

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Ovest Milanese

# ASST Ovest Milanese

## PLAO 2024-2026





## Indice

1. Scheda Anagrafica dell'Azienda.....	4
2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione .....	7
2.1 Valore Pubblico .....	7
2.2 Performance .....	11
2.2.1 Piano delle Azioni Positive (Presidente CUG) .....	23
2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza .....	26
2.3.1 Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.....	27
2.3.2 Processo di gestione del rischio .....	30
2.3.3 Analisi del contesto .....	30
2.3.4 Valutazione di impatto del contesto esterno .....	31
2.3.5 La valutazione di impatto del contesto interno .....	32
2.3.6 Processi e valutazione del rischio .....	32
2.3.7 Misure di prevenzione.....	34
2.3.8 Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	44
2.3.9 L'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013 .....	45
2.3.10 Coordinamento con sezione performance .....	52
3. Organizzazione e capitale umano .....	53
3.1 Struttura Organizzativa.....	53
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	55
3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale .....	56
3.4 Piano formativo Aziendale .....	58
4. Monitoraggio .....	59



## Premessa

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

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

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

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

Nello specifico confluiscono nelle apposite sezioni del PIAO gli adempimenti relativi al:



- Piano della Performance - Articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190
- Piano dei Fabbisogni di Personale - Articolo 6, commi 1, 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile - Articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124
- Piano di Azioni Positive - Articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198

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

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

Il presente documento, richiamato il Decreto Legislativo 9 giugno 2021, n. 80, è adottato entro il 31 gennaio di ogni anno.

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

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

## **1. Scheda Anagrafica dell'Azienda**

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

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

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

Le ASST si articolano in due settori Aziendali rispettivamente definiti **polo territoriale** e **polo ospedaliero** che afferiscono direttamente alla Direzione Generale. L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito



unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.

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

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

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

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

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

Ospe dali	Posti letto totali (ordinari + DH/DS)	Degen za ordinaria	DH/ DS	Subac uti	MA C	BI C	Diali si	Cul le	Hospic e Cuggio no	Posti in Comunità Psichiatriche	Ospeda le di Comunità	
				<b>Non rientranti nel numero posti letto totali in quanto posti tecnici/culle</b>								
Legnano	565	545	20	0	34	14	24	10		79		
Cuggiono	157	147	10	18	12	5	10	//	11	//		
Magenta	436	408	28	//	32	8	16	30		60		
Abbiategrasso	149	137	12	16	19	3	8	//		//	16	
<b>TOTALI</b>	<b>1.307</b>	<b>1.237</b>	<b>70</b>	<b>34</b>	<b>101</b>	<b>30</b>	<b>58</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>139</b>	<b>16</b>	

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

Il polo territoriale è articolato in Distretti e Dipartimenti, ai Distretti afferiscono le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

L' Azienda, con provvedimento del Direttore Generale n. 123 del 29/03/2022, ha istituito, ai sensi della L.R. n. 33/2009 e s.m.i., i seguenti Distretti:

- ✓ Distretto Legnanese, con sede nel comune di Legnano



- ✓ Distretto Castanese, con sede nel comune di Castano Primo
- ✓ Distretto Magentino, con sede nel comune di Magenta
- ✓ Distretto Abbiatense, con sede nel comune di Abbiategrasso.

Ai quattro distretti corrispondono tre Ambiti Territoriali: agli Ambiti territoriali di Magenta e Abbiategrasso corrispondono rispettivamente i Distretti Magentino e Abbiatense, mentre all'Ambito Altomilanese corrispondono i due Distretti Castanese e Legnanese.

In linea con quanto previsto dal DM 77/22, ai Distretti afferiscono le Case di Comunità (CDC), gli Ospedali di Comunità (ODC) e le Centrali Operative Territoriali (COT), così come di seguito rappresentato:

CdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	14/12/2023	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Castano Primo	Via Moroni, 12	Castano Primo	14/12/2023	Soluzione "ponte"	POR
Parabiago	Via F.lli Rosselli, 12	Parabiago	14/12/2023	Soluzione "ponte" Parabiago, via XI Febbraio, 31	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Busto Garolfo	Via XXIV Maggio, 17	Busto Garolfo	26/07/2022	Soluzione "ponte"	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Cuggiono	18/12/2022	Soluzione "ponte"	POR
Magenta	Via Donatore di Sanguè, 50	Magenta	28/11/2022	Soluzione "ponte"	POR
Gaggiano	Via Marconi, 10	Gaggiano	2024+	2024+	POR
Vittuone	Via Isonzo, 1	Vittuone	2024+	2024+	POR

OdC	Indirizzo	Comune	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiategrasso	Attivo	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnano	Attivo	Soluzione "ponte" H Abbiategrasso	POR
Cuggiono	Via Badi, 2/4 e via Rossetti	Cuggiono	2024+	/	POR

COT	Indirizzo	Distretto	Istituzione	Attivazione	Soluzione ponte	POR/Extra
Cuggiono	Via Badi, 2/4	Castanese	2022	30/11/2023	//	POR
Legnano	Via Candiani, 2	Legnanese	2022	30/11/2023	//	POR
Parabiago	via XI Febbraio, 31	Legnanese	2022	15/12/2023	//	POR
Magenta	Via Al Donatore di Sanguè 50	Magentino	2022	30/11/2023	//	POR
Abbiategrasso	Piazza Lodovici, 5	Abbiatense	2022	30/11/2023	//	POR





L'offerta dei servizi territoriali alla popolazione viene gestita direttamente dalla ASST Ovest Milanese attraverso i Servizi/Unità di Offerta collocate nelle diverse sedi territoriali:

N. 8 Consultori Familiari

N. 4 SerD

N. 4 ambulatori dedicati alla Neuropsichiatria infantile

N. 7 Centri Diurni disabili (CDD)

N. 4 ambulatori vaccinali

Ambulatori dedicati alla Psichiatria (CPS, CRM, CRA, CP, Residenzialità Leggera)

## 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Gli obiettivi sotto descritti quali obiettivi di valore pubblico e gli ulteriori obiettivi descritti nella sezione Performance saranno declinati in azioni specifiche (obiettivi di budget) alle Strutture e ai Dipartimenti aziendali in sede di comitato di budget, come da procedura aziendale e in coerenza con gli obiettivi assegnati da Regione alle Aziende.

In tal senso, gli obiettivi che l'Azienda perseguirà nel corrente anno saranno indirizzati alla:

- *Ottimizzazione dell'offerta sanitaria in termini di accessibilità all'amministrazione al fine di garantire un livello di salute e di benessere sanitario migliore*

L'Azienda, sulla base dell'analisi della domanda e della capacità di offerta sul proprio territorio, prosegue negli interventi finalizzati al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili. L'ASST è impegnata a perseguire obiettivi in termini di incremento delle prestazioni anche attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive, nonché all'erogazione di talune prestazioni in fascia serale, prefestiva e festiva aderendo all'iniziativa di Regione Lombardia di ambulatori aperti nelle ore serali e nel weekend, garantendo prioritariamente le prestazioni più richieste dagli utenti di diagnostica per immagini (TAC, Risonanza magnetica, Mammografia). Alla base del processo è la definizione puntuale dell'agenda di prenotazione, strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti esterni (prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio). Per ottimizzare la gestione delle liste di attesa ambulatoriali, sono stati adottati strumenti innovativi nel sistema di gestione delle agende per contenere il fenomeno del no-show.

L'ASST sarà impegnata nel corso del 2024, in continuità con le azioni implementate nel 2023, all'analisi e al miglioramento del percorso assistenziale del paziente chirurgico mediante l'informatizzazione delle liste di attesa degli interventi chirurgici a garanzia della massima trasparenza delle stesse, monitorando, tramite l'applicativo aziendale in uso in tutte le Strutture, lo stato delle classi di priorità di ciascun intervento.

Su indicazione di Regione Lombardia, è stato inoltre migliorato il sistema di accoglienza presso i DEA/PS aziendali e di ricettività dei reparti dell'area medica per ridurre la permanenza in PS dei pazienti in attesa di ricovero. In particolare, l'Azienda ha attivato una serie di azioni operative volte ad ottimizzare il funzionamento dei DEA/PS, di seguito riportate:





- Nomina del “*Bed manager*” e del “*Nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri dell’area medica*”
- Istituzione dell’“*Admission Room*”
- Presa in carico infermieristica precoce, in fase di triage

Conclusivamente, si segnala l’invio trimestrale del flusso informativo contenente il calcolo degli indicatori individuati dall’ Osservatorio Regionale per i ricoveri in Area Medica.

➤ *Ottimizzazione dell’accesso digitale da parte dei cittadini attraverso la disponibilità di servizi online quali:*

- Sistema PagoPA
- Portale web Scelta/Revoca ed esenzioni
- Prenota Zero coda per prenotare l’accesso agli sportelli amministrativi
- Prenota online
- Prenotazioni online di esami specialistici e visite mediche in regime di Libera Professione
- Consulta online – Fascicolo Sanitario Elettronico e servizi welfare digitali
- Sistema di prenotazione leggera Fast CUP per il miglioramento del percorso per i follow-up ambulatoriali

➤ *Ottimizzazione dei percorsi relativi all’inclusione sociale e all’accessibilità delle persone con disabilità*

Ai sensi del D.L. 13 dicembre 2023, n. 222 ad oggetto “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità, in attuazione dell’articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227”, l’Azienda provvederà ad adottare misure specifiche per le varie disabilità ovvero meccanismi di assistenza al fine di garantire la piena accessibilità e fruibilità dei servizi pubblici, inclusi quelli correlati all’informazione e alla comunicazione.

