, Chirurgia Senologica degenza | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 28 | Chirurgia II degenza | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 29 | Chirurgia Vascolare degenza, ambulatori, DH, Vulnologia | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 30 | Neurochirurgia degenza e Servizio di TNFP | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 31 | Urologia, degenza, ambulatori, DH e Stomaterapia | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 32 | Piastra ambulatoriale (Prericovero, Poliambulatorio chirurgico DEA) | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 33 | Oculistica degenza, ambulatori, DH, S.O., Banca Occhi | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA CHIRURGICA |
| 34 | Servizio Trasporti Sanitari (STS) e Fattorinaggio | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 35 | Piastra Radiologica Area Assistenziale (Infermieri e Operatori di supporto) | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 36 | Piastra Radiologica Area Tecnico-Sanitaria | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 37 | Servizio Immunotrasfusionale, CLV, PMA (area tecnica), LRS Area Trapiantologica Laboratori | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|---|-------|------------|---------------------|----------------------------------|---------------------|----------------|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 38 | Senologia Chirurgica ambulatori, Senologia Diagnostica, Centro prelievi, TAO, LRS Area trapiantologica ambulatori, Emostasi, Odontoiatria | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 39 | Virologia e Microbiologia; Laboratorio Celi Factory | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 40 | Analisi Chimico Cliniche, Ematologia Laboratorio | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 41 | Medicina Riabilitativa | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 42 | Anatomia patologica, Camera mortuaria | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 43 | Gestione processi di qualità in ambito radiologico e Coordinatore Didattico CdL TSRM, radiologico | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA SERVIZI |
| 44 | Rianimazione 1, Rianimazione Regione Lombardia degenza | 55-69 | 5° livello | Elevata complessità | 9000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 45 | Rianimazione II degenza | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 46 | Ortopedia degenza e ambulatori | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 47 | Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza | 55-69 | 5° livello | Elevata complessità | 9000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 48 | Cardiochirurgia degenza, ambulatori., DH e Sala BEM | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 49 | Blocco Operatorio Cardiochirurgia area tecnica (TCP) e Coordinatore Didattico CdL Tecnici Cardioperfusionisti | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|--------|------------|------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 50 | Blocco Operatorio DEA, Recovery Room e Centrale di Sterilizzazione | 55-69 | 5° livello | Elevata complessità | 9000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 51 | Blocco Operatorio Ortopedia | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 52 | Blocco Operatorio Cardiocirurgia | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |
| 53 | Farmacia, UMACA (Centrai Admixture Service) | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 54 | Nutrizione Clinica | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 55 | Medicin del Lavoro (Sorveglianza Sanitaria) Assistenti Sanitarie | <15 | 1° livello | Base | 2000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 56 | Centrale Dimissioni Protette, Progetto DAMA | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 57 | Coordinatore didattico CdL in Infermieristica | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 58 | Coordinamento donazione e trapianti organi e tessuti | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 59 | Responsabile Area Emergenza Urgenza | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 60 | Responsabile Area Salute della Donna e del Bambino | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 61 | Responsabile Area Cardio-toraco-vascolare e Area Chirurgica e Neuroscienze | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 62 | Responsabile Area Oncologica ed Ematologica e Area Medica | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|--|--|--------|------------|------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 63 | Responsabile Area Medicina Diagnostica | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 64 | Responsabile Programmazione e Gestione Risorse | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 65 | Responsabile integrazione Formazione Clinica CdL Professioni Sanitarie, Programmazione Formazione Clinica Post Base, Tirocini tecnico-pratici OSS Laurea | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 66 | Responsabile Processi assistenziali e definizione fabbisogno formativo e dei processi in ambito di sicurezza sul luogo di lavoro | 70-100 | 6° livello | Funzione organizzativa | 12000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 67 | Case manager Percorso Oncoematologico pediatrico | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA MATERNO INFANTILE |
| 68 | Case manager Percorso Reumatologico (Fragilità ossea) | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA MEDICA |
| 69 | Case manager Percorso Ematologico | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA MEDICA |
| 70 | Case manager Percorso Malattie infettive | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA MEDICA |
| 71 | Case manager Percorso Oncologico | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA MEDICA |
| 72 | Case manager Percorso Breast unit | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA CHIRURGICA |
| 73 | Case manager Percorso Chirurgia Bariatrica | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA CHIRURGICA |
| 74 | Specialista in Vulnologia | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA CHIRURGICA |