Inoltre, coerentemente con la Legge Regionale n. 22/2021 e con gli interventi previsti dal PNRR, l’Azienda annovera tra gli obiettivi da perseguire il rinnovamento dei servizi offerti alla popolazione attraverso:

➤ *Il potenziamento dell’assistenza primaria e della rete territoriale all’interno di presidi territoriali, quali le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.*

Le Case di Comunità sono strutture sociosanitarie polivalenti che garantiscono l’erogazione di prestazioni legate all’assistenza sanitaria primaria e attività di prevenzione; costituiscono, attraverso il Punto Unico di Accesso, il punto di riferimento e di orientamento del cittadino ed opera in stretto contatto con le Centrali Operative Territoriali. Queste ultime svolgono la funzione di coordinare i servizi domiciliari con quelli di tipo più sanitario, anche con il supporto di strumenti digitali, quali ad esempio la telemedicina e il teleconsulto a distanza.

I molteplici interventi previsti dal PNRR sono dunque diretti a sviluppare un nuovo modello organizzativo basato sulla presa in carico della cronicità e fragilità, grazie anche all’attivazione di percorsi multidisciplinari che prevedono l’integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e servizi sociali.

Pertanto, l’equità nell’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali della popolazione attraverso la facilitazione e la semplificazione dei percorsi assistenziali, il rafforzamento



dell'assistenza domiciliare, la valorizzazione dell'attività interdisciplinare tra medici di medicina generale, specialisti ed infermieri garantiti all'interno delle Case di Comunità sono obiettivi aziendali volti a favorire l'incremento del *benessere sanitario e assistenziale*.

Secondo quanto indicato nel Piano Nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR) presso la ASST Ovest Milanese è previsto da cronoprogramma l'attivazione di:

- n. 10 Case di Comunità: 3 nel Distretto Legnanese, 2 nel Distretto Castanese, 2 nel Distretto Magentino e 3 nel Distretto Abbiatense;
- n. 3 Ospedali di Comunità nei Distretti Legnanese, Castanese, Abbiatense;
- n. 5 Centrali Operative Territoriali Legnano, Parabiago, Cuggiono, Magenta, Abbiategrasso.

Nel corso del prossimo biennio è prevista l'attivazione delle seguenti Case di Comunità: CdC Vittuone e CdC Gaggiano.

Sarà inoltre obiettivo prioritario del 2024 collocare l'Ospedale di Comunità di Legnano nella sua sede definitiva, attualmente sede di interventi di ristrutturazione. Ad oggi è stata attivata la soluzione ponte presso l'Ospedale di Abbiategrasso.

➤ *Ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero (grandi apparecchiature)*

Al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi ad altissima qualità, la ASST Ovest Milanese sta proseguendo con l'implementazione di tutte le azioni correlate all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati. Di seguito si rappresentano le apparecchiature, i cui costi di acquisizione e relative opere impiantistiche sono state finanziate con i fondi del PNRR e regione Lombardia.

PNRR - GRANDI APPARECCHIATURE E AMMODERNAMENTO TECNOLGICO							
				Determina		INIZIO LAVORI	COLLAUDO
<i>Apparecchiatura finanziata (oltre 10 anni di vita)</i>	<i>Destinazione</i>	<i>CUP</i>	<i>ID CONVENZIONE CONSIP</i>	<i>N.</i>	<i>Data</i>	<i>data inizio lavori</i>	<i>data(data fine effettiva del progetto)</i>
TC 128 strati	Legnano	C39J22001430001	2533	2222	17/10/2023	I sem. 2024	Entro 31/12/2024
TC 128 strati	Magenta	C39J22001440001	2533	2221	17/10/2023	I sem. 2024	Entro 31/12/2024
RMN 1.5 T	Legnano	C39J22001450001	2192	3088	28/12/2022	14/08/2023	31/10/2023
Gamma camera	Legnano	C39J22001460001	2486	2998	21/12/2022	22/01/2024	Entro 31/12/2024
PET/TC	Legnano	C39J22001470001	2487	3106	29/12/2022	I sem. 2024	Entro 31/12/2024
Mammografo con tomosintesi	Cuggiono	C39J22001480001	2078	171	30/01/2023	11/09/2023	18/09/2023
Mammografo con tomosintesi	Magenta	C39J22001490001	2078	172	30/01/2023	14/08/2023	15/01/2024



Angiografo	Legnano	C39J22001500 001	2263	2999	21/12/2022	14/07/2023	08/09/2023
Telecomandato digitale	Legnano	C39J220015700 01	2489	2424	09/11/2023	I sem. 2024	Entro 31/12/2024
Telecomandato digitale	Legnano	C39J22001580 001	2489	2428	09/11/2023	I sem. 2024	Entro 31/12/2024
Telecomandato digitale	Magenta	C39J22001590 001	2489	173	30/01/2023	14/08/2023	29/11/2023
Ortopantomografo	Legnano	C39J220015100 01	In attesa di attivazione Convenzione CONSIP entro giugno 2026				
Ecotomografo	Legnano	C39J22001520 001	2349	2437	26/10/2022	Lavori non necessari	09/11/2022

### ➤ *Potenziamento del livello di digitalizzazione*

L' Azienda, in funzione degli obiettivi e delle milestone PNRR, fin dall'inizio si è impegnata a lavorare sulla digitalizzazione, attuando così una serie di attività tali da realizzare una serie di infrastrutture digitali, molte delle quali dovranno vedere il pieno compimento entro la fine del 2026. In particolare si richiamano le linee di intervento attuate a livello aziendale:

- Completamento del progetto di rinnovo delle infrastrutture della rete dati di tutti i presidi;
- Realizzazione dell'infrastruttura wi-fi sugli stabilimenti ospedalieri di Magenta, Cuggiono, Abbiategrosso;
- Potenziamento delle metodologie di prevenzione delle minacce informatiche attraverso l'adozione di nuovi apparecchiature e sistemi di sicurezza.
- Diffusione utilizzo della cartella clinica e potenziamento delle integrazioni con gli altri sistemi applicativi
- Informatizzazione della gestione delle richieste trasfusionali
- Informatizzazione della sorveglianza sanitaria
- Migrazione in Cloud delle infrastrutture dei servizi essenziali erogati

Inoltre, l'Azienda, con riferimento al processo di generazione del Valore Pubblico - strettamente correlato a una gestione strategica del capitale umano - ha previsto la partecipazione di professionisti a specifici percorsi di formazione mirata nell'ambito dell'intervento PNRR 2.2 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

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

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

## **2.2 Performance**

L'ASST Ovest Milanese adotta un sistema di gestione della performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi Aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione.



Il sistema di misurazione e rendicontazione delle performance della ASST garantisce una forte connessione con la mission e la strategia aziendale. La declinazione operativa degli obiettivi discende dalla pianificazione strategica aziendale a sua volta declinata coerentemente ad una strategia istituzionale.

Il ciclo di gestione della performance attivato dall'Azienda in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, prevede lo sviluppo del processo secondo le fasi di definizione degli obiettivi, monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi e di misurazione e valutazione.

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

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità sulla base delle entità organizzative definite nel Piano di Organizzazione Aziendale. L'Azienda declina le proprie performance mediante una programmazione annuale coerente con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

L'ASST definisce la propria pianificazione e programmazione, in coerenza agli indirizzi strategici delle Regole di Sistema di Regione Lombardia. Le strategie aziendali trovano nella programmazione, definita sulla base degli indirizzi programmatici della Regione e delle risorse negoziate, la loro declinazione annuale e in particolare nello strumento operativo-gestionale del budget.

Pertanto, il contesto di sistema entro cui l'Azienda è chiamata ad operare nell'anno 2024 è determinato dalle linee programmatiche tracciate da Regione Lombardia; allo stato attuale, nelle more dell'approvazione delle Regole di Sistema per l'anno 2024, gli obiettivi delineati nel presente piano sono individuati nell'ambito dei seguenti provvedimenti regionali:

- DGR n. XII/1511 del 13/12/2023 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024 – quadro economico programmatorio", attraverso cui sono stati definiti, per macro aree, gli impegni delle risorse per il funzionamento del sistema socio sanitario regionale;
- DGR n. XII/1518 del 13/12/2023 ad oggetto "Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023 - 2027. Approvazione della proposta da trasmettere al Consiglio Regionale", attraverso cui Regione Lombardia declina gli obiettivi del Piano regionale di Sviluppo Sostenibile (PRSS) della XII legislatura, individuando le linee di programmazione e di sviluppo del sistema sociosanitario regionale al fine di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e di superare le criticità oggi presenti;

Per l'anno 2024, il lavoro della Direzione Strategica, sarà orientato alle indicazioni regionali previste nella DGR n. XII/1642 del 21/12/2023 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese", attraverso cui è stato nominato il nuovo Direttore Generale dell'ASST Ovest Milanese per il periodo 2024 – 2026. Nella DGR sono stati assegnati al Direttore Generale, per la durata del mandato, i seguenti obiettivi:

- attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;
- attuazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle attività e dei progetti del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo;
- messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessorato al Welfare;



- piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni;
- attuazione delle indicazioni regionali in ordine all'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e al riordino delle reti clinico organizzative;
- collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026.

Tenuto conto dei provvedimenti sopra richiamati ed in continuità con gli obiettivi dell'esercizio precedente, in attesa della deliberazione regionale di individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2024, di seguito si riportano gli obiettivi e i relativi target per la misurazione delle performance anche in relazione in quanto definito nell'ambito della sezione di valore pubblico.



## Scheda matrice obiettivi – Anno 2024

## Quadro economico programmatico

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/1511/2023</li> </ul>	Bilanci	<ol style="list-style-type: none"> <li>Adozione BPE 2024</li> <li>Certificazioni trimestrali</li> <li>Riconciliazione Intercompany</li> <li>Pubblicazione Bilanci e trasparenza</li> <li>Percorso della Certificabilità dei Bilanci</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Redazione e approvazione del Bilancio preventivo 2024 secondo le tempistiche definite da RL.</li> <li>Rispetto puntuale dei tempi di invio dei flussi economici</li> <li>Pieno allineamento costi-ricavi e debiti-crediti</li> <li>Pubblicazione dati bilancio entro 30 gg dall'adozione e rispetto adempimenti normativa</li> <li>Verifica del funzionamento dei controlli interni previsti nelle procedure amministrativo-contabile</li> </ol>
	Flussi sanitari e sociosanitari	<ol style="list-style-type: none"> <li>Completezza e tempestività dei flussi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Chiusura dei flussi ed elaborazioni dati 2023 entro il 15/02/2024</li> </ol>
	Gestione Finanziaria – Tempi di pagamento verso i fornitori	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rilevazione trimestrale ed annuale dei tempi di pagamento e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente</li> </ol>
	Controllo di Gestione	<ol style="list-style-type: none"> <li>Flusso Co.AN</li> <li>Modello LA e Conto di Presidio (CP)</li> </ol>	Rispetto puntuale dei tempi di invio del flusso
	Beni e servizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Aggregato costi beni e servizi</li> </ol>	Monitoraggio del livello assegnato dei costi per Beni e Servizi e puntuale adesione al sistema di acquisti centralizzati

In continuità con l'anno 2023, nelle more di approvazione delle Regole SSR, si forniscono di seguito gli indirizzi di intervento per l'anno 2024 che l'Azienda intende proseguire e consolidare.

## Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

## M6 C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Case delle Comunità	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Rispetto del cronoprogramma di attivazione ed implementazione dei percorsi e delle attività svolte all'interno delle CdC





<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Ospedali di Comunità	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Rispetto del cronoprogramma di attivazione ed implementazione dei percorsi e delle attività da svolgere all'interno delle OdC
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Centrali Operative Territoriali	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Implementazione dei percorsi e delle attività da svolgere all'interno delle COT

#### M6 C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	M6.C2-1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Rispetto del cronoprogramma
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature sanitarie)	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	M6.C2-1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Rispetto del cronoprogramma
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6426/2022</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	M1.C1-Multimisura 1.1 e 1.2 Investimento 1.1 "Infrastrutture digitali" e Investimento 1.2 "abilitazione al cloud per le PA locali"	Attuazione integrale delle progettualità previste dal PNRR con le tempistiche previste dall' Assessorato al Welfare	Rispetto del cronoprogramma



Flussi PNRR (M6C2 1.3.2.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione)

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 7 agosto 2023</li> <li>DGR n. XII/1682/2023</li> </ul>	Nuovo flusso informativo NSIS SICOE – Sistema Informativo Consulenti Familiari	Rilevazione dell'attività consultoriale e corretta rendicontazione delle prestazioni	Invio flusso secondo il nuovo tracciato entro le scadenze previste da RL
<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 7 agosto 2023</li> <li>DGR n. XII/1682/2023</li> </ul>	Flusso SIAR - Sistema Informativo della Riabilitazione Territoriale	Rilevazione dell'attività relativa ai trattamenti riabilitativi erogati nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale	Invio a regime dal 2024 del flusso SIAR prevedendo un cambio nelle fonti regionali alimentanti il tracciato nazionale
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/1682/2023</li> </ul>	Cure primarie: rilevazione delle prestazioni erogate da Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta	Rilevazione delle prestazioni erogate da Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta	Attuazione delle indicazioni da parte di RL
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/1682/2023</li> </ul>	Ospedali di Comunità: rilevazione prestazioni erogate da OdC ex DM 02 aprile 2015, n. 70	Rilevazione prestazioni erogate da OdC ex DM 02 aprile 2015, n. 70	Attuazione delle indicazioni da parte di RL

### Gli interventi sanitari

#### Liste di attesa

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/511/2023</li> <li>DGR n. XII/1518/2023</li> <li>DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Piano per le liste di attesa 2024	Piena ed integrale attuazione degli obiettivi in materia di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni	Raggiungimento dei target specifici 2024 individuati dalle DGR e dalla ATS di riferimento

#### Nomenclatore tariffario

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/957/2023</li> </ul>	Nuovo nomenclatore specialistica ambulatoriale	Corretta implementazione ed aggiornamento del nuovo nomenclatore ex DPCM 2017	Rispetto del cronoprogramma definito da RL



<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XII/1239/2023</li> <li>• DGR n. XII/1689/2023</li> </ul>			
--	--	--	--

Cup Unico

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XII/514/2023</li> <li>• DGR n. XII/1673/2023</li> <li>• DGR n. XII/1642/2023</li> <li>• DGR n. 1129/2023</li> </ul>	CUP Unico regionale	Messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessorato al Welfare	Rispetto del piano di azione per l'adozione del Sistema di CUP Unico definito da RL per tutti gli enti sanitari regionali

Emergenza Urgenza

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XI/6893/2022</li> <li>• DGR n. XII/1518/2023</li> </ul>	Prosecuzione delle azioni finalizzate al miglioramento dei PS	Migliorare l'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso	Raggiungimento dei target specifici 2024 individuati dalle DGR e dalla ATS di riferimento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XII/1518/2023</li> </ul>	Riordino delle reti di cura tempo-dipendenti e del percorso di ricoveri	Rafforzare il ruolo centrale degli HUB per le patologie che richiedono interventi di elevata complessità (con ben precise afferenze) e, al contempo, confermare il fondamentale ruolo degli Spoke che devono assicurare sia le prestazioni urgenti di minore complessità che il completamento dei percorsi di cura in prossimità territoriale con la residenza dei pazienti	Attuazione delle indicazioni definite da RL



<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XII/1518/2023</li> <li>• DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Giochi Olimpici e Paraolimpici Invernali - Milano Cortina 2026	Collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali 2026	Rispetto del programma sanitario relativo alla riorganizzazione e potenziamento della rete di offerta ospedaliera definito da RL per tutti gli enti sanitari regionali
--	--	---	--

Reti clinico organizzative e assistenziali

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XII/1518/2023</li> <li>• DGR n. XII/1642/2023</li> </ul>	Riordino delle Reti clinico organizzative e assistenziali	Innovazione organizzativa idonea a garantire maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio e maggiore integrazione dell'offerta tra ospedale e servizi territoriali	Attuazione delle indicazioni definite da RL

Sistema regionale dei trapianti

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. XI/6329/2022</li> <li>• Nota RL prot. G1.2023.047398 del 22/11/2023</li> <li>• DGR n. XII/1518/2023</li> </ul>	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi	Organi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in terapia intensiva &gt;40%</li> <li>2. Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in tutti i reparti della ASST/IRCCS (compresa terapia intensiva) &gt;15%</li> </ol> Multi tessuto <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapporto tra n. donazioni multi-tessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione &gt;2%</li> </ol> Cornee <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapporto tra n. donatori cornee/n. totale decessi &gt;10%</li> </ol>

Garanzia dei LEA

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM 12 marzo 2019</li> </ul>	Mantenimento erogazione dei LEA	Monitorare il livello di erogazione delle prestazioni NSG distribuite per macro aree (Prevenzione collettiva e sanità pubblica,	Raggiungimento dei target di una selezione di indicatori SOTTOINSIEME CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) definiti da RL



		assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera)	
--	--	--	--

Area prevenzione

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/5830/2021</li> </ul>	Copertura HCV test	Garantire l'offerta del test di screening alla popolazione target (1969-1989) presente sul territorio	Rapporto tra n. di test di I livello effettuati alla popolazione eligibile/Popolazione eligibile > alla metà della media regionale
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6370/2022</li> <li>DGR n. XII/48/2023</li> <li>Contratto ATS</li> </ul>	Coperture e tempi di attesa screening: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mammografico</li> <li>Colon retto</li> <li>Cervice uterina</li> </ul>	Prosecuzione della campagna di screening secondo i target indicatori definiti da RL e rispetto dei volumi negoziati con ATS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Raggiungimento della piena copertura del target individuate da ATS</li> <li>Rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di II livello ove previsto</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto interministeriale 14/09/2022</li> <li>Nota RL G1.2023.0006698 del 22/02/2023</li> </ul>	Medicina Legale	<ol style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento dei percorsi per cittadini con disabilità</li> <li>Attività commissioni invalidi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Applicazione Decreto interministeriale del 14/09/2022 con decorrenza dal 01/01/2024</li> <li>caricamento completo dei flussi dati entro i primi 15 giorni del mese successivo al trimestre di rilevamento</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>DCR n. XI/2477/2022</li> <li>DGR n. XII/1125/2023</li> </ul>	PANFLU	Aggiornamento del portale gestionale PanFLU	Compilazione delle azioni secondo i target definiti da RL
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/1125/2023</li> </ul>	Sorveglianza malattie infettive	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive	Inserimento del 100% dei casi sospetti e accertati di tutte le malattie infettive all'interno del gestionale SMI

**Gli interventi sociosanitari**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 77/2022</li> <li>DGR n. XI/7592/2022</li> </ul>	Assistenza Domiciliare Integrata nell'ambito del PNRR (Assistenza Domiciliare)	Implementazione del percorso della presa in carico del paziente al domicilio come gestore ADI	Erogazione ADI e voucher regionali. Raggiungimento target PIC SIAD 2024 definito da RL.