ALLEGATO (3) INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

| Incarichi di funzione - Area Sanitaria | | | | | | | |
|---|---|--------------|----------------|--------------------|---|----------------------------|--|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 75 | Gestione processi di sterilizzazione | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA INTENSIVA |
| 76 | Bed Management | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 77 | Gestione e Promozione dei Processi della Formazione | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 78 | Promotore dei Processi di Qualità e Risk Management | 31-45 | 3° livello | Specialista 1° liv | 3000,00 | Professionali | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 79 | Gestione sorveglianza epidemiologica | 16-27 | 2° livello | Bassa complessità | 4000,00 | Organizzazione | AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE |
| 80 | AAT-SOREU PIANURA | 28-40 | 3° livello | Media complessità | 6000,00 | Organizzazione | AREA INTENSIVA |

Allegato (4) Incarichi di Funzione Area Amministrativa Professionale e Tecnica

| Incarichi di funzione - Area Amministrativa - Tecnica - Professionale | | | | | | | |
|--|--|--------------|----------------|------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 1 | Responsabile attività contenzioso | 26-50 | 2° livello | Media specializzazione | 6.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Avvocatura |
| 2 | Responsabile liquidazione sinistri | 26-50 | 2° livello | Media specializzazione | 6.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Avvocatura |
| 3 | Responsabile Contabilità Analitica e Debito Informativo | 26-50 | 2° livello | Media specializzazione | 6.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Controllo Direzionale |
| 4 | Responsabile Internai Auditing | 26-50 | 2° livello | Media specializzazione | 6.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Controllo Direzionale |
| 5 | Responsabile Settore Trattamento Economico | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Sviluppo e Gestione Risorse Umane |
| 6 | Responsabile Gestione Presenze e Assenze | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Sviluppo e Gestione Risorse Umane |
| 7 | Responsabile Settore Giuridico | < 26 | 1° livello | Base | 3.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Sviluppo e Gestione Risorse Umane |
| 8 | Responsabile Settore Reclutamento Risorse Umane | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Sviluppo e Gestione Risorse Umane |
| 9 | Responsabile Settore Sviluppo Competenze e Valutazione Performance | < 26 | 1° livello | Base | 3.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Sviluppo e Gestione Risorse Umane |
| 10 | Responsabile bilancio, fiscale e programmazione economica | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Economico Finanziario |
| 11 | Responsabile del ciclo attivo e pianificazione finanziaria | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Economico Finanziario |
| 12 | Responsabile ciclo passivo e fornitori | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Economico Finanziario |
| 13 | Rresponsabile Gare e Contratti | 51-75 | 3° livello | Alta Complessità | 9.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Gestione Acquisti e Servizi |

Allegato (4) Incarichi di Funzione Area Amministrativa Professionale e Tecnica

| Incarichi di funzione - Area Amministrativa - Tecnica - Professionale | | | | | | | |
|--|---|--------------|----------------|--------------------|---|-----------------------------|--|
| Num. | Descrizione | Range | Livello | Complessità | Indennità lorda (€) da mappatura | Tipologia incarichi | Area |
| 14 | Responsabile Ordini e liquidazioni | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Gestione Acquisti e Servizi |
| 15 | Responsabile Servizi Generali e Economato | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Gestione Acquisti e Servizi |
| 16 | Responsabile servizi accoglienza istituzionali | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Servizi Accoglienza e Libera Professione |
| 17 | Responsabile servizi accoglienza libera professione e solvenza | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Servizi Accoglienza e Libera Professione |
| 18 | Responsabile Organizzazione e integrazione della gestione della sicurezza | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Prevenzione e Sicurezza |
| 19 | Responsabile progettazione, programmazione e sviluppo dei lavori | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Servizio Tecnico Patrimoniale |
| 20 | Responsabile amministrativo dell'area tecnica | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Servizio Tecnico Patrimoniale |
| 21 | Amministratore di sistema RIS-PACS | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE | Sistemi Informativi |
| 22 | Funzioni di Segretario del Consiglio di Amministrazione | 26-50 | 2° livello | Media complessità | 6.000,00 € | INCARICHI PROFESSIONALI | Presidenza |

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2023

| Dirigenza/Comparto | Desc. Ruolo | Area e Profilo | Unità |
|--------------------|----------------------------|--|-------|
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ANATOMIA PATOLOGICA | 11 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 108 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - BIOCHIMICA CLINICA | 3 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CARDIOCHIRURGIA | 14 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CARDIOLOGIA | 25 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA GENERALE | 29 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE | 2 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA PEDIATRICA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA TORACICA | 7 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - CHIRURGIA VASCOLARE | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA | 6 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - DIREZ.MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO | 7 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - EMATOLOGIA | 17 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - Emergenza Urgenza | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ENDOCRINOLOGIA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - GASTROENTEROLOGIA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - GENETICA MEDICA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - GINECOLOGIA E OSTETRICIA | 20 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBL. | 4 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - LABORATORIO DI GENETICA MEDICA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO | 17 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MALATTIE INFETTIVE | 18 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA D'EMERGENZA - URGENZA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E URGENZA | 17 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE | 6 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA INTERNA | 34 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA LEGALE | 3 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA NUCLEARE | 4 |