<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/430/2023</li> <li>DGR n. XII/717/2023</li> </ul>			
--	--	--	--

Consultori

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XI/6299/2022</li> </ul>	Prevenzione e contrasto alla violenza di genere	Integrazione con la rete dei servizi sociali e con i servizi di supporto alla famiglia (Centri antiviolenza e centri per la famiglia)	Prosecuzione del progetto innovativo a valenza territoriale di presa in carico integrata delle donne vittime di violenza con/senza figli

Salute mentale

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR n. XII/1518/2023</li> </ul>	Piano Operativo regionale Autismo	Progetti AUTER e DAMA nell'ambito del DSMD	Prosecuzione dei progetti AUTER e DAMA nell'ambito del DSMD in sinergia con le associazioni dedicate al terzo Settore e con il Polo Ospedaliero

Cure Primarie

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 23/05/2022, n. 77</li> </ul>	Gestione delle attività connesse all'assistenza medica primaria	Sviluppo del modello organizzativo per la gestione delle attività connesse all'assistenza medica primaria	Applicazione del modello a matrice (Dipartimentale e distrettuale) ed implementazione dei processi di competenza

Disabili

Fonte	Obiettivo	Descrizione obiettivo/Finalità	Target
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 25/2022</li> <li>DGR n. XII/1518/2023</li> </ul>	Presa in carico delle persone con disabilità	Sviluppo del Progetto di Vita	Monitoraggio e valutazione di tutti gli interventi riconducibili al Progetto di Vita





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

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



Tutti gli obiettivi sono oggetto di monitoraggio periodico. Nel corso del 2024 l'Azienda procederà, sulla base delle ulteriori indicazioni che fornirà Regione Lombardia con successivi provvedimenti, a monitorare costantemente la qualità degli indicatori e dei dati raccolti, ad aggiornare, ove necessario, la presente sezione per assicurare la coerenza con l'evoluzione normativa e nel caso in cui emergessero correttivi in materia di programmazione finanziaria e/o di bilancio e darne eventuale evidenza nella Relazione della Performance – Anno 2024, ai sensi dell'articolo 10, comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009 e smi.

L'Azienda ai fini del monitoraggio degli obiettivi del Direttore Generale ha implementato un *dashboard* aziendale alimentato e aggiornato con cadenza mensile in corrispondenza della trasmissione dei dati di produzione verso la Regione. Il cruscotto è visibile per la consultazione dei dati a tutti i Direttori di Struttura Complessa, secondo le logiche dipartimentali presenti nell'intero applicativo.

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

In merito alla misurabilità e valutazione finale dei risultati in termini di performance organizzativa, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge un ruolo fondamentale. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso con particolare riferimento alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all'efficacia della gestione.

A tal proposito, si richiama la Relazione annuale sullo stato di funzionamento del sistema complessivo della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli redatta dal NVP nel 2023 ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a) del D. Lgs. 150/2009, in cui l'organismo, in funzione di una costruttiva collaborazione con la Direzione Aziendale, ha proposto spunti di miglioramento in ordine al percorso di definizione ed assegnazione degli obiettivi.

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

Per quanto riguarda l'anno 2023 si è provveduto:

- per l'Area del Comparto a sottoscrivere in data 23 dicembre 2023 specifico accordo in materia di produttività;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità a sottoscrivere in data 12 maggio 2023 specifico accordo in tema di retribuzione di risultato;
- per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 03 maggio 2023, specifico accordo in tema di retribuzione di risultato.

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



Sempre con riferimento alla performance individuale, le modalità di valutazione e gli specifici strumenti sono stati definiti negli accordi sottoscritti con le OO.SS. di categoria e sotto riportati:

- *“Regolamento aziendale per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risultato e della professionalità espresso del personale del comparto”* - Deliberazione n. 541/11 del 21/11/2011;
- *“Regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) e di valutazione dell’area sanità – Dirigenza Medica, sanitaria e delle professioni sanitarie”* Deliberazione n.450 del 29/12/2020;
- *“Approvazione regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) dell’area delle funzioni locali – sezione dirigenza amministrativa, tecnica e professionale* Deliberazione n. 185 del 13/05/2021 aggiornato con Deliberazione n.553 del 27/12/2022;

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all’anno 2023, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come previsto dai contratti integrativi Aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza e con il saldo relativo alla performance individuale.

### 2.2.1 Piano delle Azioni Positive (Presidente CUG)

Il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) dell’ASST Ovest Milanese istituito nel 2021 con provvedimento del DG (del. n. 434 del 2021), si è impegnato nei due primi due anni di mandato (2022-2023) a predisporre/aggiornare e realizzare un piano di azione (Piano Triennale di Azioni Positive) che consentisse la realizzazione in concreto degli obiettivi declinati nella direttiva 26 giugno 2019 recante “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle pubbliche amministrazioni” e qui brevemente sintetizzati:

- **vigilare** affinché sia data concreta attuazione ai principi di parità e pari opportunità di genere nella P.A.
- **agire** per migliorare la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori.
- **vigilare e garantire** l’assenza di qualunque forma di violenza, anche morale o psicologica, e di ogni altra forma di discriminazione in Azienda.
- **concorrere** allo sviluppo di una cultura organizzativa basata sul rispetto della dignità delle persone all’interno delle amministrazioni pubbliche.

Il Piano Triennale di Azioni Positive elaborato dal CUG dell’Azienda, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 83 del 01/03/2022 ed aggiornato nel 2023, ha richiesto innanzitutto un’attenta analisi del contesto aziendale per comprendere quali azioni fosse necessario mettere in campo e la definizione del relativo ordine di priorità nella loro realizzazione. Per ciascuna azione programmata nel piano è stato indicato l’anno di avvio e di chiusura dei lavori per la realizzazione dell’obiettivo che si intendeva perseguire, i referenti a cui ne veniva affidata l’attuazione (individuati prevalentemente tra i componenti del CUG) e le strutture Aziendali chiamate a collaborare per l’attuazione della stessa.

Per l’anno 2023 in conformità con quanto programmato nel Piano di Azioni Positive il CUG, nell’ambito della funzione propositiva che gli è riconosciuta e delle macro-aree di sua competenza (pari opportunità e cultura di genere; benessere organizzativo; conciliazione vita-lavoro), ha organizzato e realizzato una serie di eventi formativi ed azioni informative:



1. *Convegno annuale sulla “Medicina di Genere” (Legge n. 3/2018)*: il corso esteso a tutte le professioni dell’Azienda, anche nel 2023 è stato realizzato con docenza interna e con fruizione in modalità FAD asincrona che ha consentito di raggiungere una vastissima platea di fruitori senza limiti di partecipazione e problemi di sovraffollamento delle aule e con ottime valutazioni sia in ordine ai contenuti che alla docenza.
2. *“La Comunicazione efficace e l’arte di ascoltare”*: l’iniziativa formativa (estesa a tutte le professioni), si è realizzata nel 2023 con due edizioni (giugno e ottobre) e con docenza esclusivamente interna. Sono state introdotte importanti novità nel programma con un modulo dedicato al CUG, alla normativa che lo disciplina ai suoi compiti e funzioni e con un focus sul CUG aziendale (i suoi membri, le attività svolte e quelle in programma) ed uno dedicato al tema della violenza sugli operatori sanitari. In particolare, si è focalizzata l’attenzione sulla comunicazione e sull’ascolto evidenziandone, anche tramite esercitazioni pratiche *ad hoc*, la validità e l’efficacia come strumenti di de-escalation dei conflitti e per ricondurre nei ranghi situazioni potenzialmente pericolose. La decisione di modificare il programma di un corso che lo scorso anno aveva registrato un discreto gradimento, è stata determinata dalla volontà di dare una maggiore visibilità al CUG aziendale e, in particolare alle sue iniziative, ma anche e soprattutto dalla volontà di affrontare un argomento delicato e purtroppo sempre più attuale come quello della violenza contro gli operatori. Il nuovo programma così come la docenza, hanno registrato buone/ottime valutazioni nei questionari di gradimento. Il corso verrà quindi riproposto nel 2024 con il medesimo programma, cercando di favorire la partecipazione del personale più a contatto con l’utenza.
3. *Farmacologia di Genere*: il gruppo di miglioramento costituito da professionisti interni all’Azienda (alcuni dei quali sono membri del CUG), dopo diversi incontri, ha elaborato una serie di consigli o “pillole” da destinare al personale dei reparti per dare informazioni sulle caratteristiche, sulla posologia ed anche sugli effetti collaterali dei farmaci più utilizzati nell’ottica delle differenze di genere.
4. *Adesione al bando Bollini Rosa – edizione 2024-2025*: la ASST Ovest Milanese ha aderito al bando Bollini Rosa 2024-2025 trasmesso da ONDA (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna). L’adesione al bando comporta, per ciascun ospedale che si intende candidare, la valutazione dei servizi/percorsi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili che devono soddisfare i requisiti stabiliti dall’Ente promotore del bando. La valutazione positiva comporta il riconoscimento dei cd. Bollini Rosa per l’ospedale valutato (da 1 a 3 bollini, funzionali al grado di soddisfazione dei requisiti) che hanno validità biennale e che attestano l’impegno della struttura nei confronti della salute della donna. L’ASST Ovest Milanese già da tempo offre percorsi di diagnosi e cura che tengono conto delle specifiche esigenze femminili e, per questo, già negli anni passati è stata premiata con i cd. Bollini Rosa. Nel 2023 sono state presentate le candidature per la partecipazione a tale bando degli ospedali di Legnano e Magenta. L’Azienda, all’esito delle valutazioni, ha ottenuto il riconoscimento (n. 2 Bollini Rosa) per entrambi gli ospedali candidati. In particolare sono state valutate e premiate le Strutture Complesse di Ostetricia e Ginecologia di Legnano e Magenta, di Reumatologia di Magenta e di Medicina Generale di Legnano per il percorso di diagnosi e cura dell’osteoporosi, di Oncologia di Magenta per la presa in carico e gestione delle pazienti con neoplasia mammaria e la Brest Unit aziendale per la diagnosi delle patologie al seno. I Bollini Rosa assegnati agli ospedali di Legnano e Magenta sono stati consegnati al Presidente del CUG, nell’ambito della cerimonia di presentazione del nuovo network 2024-2025 “Gli ospedali a misura di donna” tenutosi a Roma presso il Ministero della Salute il 30/11/2023.



5. *Vademecum disabilità*: l'elaborato predisposto da alcuni componenti del CUG aziendale con la collaborazione della SC di Medicina Legale e della SC Risorse Umane è stato pubblicato nello spazio dell'Internet aziendale dedicato al Comitato Unico di Garanzia e ne è stata data comunicazione a tutti i dipendenti tramite la bacheca aziendale. Tramite questa piccola dispensa, si intende fornire ai dipendenti uno strumento di facile comprensione e consultazione della complessa normativa in materia di disabilità e di congedi parentali, delle tutele previste dal legislatore, dai CCNL di categoria e delle procedure/prassi vigenti in Azienda da attuarsi per accedere a tali tutele.
6. *Avvio dello studio di fattibilità sulla realizzazione di un'indagine sul clima organizzativo Aziendale mediante la somministrazione di questionari anonimi*. Si è tenuto il primo incontro con i componenti del gruppo di lavoro indicato nel Piano di Azioni Positive e si è formalmente dato l'avvio ai lavori. È stato definito un cronoprogramma di massima e si sono raccolte idee e materiali necessari per lo studio. Considerata la complessità dell'argomento e la mole di lavoro prevista, si è deciso di implementare il gruppo di lavoro con altre professionalità interne all'ASST che sono state individuate e formalmente coinvolte nella riunione del Comitato che si è tenuta il 18.12.2023 durante la quale è stato definito anche un calendario di massima degli incontri per dare seguito all'iniziativa.
7. *Nomina Consigliera di Fiducia*: con deliberazione del Direttore Generale n. 625 del 28/11/2023 è stata assegnata la funzione di Consigliera di Fiducia dell'ASST Ovest Milanese a garanzia e tutela di tutti i dipendenti che vogliono segnalare, nel pieno rispetto della privacy, comportamenti molesti o violenti e/o ogni altro tipo di discriminazione diretta o indiretta. La neo-Consigliera svolgerà la sua delicata funzione attendendosi alla procedura indicata nel "Codice di condotta contro le molestie sessuali, morali e psicologiche" adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 388 del 23/11/2017 e secondo le modalità previste nel disciplinare d'incarico sottoscritto dalla stessa il 6/12/2023 e dal Regolamento specifico elaborato dal CUG. Pur svolgendo la sua attività in totale autonomia e senza alcun tipo di interferenza e/o condizionamento, la Consigliera dovrà relazionare periodicamente al Comitato sulla sua attività evidenziando eventuali criticità rilevate e/o casi particolarmente gravi (pur garantendo l'anonimato dei dipendenti coinvolti) verificatisi in azienda e meritevoli di valutazione/analisi/ intervento da parte del CUG.

Tutte le azioni positive programmate dal CUG per l'anno 2023 sono state realizzate con buoni risultati e con la collaborazione esclusiva di professionisti interni all'Azienda. La scelta di realizzare le attività sopra riportate "isorisorse" è maturata nell'ambito degli incontri del Comitato Unico di Garanzia e dal convincimento, condiviso da tutti i suoi membri, della presenza nel contesto aziendale di numerosi professionisti con la necessaria competenza e sensibilità per realizzare e condividere con il CUG gli obiettivi sopra richiamati e contribuire alla diffusione in Azienda dei principi ad essi sottesi e alla realizzazione concreta di una cultura organizzativa basata sul rispetto della dignità delle persone all'interno del luogo di lavoro.

Le azioni positive con realizzazione programmata per l'anno 2024 e previste nel Piano Triennale di Azioni Positive, salvo variazioni e/o integrazioni che potranno intervenire nel corso della seduta del CUG programmata per il mese di gennaio 2024, toccano principalmente le seguenti macro-aree:

- pari opportunità e della violenza di genere: è in programma la preparazione di un corso sulle discriminazioni, il mobbing e la violenza di genere nel quale le tematiche in questione verranno affrontate da diversi punti di vista: quello sanitario, psicologico, giuridico e contrattuale;



- benessere individuale ed organizzativo: proseguirà nello studio di fattibilità sulla realizzazione di un'indagine sul clima organizzativo Aziendale mediante la somministrazione di questionari anonimi e verrà realizzato un primo elaborato da valutare e da presentare alla Direzione Strategica per il nulla osta all'indagine vera e propria;
- conciliazione vita-lavoro/ benessere individuale ed organizzativo: si procederà con la verifica e nel caso con l'aggiornamento degli elaborati già realizzati (*vademecum maternità e disabilità*) al fine di garantire ai dipendenti l'attualità e la correttezza dei contenuti.

Come sempre la vera sfida per il CUG Aziendale sarà quella di realizzare al meglio le attività in programma oltre a mantenere ed aggiornare quanto già realizzato, ma soprattutto di essere capaci di cogliere, anche grazie alla collaborazione e all'attività della Consigliera di Fiducia, eventuali istanze e/o esigenze/bisogni del personale dell'ASST da tradurre in azioni positive concrete e finalizzate al continuo e costante miglioramento del benessere individuale ed organizzativo dell'Azienda.

### **2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza**

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

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

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

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

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

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

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

In sede di redazione si è tenuto conto delle indicazioni contenute nelle linee guida del Piano nazionale anticorruzione (PNA), approvato dal Consiglio di ANAC con la delibera n. 7 del 17 gennaio





2023 e recentemente aggiornato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, nonché dei Piani Nazionali Anticorruzione adottati dall'ANAC negli anni precedenti, oltre alle prescrizioni poste a tutela della Amministrazione, derivanti da norme primarie e secondarie, da provvedimenti collegati e da disposizioni organizzative interne, idonee a garantire tutela da prescrizioni penalmente rilevanti.

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

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

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

### **2.3.1 Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza**

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

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

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

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

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

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



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

➤ **Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni**

In attuazione delle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, di cui alla DGR n. XI/6278 del 11/04/2022, che prevedevano per gli enti interessati, tra cui le ASST, l'opportunità di costituire un Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni, al fine di favorire, in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità, una sinergia e armonizzazione delle funzioni di controllo, l'ASST Ovest Milanese ha provveduto all'istituzione dello stesso con deliberazione n. 191 del 26/04/2023, successivamente modificata con deliberazione n. 244 del 22/05/2023.

Come previsto nel POAS aziendale, il Comitato afferisce alla Direzione Generale ed è composto dalle seguenti figure:

- ✓ Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Controllo di Gestione o suo delegato;
- ✓ Responsabile Internal Auditing o suo delegato;
- ✓ Direttore del Dipartimento Amministrativo o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Legnano/Cuggiono o suo delegato;
- ✓ Direttore della Direzione Medica di Presidio Magenta/Abbiategrasso o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Qualità e Risk Management o suo delegato;
- ✓ Direttore della SC Affari Generali e Legali o suo delegato;
- ✓ un Direttore di Distretto - individuato dal Direttore Socio Sanitario - o suo delegato.

Sempre in conformità alle linee guida e al POAS aziendale, viene attribuito al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza il ruolo di Presidente del Comitato.

In data 07/07/2023, a seguito di convocazione, è avvenuta la prima seduta di insediamento del Comitato, nel corso della quale è stata condivisa una bozza di regolamento recante la disciplina sul funzionamento del Comitato.

A seguito della seduta sopra richiamata, con deliberazione n. 399 del 02/08/2023 è stato approvato il Regolamento sul funzionamento del Comitato, nel quale vengono definite le finalità, le modalità di svolgimento, gli strumenti e le procedure legate alle attività di controllo interno.

Trattandosi poi di una figura afferente alla Direzione Generale, è stato regolato altresì il rapporto con la Direzione Strategica, con particolare riferimento alle comunicazioni degli esiti delle attività poste in essere dal Comitato. Nello specifico è previsto che il Comitato svolga, di norma semestralmente, un monitoraggio delle attività di controllo effettuate per poi relazionare le risultanze al Direttore Generale.

Nel corso della seduta del 14/12/2023 il Comitato ha discusso sulle modalità operative per l'adempimento delle sue funzioni. L'idea è quella di declinare le attività del Comitato sulla base di un Piano di Azione annuale, programmato di norma entro il primo trimestre di ogni anno.

In questo senso è stata elaborata una matrice che suddivide i controlli interni per area, livello, tipologia, obiettivo specifico, SC/Ufficio e Responsabile/Referente coinvolto, e che costituirà lo strumento di lavoro per il Comitato.



Si prevede per la prima metà del 2024 l'implementazione dello strumento e di renderlo operativo a livello aziendale attraverso il coinvolgimento di tutte le strutture/uffici deputati ad attività di controllo.

#### ➤ **Commissione Controlli PNRR**

Le Amministrazioni chiamate all'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) devono predisporre delle adeguate misure volte a ridurre il rischio di gestioni illecite, conflitti di interessi, frodi e corruzione.

In questo senso appare necessario svolgere controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese e segnalare le eventuali irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse. Al riguardo sono stati previsti sia a livello nazionale, sia a livello regionale, diversi strumenti di monitoraggio e rendicontazione.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, ha sviluppato e reso disponibile il sistema informatico REGIS, quale strumento volto a supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del Next Generation EU.