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2023

| Dirigenza/Comparto | Desc. Ruolo | Area e Profilo | Unità |
|--------------------|-----------------------------------|--|-------|
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MEDICINA TRASFUSIONALE | 12 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA | 5 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - NEFROLOGIA | 12 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - NEONATOLOGIA | 17 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - NEUROCHIRURGIA | 11 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - NEURORADIOLOGIA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ODONTOIATRIA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - OFTALMOLOGIA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ONCOLOGIA | 13 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 17 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - OTORINOLARINGOIATRIA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.) | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - PEDIATRIA | 20 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - PNEUMOLOGIA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - RADIODIAGNOSTICA | 40 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - RADIOTERAPIA | 5 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - REUMATOLOGIA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - RICERCA DI BASE | 10 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA | 3 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | MEDICI - UROLOGIA | 10 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica | ODONTOIATRA - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza Medica Totale | | 600 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | BIOLOGI - BIOCHIMICA CLINICA | 5 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | BIOLOGI - LABORATORIO DI GENETICA MEDICA | 9 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | BIOLOGI - MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA | 10 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | BIOLOGI - PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.) | 12 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | BIOLOGI - RICERCA DI BASE | 10 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | DIRIGENTE AREA COMPARTO | 2 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | FARMACISTI - FARMACIA OSPEDALIERA | 14 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | FISICI - Fisica Sanitaria | 6 |

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2023

| Dirigenza/Comparto | Desc. Ruolo | Area e Profilo | Unità |
|-------------------------|---------------------------------------|--|------------|
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica | PSICOLOGI - Psicoterapia | 1 |
| Dirigenza | SANITARIO Dirigenza non Medica Totale | | 69 |
| Dirigenza | PROFESSIONALE Dirigenza | DIRIGENTE AVVOCATO | 1 |
| Dirigenza | PROFESSIONALE Dirigenza | DIRIGENTE INGEGNERE | 5 |
| Dirigenza | PROFESSIONALE Dirigenza Totale | | 6 |
| Dirigenza | TECNICO Dirigenza | DIRIGENTE ANALISTA | 1 |
| Dirigenza | TECNICO Dirigenza Totale | | 1 |
| Dirigenza | AMMINISTRATIVO Dirigenza | DIRIGENTI AMMINISTRATIVI | 8 |
| Dirigenza | AMMINISTRATIVO Dirigenza Totale | | 8 |
| Dirigenza Totale | | | 684 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA DEGLI ASSISTENTI Oper Prof San(Es.) | 8 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION. P.San.Riabili | 28 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof. San.Ost. | 60 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Infer | 1265 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Prev. | 4 |
| Comparto | SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.tecn.san | 229 |
| Comparto | SANITARIO Comparto Totale | | 1594 |
| Comparto | SOCIO SANITARIO Comparto | AREA DEGLI OPERATORI Op. Socio Sanitario | 506 |
| Comparto | SOCIO SANITARIO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist.Sociale | 2 |
| Comparto | SOCIO SANITARIO Comparto Totale | | 508 |
| Comparto | PROFESSIONALE Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist. relig. | 3 |
| Comparto | PROFESSIONALE Comparto Totale | | 3 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Tecnico | 18 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEGLI ASSISTENTI Assist.Informatico | 8 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEGLI ASSISTENTI Pers. Tecnico(Es.) | 32 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEGLI OPERATORI Op. Tecn. Special. | 104 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEL PERS. SUPPORTO Aus. Spec. (Es.) | 2 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA DEL PERS. SUPPORTO Oper. Tecn. | 216 |
| Comparto | TECNICO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Tecn.Prof | 19 |
| Comparto | TECNICO Comparto Totale | | 399 |

Allegato (5) situazione assunzionale Fondazione al 31/12/2023

| Dirigenza/Comparto | Desc. Ruolo | Area e Profilo | Unità |
|---------------------------|--|--|--------------|
| Comparto | AMMINISTRATIVO Comparto | AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Amm.vo | 113 |
| Comparto | AMMINISTRATIVO Comparto | AREA DEGLI OPERATORI Coad.Amm.vo Senior | 96 |
| Comparto | AMMINISTRATIVO Comparto | AREA DEL PERS. SUPPORTO Coad. Amm.vo | 59 |
| Comparto | AMMINISTRATIVO Comparto | AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Amm.Prof. | 74 |
| Comparto | AMMINISTRATIVO Comparto Totale | | 342 |
| Comparto | RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA | Collaboratore profess.di ricerca sanit. | 51 |
| Comparto | RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA | Ricercatore sanitario | 56 |
| Comparto | RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA Totale | | 107 |
| Comparto Totale | | | 2953 |
| Totale complessivo | | | 3637 |