Ad esso si aggiunge il Si.Ge.Co – Sistema di gestione e Controllo, adottato con Decreto n. 7 del 29/07/2022 dal Ministero della Salute e successive modifiche, che descrive l'assetto organizzativo, i processi di attuazione, monitoraggio, rendicontazione, controllo, le misure di prevenzione di irregolarità e frodi, conflitti di interesse e duplicazione di finanziamento, gli obblighi di informazione, comunicazione e pubblicità;

I principali flussi procedurali inerenti i processi di controllo e rendicontazione del PNRR sono altresì descritti dalle linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi del PNRR, allegate alla circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 30 del 11 agosto 2022, che richiamano l'attenzione su alcuni elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità posti in capo ai soggetti coinvolti a vario titolo e a vari livelli nell'attuazione degli interventi PNRR;

A livello regionale sono state fornite ulteriori indicazioni operative con il Decreto n. 7796 del 25/05/2023 da Regione Lombardia, in qualità di Soggetto Attuatore tenuto a svolgere attività di indirizzo, coordinamento e supporto ai propri Enti delegati. In particolare Regione Lombardia, nel riservarsi un controllo di secondo livello in ordine agli interventi delegati, ha previsto in capo alle strutture sanitarie, in qualità di soggetti attuatori esterni, l'effettuazione e la documentazione dei controlli di primo livello espletati.

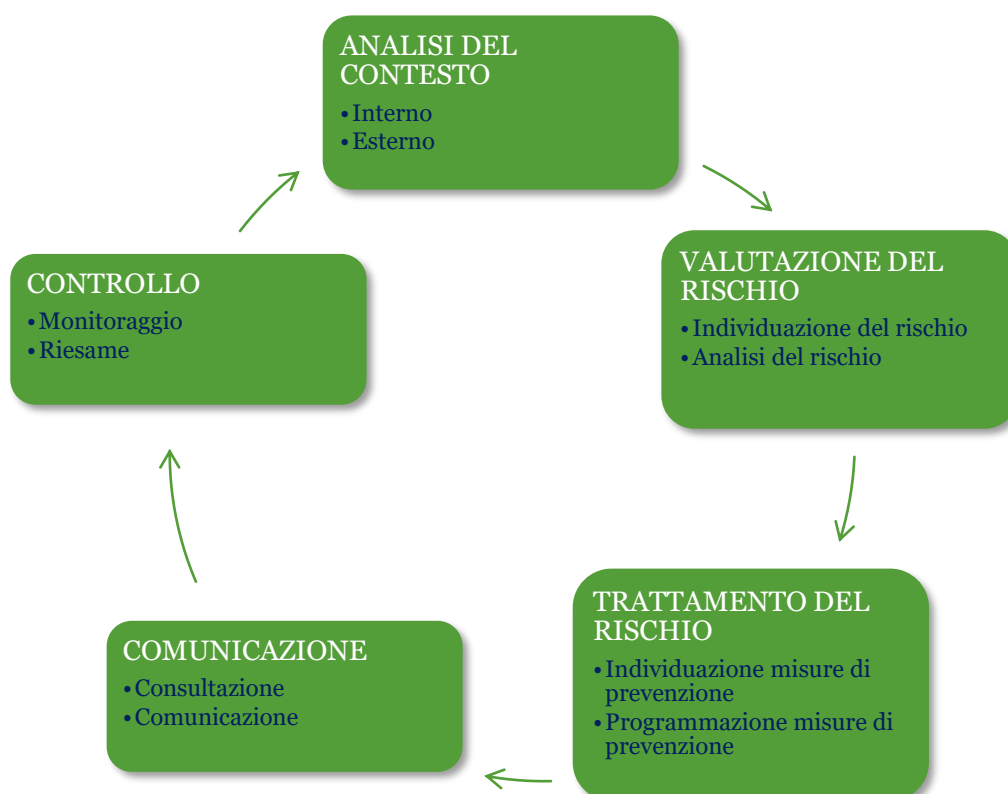
Tenuto conto dei provvedimenti sopra richiamati, questa Azienda, con deliberazione n. 342 del 22/06/2023, successivamente integrata con deliberazione n. 413 del 04/08/2023, ha ritenuto opportuno costituire un'apposita "Commissione controlli PNRR", preposta alla verifica e documentazione dei controlli, il cui coordinamento è demandato al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

È in corso di revisione il sistema organizzativo aziendale di monitoraggio e controllo della fase attuativa dei progetti PNRR mediante compartimentazione delle funzioni di coordinamento e controllo di primo livello e delle funzioni di controllo di secondo livello, che dovrà concludersi entro il primo trimestre 2024.



### 2.3.2 Processo di gestione del rischio

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



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

### 2.3.3 Analisi del contesto

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

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



### **2.3.4 Valutazione di impatto del contesto esterno**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

Il 2023 ha visto un'importante stagione di riforme normative che vanno ad incidere direttamente e indirettamente nella materia della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Tra queste si segnalano in particolare:

- Il decreto legislativo n. 36/2023: *Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*".
- il decreto legislativo n. 24/2023 recante: *Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali*".
- Il DPR 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"*.
- Il DPR n. 82/2023 recante *Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487, concernente 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*.

Le modifiche normative hanno posto nuovi obblighi in capo alle pubbliche amministrazioni rendendo necessario di rivedere il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza. In particolare appare indispensabile intervenire sulle misure preventive al fine di dare concreta applicazione delle nuove disposizioni.

### **2.3.5 La valutazione di impatto del contesto interno**

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

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

Si rinvia per gli approfondimenti alle apposite sezioni ("*Scheda anagrafica*" e "*Organizzazione e Capitale Umano*").

### **2.3.6 Processi e valutazione del rischio**

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

L'analisi del livello/grado di rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e dell'impatto che il rischio produce in caso di accadimento.

IMPATTO \ PROBABILITÀ	Alto	Medio	Basso
Alta	alto	alto	medio
Media	alto	medio	medio
Bassa	medio	medio	basso

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

I risultati della mappatura dei processi e la conseguente analisi di valutazione sono riportati nel Registro dei Rischi.

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

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

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

### 2.3.7 Misure di prevenzione

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

Ai fini di un'efficace integrazione e sinergia con la sezione relativa alla performance, nella programmazione delle misure di prevenzione della corruzione si è tenuto conto anche degli obiettivi di performance pianificati, in un'ottica di bilanciamento tra esigenze riconducibili all'imparzialità e



al buon andamento dell'attività amministrativa. Si riportano di seguito le principali misure di prevenzione generali, fermo restando quanto previsto nel Registro dei Rischi in allegato.

### ➤ **Doveri di comportamento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con DPR n. 81/2023 è entrato in vigore il *Regolamento concernente modifiche al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore il 14 luglio 2023.*



Nello specifico sono state previste nuove disposizioni volte a regolare l'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media.

Il Decreto si è altresì focalizzato sul comportamento dei dirigenti che deve essere improntato ai principi di "integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza".

In questo senso il dirigente ha la responsabilità diretta per la crescita professionale dei collaboratori, favorendo occasioni di formazione e opportunità di sviluppo di tutti i suoi collaboratori, e, più in generale, dovrà curare, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nelle proprie strutture, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, nonché di relazioni interne ed esterne basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia.

Si prevede poi espressamente che la misurazione della performance debba considerare sia il raggiungimento dei risultati che il comportamento organizzativo dei dipendenti.

Tenuto conto delle novità sopra indicate, si prevede la possibilità di un aggiornamento del codice di comportamento aziendale nel corso dell'anno 2024.

#### ➤ **Rotazione**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

#### ➤ **Contratti pubblici**

Come già evidenziato in precedenza, la disciplina in materia di contratti pubblici è stata oggetto di una sostanziale riforma. Con il decreto legislativo n. 36/2023 il legislatore ha infatti approvato il nuovo Codice dei contratti pubblici. Diverse sono le novità.

Tra queste si ricordano la codificazione dei principi generali, tra cui in particolare il principio del risultato che costituisce criterio prioritario per l'esercizio del potere discrezionale e per l'individuazione della regola del caso concreto, la nuova figura del responsabile unico del progetto (RUP), la digitalizzazione, la disciplina degli appalti sotto soglia e il diverso ruolo dell'ANAC.

Nel progetto del nuovo codice diviene centrale la digitalizzazione, quale strumento di attuazione degli obiettivi del PNRR e di prevenzione della corruzione. Digitalizzazione non è altro infatti che la trasformazione digitale del ciclo di vita dei contratti pubblici, il che mira ad assicurare una maggiore trasparenza, tracciabilità, partecipazione e controllo di tutte le attività.

Le innovazioni normative rese dal nuovo Codice hanno spinto l'ANAC a revisionare il PNA 2022 proprio con riferimento alla parte speciale relativa ai contratti pubblici. In particolare sono stati rivisti i fattori di rischio e le raccomandazioni sulle misure preventive applicabili.

Tenuto conto delle nuove disposizioni normative e delle indicazioni fornite da ANAC, si è proceduto ad un aggiornamento del Registro dei rischi per quanto concerne l'area dei contratti pubblici.

#### ➤ **Conflitto di interesse**

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

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

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



- astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- conflitto d'interessi nello specifico ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici;
- ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- adozione dei codici di comportamento;
- divieto di pantouflage;
- autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing).

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

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

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

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

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

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

Alle fonti normative in materia di conflitto di interessi sopra indicate, sono state aggiunte specifiche disposizioni nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

La definizione di conflitto d'interesse è espressamente citata all'art. 16, comma 1 del nuovo Codice: *“si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle*





*concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.”.*

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

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

*Il codice presenta una novità al comma 2 prevedendo che in coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la percepita minaccia all'imparzialità e indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.*

Il comma 4 si focalizza poi sugli adempimenti in capo alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, i quali devono adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni, e vigilare sul rispetto degli obblighi di astensione e segnalazione.

A livello aziendale la nomina del RUP e del DEC e dei commissari di gara relativa alla singola procedura di gara è subordinata alla acquisizione della dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di conflitti di interessi.

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

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

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

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

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





### ➤ **Patti di integrità**

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

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

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

Azioni previste:

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

### ➤ **Inconferibilità e incompatibilità**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

L'art. 1, co. 42, lett. l) della L. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "Incompatibilità successiva" (pantouflage o Revolvingdoors), introducendo all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

La presente misura preventiva è stata oggetto di apposita trattazione nel PNA 2022, ove ANAC, nell'evidenziare l'importanza del divieto di porte girevoli, suggerisce una serie di misure operative volte a dare concreta attuazione dell'istituto.

Al fine di garantire l'ottemperanza alla disciplina prevista dall'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. 165/01, è stata adottata come misura di attuazione l'inserimento nei contratti di incarico e di



assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

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

L'Azienda si è dotata di un regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.123 del 19/04/2018, in materia incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, così come previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/01 che contiene inoltre la disciplina dell'apposita procedura per il conferimento/autorizzazione degli incarichi con indicazione dell'attività istruttoria da espletare e le competenze dei soggetti coinvolti. Nel rispetto della normativa, tale disciplina regolamentare tiene conto e garantisce al dipendente la possibilità di non perdere occasioni di arricchimento professionale, culturale e scientifico, utili a determinare una positiva ricaduta sull'attività istituzionale.

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

Con il decreto legislativo, 10 marzo del 2023, n. 24, l'Italia ha recepito la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione.

In questo senso il legislatore ha raccolto in unico testo normativo l'intera disciplina volta a regolare, da un lato, i canali di segnalazione di atti illeciti, e, dall'altro, le misure di protezione che devono essere garantite al segnalante (c.d. Whistleblower).

In termini generali con l'espressione "Whistleblower" si fa riferimento alla persona che segnala, divulga, ovvero denuncia all'Autorità Giudiziaria violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

Come tale, l'istituto del Whistleblowing si annovera tra le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, costituendo uno strumento indispensabile volto a garantire l'applicazione dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento di cui all'articolo 97 della Costituzione.

Da questo punto di vista, assicurando una protezione, in termini di riservatezza e tutela da ritorsioni, ai soggetti che si espongono con segnalazioni, divulgazioni, denunce, si intende contribuire all'emersione e alla prevenzione di comportamenti e situazioni pregiudizievoli per le stesse amministrazioni o enti di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Il nuovo decreto, prevedendo all'articolo 23 il superamento della disciplina precedente, introduce diverse novità, tra cui:

- la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;
- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- la disciplina di tre canali di segnalazione e delle condizioni per accedervi: interno (negli enti con persona o ufficio dedicato oppure tramite un soggetto esterno con competenze specifiche), esterno (gestito da ANAC) nonché il canale della divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;



- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle scriminanti;
- l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e l'introduzione da parte dei soggetti privati di sanzioni nel sistema disciplinare adottato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Con delibera n. 311 del 12 luglio 2023 ANAC ha approvato le linee guida riguardanti le nuove misure in materia di whistleblowing, volte a fornire raccomandazioni sulle modalità di applicazione del decreto e indicazioni agli enti pubblici e privati sulla gestione dei canali di segnalazione e dei modelli organizzativi interni.

In attuazione della normativa sopra richiamata, e, tenuto conto delle linee guida ANAC, l'ASST Ovest Milanese ha aggiornato il proprio regolamento aziendale con deliberazione n. 683 del 21/12/2023.

Il nuovo regolamento, in aggiunta agli strumenti già in atto, ha previsto l'implementazione del canale di segnalazione interno mediante apposita piattaforma informatica volta a garantire con maggior efficacia la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

Il canale criptato, è liberamente accessibile dalla Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale [www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it).

### ➤ **Formazione**

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

Nell'anno 2023 si è tenuto l'evento formativo: "*Contrasto e prevenzione dei fenomeni corruttivi*".

Nello specifico si sono svolte due edizioni, rispettivamente in data 07 novembre e 22 novembre, presso l'Aula Formazione del Nuovo Ospedale di Legnano alle quali ha partecipato il personale di area comparto e dirigenza afferente alle Strutture Complesse principalmente coinvolte nella gestione delle attività e dei processi a maggior rischio corruttivo.

Al fine di consentire la massima partecipazione possibile entrambe le sessioni formative si sono tenute in modalità mista (in presenza e da remoto).

L'evento ha avuto ad oggetto il tema relativo alla prevenzione della corruzione, anche alla luce delle recenti novità normative in materia di whistleblowing, con un focus dedicato, da un lato alla disciplina penalistica sui delitti contro la pubblica amministrazione, dall'altro, all'illustrazione delle misure preventive adottate dall'Azienda.

Durante lo svolgimento dell'evento formativo si sono verificate numerose occasioni di confronto con i partecipanti che hanno permesso di approfondire diversi aspetti pratici e di chiarire le questioni controverse nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.



Per l'anno 2024 si prevede di riproporre l'evento tenuto conto degli aggiornamenti normativi in via di attuazione.

### **Antiriciclaggio**

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

Il Decreto ministeriale 25 settembre 2015 prevede poi che ogni pubblica amministrazione debba nominare un gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo e prevedere procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette.

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

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

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

### **Rischi connessi all'attuazione del PNRR**

L'ingente flusso di finanziamenti legati al PNRR costituisce una particolare area di rischio rispetto alla quale appare indispensabile prevedere degli appositi presidi volti a monitorare la corretta gestione degli stessi.

Al riguardo ANAC ha previsto nel PNA 2022 e nel relativo aggiornamento apposite indicazioni nell'individuazione di misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza agili e al contempo utili ad evitare che l'urgenza degli interventi faciliti esperienze di cattiva amministrazione, propedeutiche a eventi corruttivi.

Nel recepire le raccomandazioni di ANAC è stata inclusa nel Registro dei rischi una specifica area di rischio dedicata alla gestione dei fondi PNRR, ove sono stati mappati i processi relativi e individuate le misure di prevenzione di fenomeni corruttivi.

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

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

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





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

Nel dettaglio, l'attuazione del primo livello avviene mediante una relazione periodica a cura del Dirigente responsabile ove viene rendicontata l'attività di monitoraggio espletata nell'ambito del procedimento di competenza. L'attuazione del secondo livello, a cura del RPCT, con cadenza semestrale, si declina nel controllo dello stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nell'allegato Registro dei Rischi, mediante la richiesta ai responsabili degli uffici della rendicontazione rispetto agli indicatori riportati nel Registro. Con riferimento infine al terzo livello, si fa presente che entro il 31 gennaio 2024 si prevede l'adozione del Piano di audit 2024, all'interno del quale, sulla base delle linee guida e del Piano di Audit di Regione Lombardia, nonché delle indicazioni di ORAC, verranno individuate le aree oggetto di controllo.

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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



Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, la L. 190/2012 contiene riferimenti al formato aperto (art. 1, commi 32, 35 e 42). In particolare, il comma 35 stabilisce che “per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità”.

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

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

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

Nel corso dell'anno 2023 è stata aggiornata la sottosezione “bandi di gara e contratti” in conformità alle indicazioni dell'allegato 9 del PNA 2022.

Con l'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti Pubblici il legislatore ha dettato una nuova disciplina sulla pubblicità legale.

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto:

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del d.lgs. 33/2013 rubricato “Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture” con il seguente:
  1. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della legge 21 giugno 2022, n. 78.*
  2. *Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.*



- che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;
- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1° luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della legge n. 190/2012.

Sulla scorta delle novità normative sopra riportate ANAC ha fornito indicazioni sulle modalità di pubblicazione dei dati.

In particolare nella deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della deliberazione n. 264/2023, aggiornata con deliberazione n. 601/2023.

Da ultimo nell'aggiornamento del PNA 2022 ANAC ha precisato il regime di trasparenza applicabile nel periodo transitorio e a regime.

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a pubblicare i dati relativi nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti ad assolvere gli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 gli obblighi di pubblicazione si intendono assolti mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in Amministrazione Trasparente secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. gg. e dalle delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

#### ➤ **Responsabilità e misure organizzative**

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

Per l'anno 2023 l'attestazione a cura del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni è avvenuta nella seduta del 27/07/2023.

Il RPCT ha quindi provveduto a pubblicare l'attestazione unitamente alla griglia di rilevazione nella piattaforma ANAC e in Amministrazione Trasparente, nella sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione", in conformità alle indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 203 del 17/05/2023.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nello specifico le linee guida:

- individuano le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nel momento in cui diffondono dati personali sui propri siti web istituzionali in base alla normativa sulla trasparenza;
- precisano che l'ente pubblico deve limitarsi a pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati per adempiere agli obblighi di trasparenza;
- precisano che i dati sensibili possono essere trattati solo se indispensabili ai fini degli obblighi di trasparenza, ovvero quando la trasparenza non può essere raggiunta con dati anonimi o di altro tipo;
- vietano la diffusione di dati personali che rivelano lo stato di salute o di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici o psichici;





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

### **2.3.10 Coordinamento con sezione performance**

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

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

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

Tale esigenza di coordinamento ha, da ultimo, trovato nel PIAO, quale unico strumento di programmazione, istituito con la duplice finalità, da un lato, di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dall'altro, di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e



di procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, la concreta applicazione.

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

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

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

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

### 3. Organizzazione e capitale umano

#### 3.1 Struttura Organizzativa

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

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

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

Alla data del 31 dicembre 2023, l'Azienda conta n. 4.187 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Medici	627	19
Dirigenza sanitaria non medica	67	5
Altri dirigenti	21	1
<b>Totale dirigenza</b>	<b>715</b>	<b>25</b>

Comparto	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Ruolo sanitario	2164	4
Ruolo professionale	3	0



Ruolo tecnico	290	8
Ruolo Sociosanitario	570	14
Ruolo Amministrativo	393	1
<b>Totale comparto</b>	<b>3420</b>	<b>27</b>

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

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

### 1) Direzione Strategica

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

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

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

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

### 2) Incarichi di direzione

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

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

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



### 3) Incarichi dirigenziali

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

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

### 4) Incarichi di funzione del personale del comparto

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

*“Regolamento per l'individuazione, la graduazione, l'affidamento, la valutazione e la revoca degli incarichi”* sottoscritto il 22/12/2023 tra la delegazione di parte pubblica, la RSU e le OO.SS. del Comparto Sanità.

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

[www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente](http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente) Organizzazione – Organigramma.

### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

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



In particolare:

- ✓ il predetto art. 14 ha stabilito che: *le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente comma costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associati.*
- ✓ l'art. 18 della L. 81/2017, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ha promosso il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali Aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Nel corso del 2023 questa ASST, in forza della normativa sopra citata e delle disposizioni previste dal CCNL dell'Area del personale del Comparto Sanità, nonché della Direttiva 29/12/2023 avente ad oggetto "Lavoro agile" predisposta dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha provveduto a:

- predisporre la bozza del Regolamento di smart-working/lavoro agile ed a inviarla alle OO.SS. del personale del comparto e delle due aree dirigenziali al fine di dar corso alle procedure di confronto previste per la sua adozione;
- prorogare, nelle more dell'adozione del predetto Regolamento, sino al 30/06/2024 la possibilità di continuare a svolgere la modalità di lavoro agile, nella procedura semplificata, per i lavoratori fragili.

Nel 2023 n. 9 dipendenti dell'area del comparto, afferenti a strutture del Dipartimento Amministrativo, hanno svolto la loro prestazione lavorativa in modalità agile.

Nel corso del 2024 si provvederà all'adozione ed alla completa applicazione del "Regolamento di smart-working/lavoro agile".

### **3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale**

L'art. 6 del D. Lgs. 165/2001 prevede l'adozione, da parte di ciascuna Pubblica Amministrazione, del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che viene adottato annualmente al fine di recepire eventuali modifiche legate alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale. Il PTFP si basa sull'assunto fondamentale di coerenza con la programmazione finanziaria





e di bilancio, pertanto, i costi ivi rappresentati, che hanno carattere programmatico, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.

Il PTFP 2023-2025, contenente la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi, è stato adottato, da ultimo con deliberazione n. 488 del 28/09/2023 e successivamente approvato con la DGR n. XII/1127 del 16/10/2023.

Il predetto Piano è stato predisposto in forza di quanto dettato nella DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 avente ad oggetto: “*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023*”, nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci “beni e servizi”.

Il PTFP 2024-2026, così come indicato dalla DG Welfare con nota del 10/11/2023, è stato predisposto sulla base delle indicazioni ivi contenute ed inviato alla predetta Struttura, per la sua approvazione, con nota prot. 45047 del 27/11/2023.

Le schede del citato Piano 2024-2026 riportano i sotto indicati dati:

- scheda consistenza personale anno 2023 previsione chiusura al 31/12/2023 (teste);
- scheda fabbisogno di personale (espresso in FTE) e costi anno 2023 (compilata, in questa fase, solo per la parte FTE);
- scheda Dotazione Organica anno 2024 (teste);
- scheda fabbisogno di personale (espresso in FTE) e costi anno 2024 (compilata, in questa fase, solo per la parte FTE).

Come indicato nella predetta nota della DG Welfare le schede di dotazione organica che costituiscono il PTFP, sono distinte in due macroaree: Polo Ospedaliero e Polo Territoriale.

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

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

I dati relativi ai due Poli sono stati aggregati nelle specialità delle due Aree omogenee “*Medicina*” e “*Chirurgia*” individuato dal decreto di approvazione della metodologia dei fabbisogni AGENAS.

Infine, si precisa che nelle schede predisposte è stato riportato anche il fabbisogno in FTE del personale non strutturato (convenzionato universitario, convenzionato ACN, somministrazione lavoro, incarichi di lavoro autonomo e CO.CO.CO.).

Per la conclusione del processo di approvazione del PTFP 2024-2026 si resta in attesa di ulteriori specifiche indicazioni da parte della DG Welfare.





### 3.4 Piano formativo Aziendale

Il Piano Formativo Aziendale anno 2023 è stato approvato con Deliberazione n.102 del 14/03/2023. Secondo le nuove disposizioni di ECM Regione Lombardia è consentito caricare in piattaforma ECM/CPD eventi considerati “in piano” fino al 30 giugno dell’anno di riferimento.

Come da indicazioni regionali in materia la rendicontazione degli eventi accreditati è da effettuarsi entro i tre mesi dalla data di chiusura dell’evento stesso, pertanto alcuni dei dati riportati sono provvisori.

L’attività formativa effettuata nell’anno 2023 è così suddivisa:

- N. 247 eventi accreditati (di cui 228 “in piano” e 19 “fuori piano”)
- N. 34 eventi cancellati
- N. 9 eventi non accreditati in quanto rivolti a personale esente da crediti o non accreditabile secondo le regole ECM (su indicazione di Regione è stato erogato il corso Cyber Challenge dalla Regione stessa predisposto e caricato sulla piattaforma FAD aziendale)
- N. 516 edizioni erogate
- N. 10 edizioni di eventi cancellate

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

Nel corso dell’anno 2023 si è implementato l’utilizzo della piattaforma Moodle per la realizzazione e l’erogazione sia di FAD aziendali (realizzati in autonomia progettuale, metodologica e tecnica) sia di percorsi FAD proposti e resi disponibili da Regione Lombardia per il raggiungimento di obiettivi specifici per determinati settori o per soddisfare esigenze trasversali e normative (vedasi ad esempio il corso “Cyber Challenge” sulla sicurezza informatica o il corso “Nuovo Sistema di sorveglianza delle Malattie infettive” per implementare l’utilizzo di un nuovo sistema gestionale regionale). È stato inoltre erogato un evento FAD realizzato nell’ambito di un progetto specifico di ECM Polis sulla formazione digitale e la realizzazione di eventi FAD dal titolo “La nuova sfida dei formatori in Sanità”.

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

Tipologia formativa	Iniziative
Addestramento (con edizioni BLS/D parte pratica)	192
Gruppi di miglioramento/Audit	86
Corsi (sia residenziali che in videoconferenza)	205
FAD	30
Blended (Fad + altra tipologia formativa)	3
<b>Totale</b>	<b>516</b>



Le 516 edizioni di attività formative hanno consentito la partecipazione e la rendicontazione di circa 20000 persone formate per gli eventi accreditati e di circa 2900 persone formate per gli eventi non accreditati.

Le schede di customer, nonché le diverse tipologie di valutazione finale, testimoniano la buona riuscita dei vari percorsi proposti e il raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di progettazione, nonché, in taluni casi, la ricaduta organizzativa.

Per l'anno 2024, l'Ufficio Formazione sta provvedendo a redigere il Piano delle attività di formazione del personale attraverso la raccolta del fabbisogno formativo che dovrà essere presentato al Comitato Tecnico Scientifico per la sua approvazione, come previsto dalla procedura aziendale. Nel mese di novembre 2023 si sono riviste le tematiche aziendali, regionali, professionali, di sistema e normative alle quali fare riferimento per la progettazione delle iniziative formative.

Nel mese di dicembre 2023 le predette tematiche, di seguito dettagliate, sono state validate dalla Direzione Strategica:

1. Tematiche aziendali e regionali
2. Tematiche professionali
3. Tematiche di sistema e normative

Le sopra indicate tematiche sono state trasmesse ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Responsabili Uffici di Staff e Strutture Semplici Dipartimentali in data 19/12/2023 al fine di raccogliere il fabbisogno formativo di tutte le Strutture afferenti a questa ASST e che, a seguito di approvazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico, costituiranno il Piano Formativo Aziendale anno 2024.

La predisposizione del Piano e la relativa quantificazione economica, dopo specifica informativa alle OO.SS. delle due Aree dirigenziali e del comparto, verrà dapprima approvato con deliberazione aziendale e successivamente inserito nel Sistema Regionale ECM-CPD. La conclusione di tutto il processo è prevista per fine febbraio 2024.

## **4. Monitoraggio**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Nel 2023, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST ha ricevuto n. 91 segnalazioni/reclami e n. 122 encomi, e oltre 2000 contatti relativi a richieste di assistenza e informazioni pervenute allo sportello, telefoniche e via email/PEC, in collaborazione e a supporto delle varie UO Aziendali.

I dati complessivi vengono altresì utilizzati per aggiornare la Customer Satisfaction sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente.

Anche nel 2023, a fronte delle criticità conseguenti l'emergenza pandemica, l'URP ha mantenuto un ruolo strategico nel guidare e informare i cittadini sui servizi, le modalità di accesso e tempi di erogazione. Il ruolo dell'URP mira a facilitare il collegamento tra i cittadini e l'Ospedale, facilitando l'accesso ai servizi e il contatto con le strutture di riferimento.

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

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

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



interni (art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009). In particolare, con attenzione al monitoraggio del PTFP, oltre ai sistemi di monitoraggio interni, si sottolineano i controlli esterni regionali attraverso le rendicontazioni mensili accolte dal flusso regionale FLU.PER, il monitoraggio congiunturale trimestrale allegato al CE e le rendicontazioni trimestrali di bilancio (Modello A del CET).

**Allegati:**

- 1. Registro dei rischi - Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza**
- 2. Obblighi di informazione - Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza**