

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
Anno 2024-2026***

Sommario

PREMESSA	3
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	4
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	13
2.1 VALORE PUBBLICO	13
2.2 PERFORMANCE.....	18
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	23
<i>Valutazione di impatto del contesto esterno</i>	24
<i>Valutazione di impatto del contesto interno</i>	25
<i>Processo di gestione del rischio corruttivo</i>	31
<i>Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti fasi e sottofasi:</i>	31
<i>Mappatura dei processi</i>	32
<i>Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti</i>	32
<i>Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio</i>	35
<i>Misure di prevenzione generali</i>	36
<i>Misure di prevenzione specifiche – Area dei contratti pubblici – PROGETTI PNRR</i>	48
<i>Misure di prevenzione specifiche – Area di rischio settore sanitario</i>	50
<i>Obiettivi di prevenzione della corruzione per l’anno 2024</i>	52
<i>Obiettivi strategici in materia di trasparenza</i>	52
<i>Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure</i>	55
<i>Esercizio del diritto di accesso (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso ai dati personali)</i>	55
<i>Registro degli accessi</i>	57
<i>Programmazione dell’attuazione della trasparenza – obiettivi di trasparenza per l’anno 2024</i>	57
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	58
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	58
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	63
3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	65
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	72
3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	78
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	82

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto con l'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 successivamente convertito in Legge 113/2021, rappresenta un'innovazione riguardante l'attività di pianificazione delle amministrazioni pubbliche, nell'ambito delle misure di rafforzamento delle capacità amministrative legate all'attuazione del PNRR, ma destinata anche a divenire di natura strutturale.

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

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

L'obiettivo è favorire e generare l'integrazione tra le varie attività di pianificazione già presenti all'interno delle amministrazioni, con conseguente produzione e rappresentazione di un unico documento di piano che assorba e sostituisca i precedenti. Si tratta dei seguenti piani e ambiti di attività:

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

Attraverso il PIAO l'Azienda definisce linee strategiche e obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

Strutture ospedaliere.

- 2 Presidi Ospedalieri per acuti: P.O. E. Bassini e P.O. Città di Sesto San Giovanni con n. 466 posti letto. Rispondono ai bisogni di salute della popolazione del territorio e offrono servizi specialistici di primo e secondo livello, operano in stretta sinergia con le strutture territoriali e alcune specialità esercitano un'attrazione verso tutta l'area del Nord Milano e comuni limitrofi e partecipano alle reti di patologia sviluppate in Lombardia.

Strutture ambulatoriali e territoriali.

- 9 poliambulatori territoriali dislocati in tutta l'area metropolitana che offrono tutte le discipline specialistiche più un punto prelievi.
- 1 Centro di Assistenza Limitata CAL con 12 posti letto tecnici presso il presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni.

Strutture psichiatriche

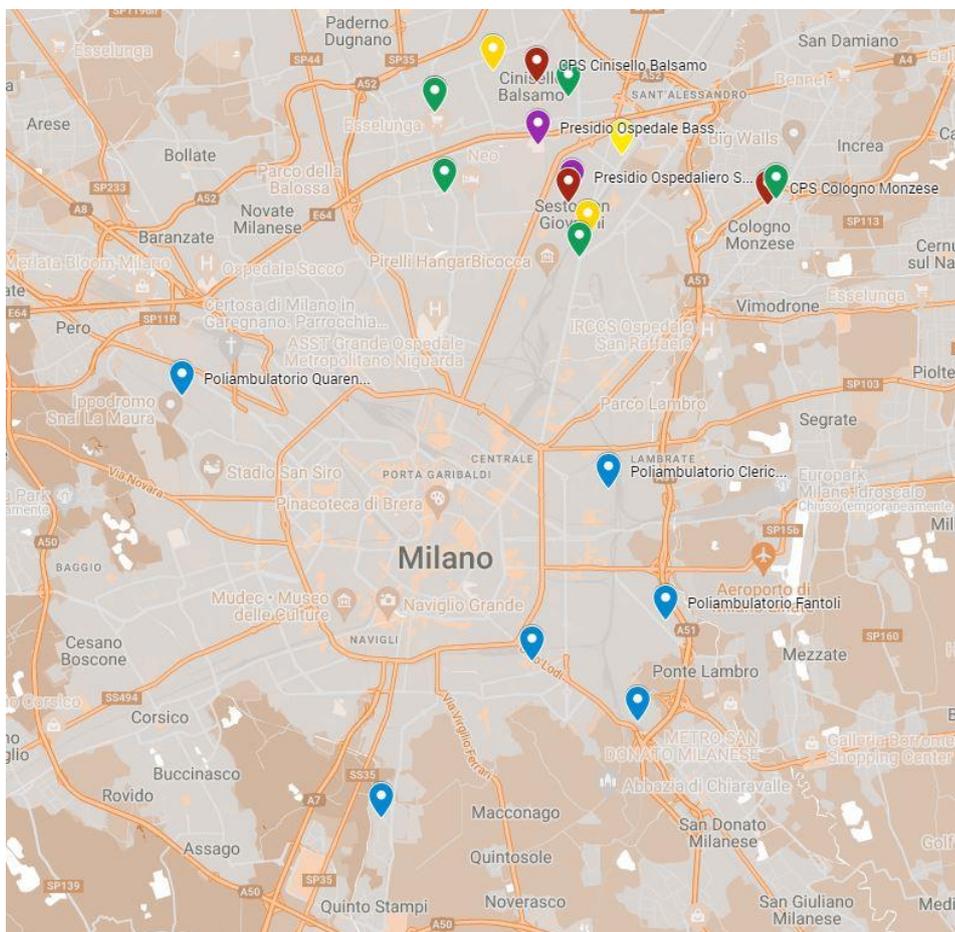
- 3 C.P.S. (Centro Psico-Sociale di Cinisello Balsamo, di Sesto San Giovanni e di Cologno Monzese)
- 3 Centri Diurni per pazienti con disturbi psichiatrici (CD Boccaccio, CD Cinisello Balsamo e CD Marelli)
- 4 Poli Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (Cusano Milanino, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Sesto San Giovanni)
- 1 Centro Diurno di Neuropsichiatria Infantile (Cusano Milanino)
- 1 NOA (Nucleo Operativo di Alcologia)
- 1 SerD (Servizio per le dipendenze)

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

Strutture sociosanitarie sul territorio

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

- 2 Ospedali di Comunità (Cormano, Cologno Monzese) e 1 Casa di Comunità (Cormano) in apertura nel corso dell'anno 2024/2025.



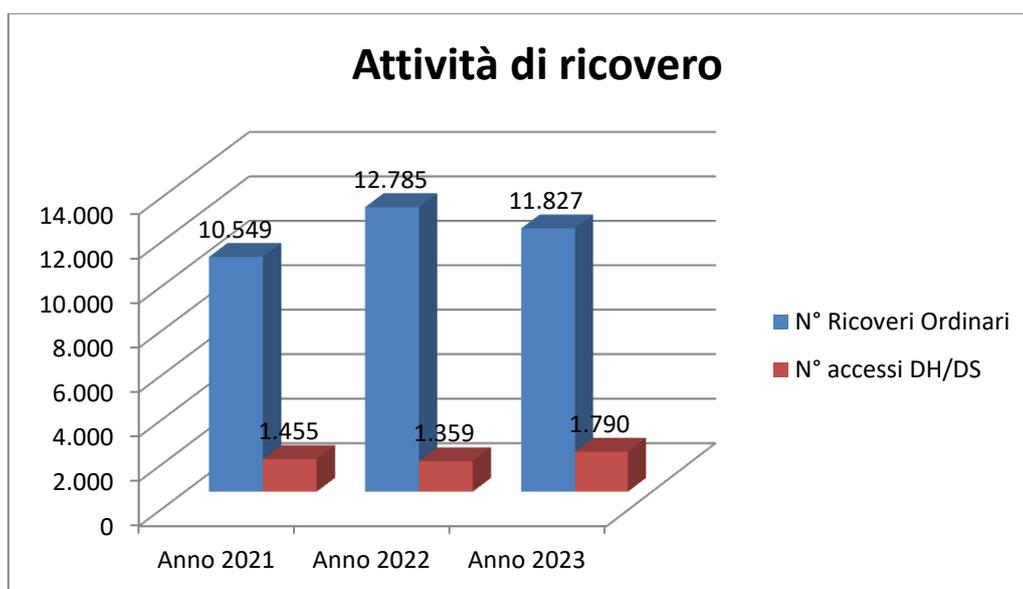
- Presidio Ospedaliero Sesto San Giovanni
- Presidio Ospedale Bassini
- Poliambulatorio Quarenghi
- Poliambulatorio Don Bosco
- Poliambulatorio Monte Palombino
- Poliambulatorio Baroni
- Poliambulatorio Clericetti
- Poliambulatorio Fantoli
- CPS Sesto San Giovanni
- CPS Cinisello Balsamo
- CPS Cologno Monzese
- CD Sesto San Giovanni
- CD Cinisello Balsamo
- CD Marelli
- CD NPI
- Casa di Comunità Bresso
- Casa di Comunità Cusano Milanino
- Casa di Comunità Cinisello Balsamo
- Casa di Comunità Sesto San Giovanni
- Casa di Comunità Cologno Monzese

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

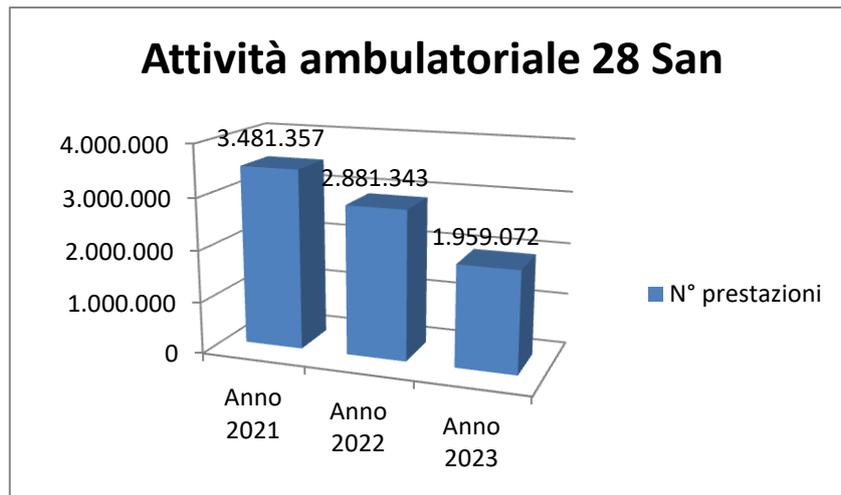
Di seguito sono riportati alcuni dati indicativi dell'attività effettuata e del personale in servizio nel periodo 2021-2023:

DATI DI ATTIVITA'				
Tipologia di attività	Indicatori	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
<i>Ricoveri Ordinari</i>	N° casi	10.549	12.785	11.842
	Degenza Media	7,6	6,7	6,5
	DRG medio	3.402	3.192	3.225
	Peso Medio	1,1	1,07	1,04
	% drg medici	63,0%	54,4%	53,4%
	% drg chirurgici	37,0%	45,6%	46,6%
<i>Day Hospital/Day surgery</i>	N° accessi	1.455	1.359	1.790
	DRG medio	916	722	757
<i>Ambulatoriale</i>	N° prestazioni 28 San	3.481.357	2.881.343	1.959.072
	di cui MAC	10.180	10.360	9.911
	di cui BIC	1.728	2.306	2.692
	N° prestazioni 46 San	73.234	76.320	72.209*
<i>Pronto Soccorso</i>	n° accessi	47.668	59.660	62.429

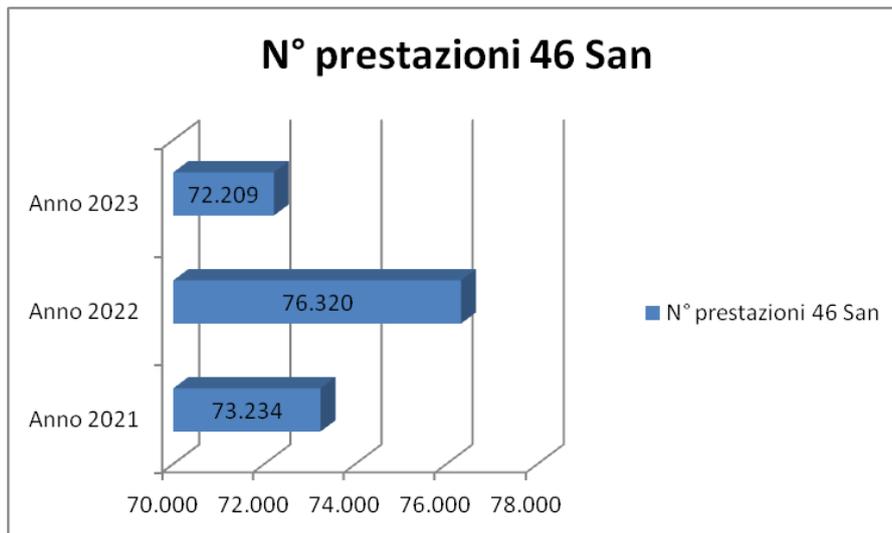
*dato aggiornato a novembre 2023



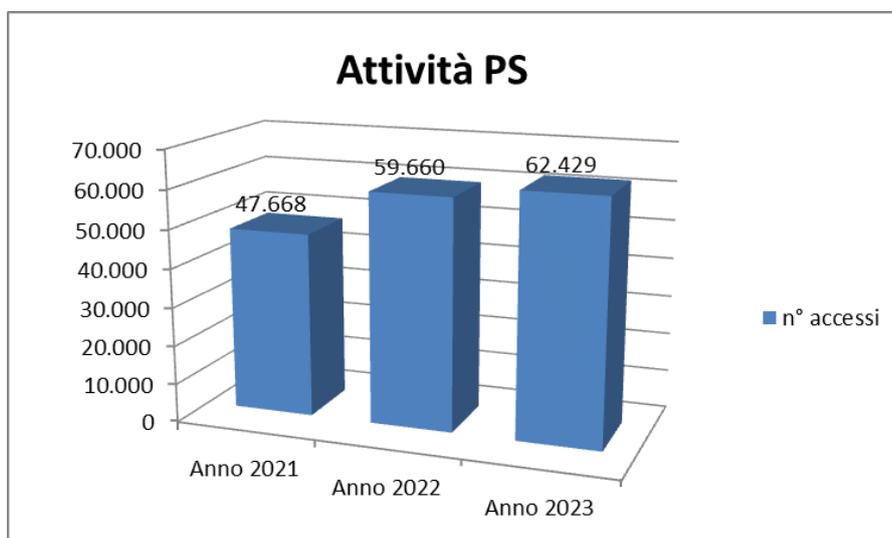
La minore produzione sui ricoveri ordinari è dovuta ad una riduzione dei ricoveri da pronto soccorso e alla chiusura, a causa dei lavori di ristrutturazione, dei posti letto di chirurgia presso il P.O. Bassini.

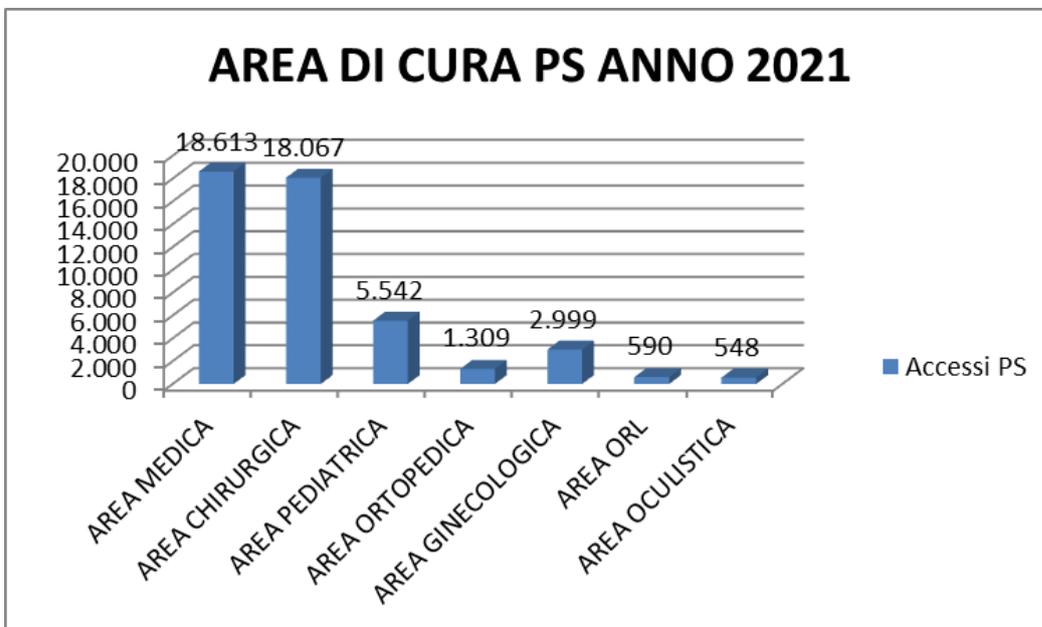
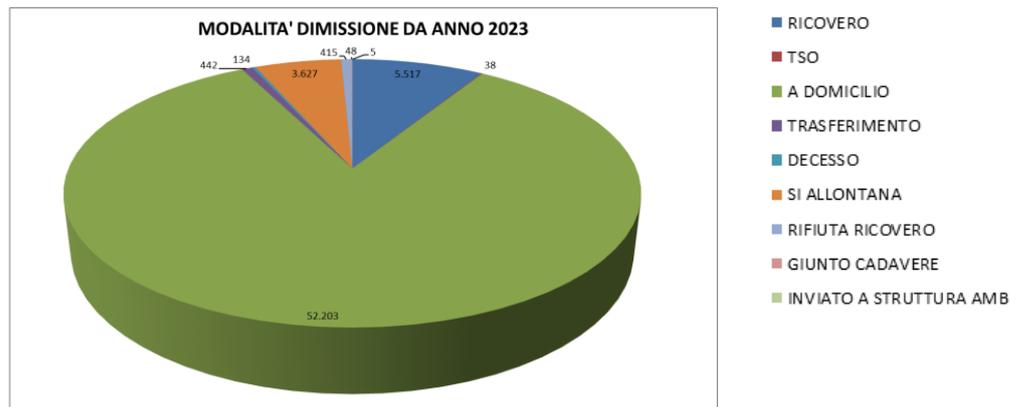
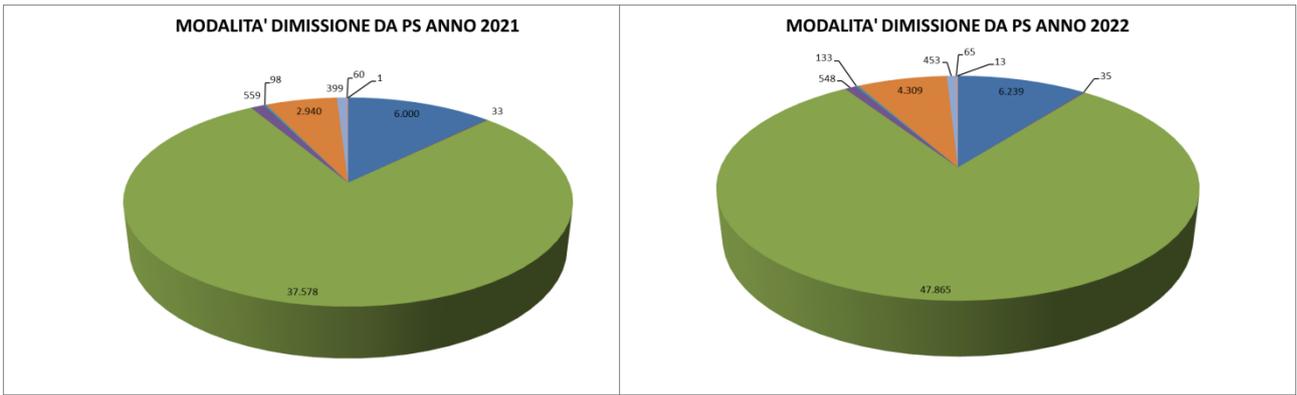


Si sottolinea che il numero delle prestazioni ambulatoriali anno 2021 e 2022 sono al lordo dei poliambulatori ceduti ad altre ASST. Considerando l'anno 2022 al netto dei poliambulatori ceduti la produzione è pari a 1.927.346, per cui si rileva una maggiore produzione nell'anno 2023

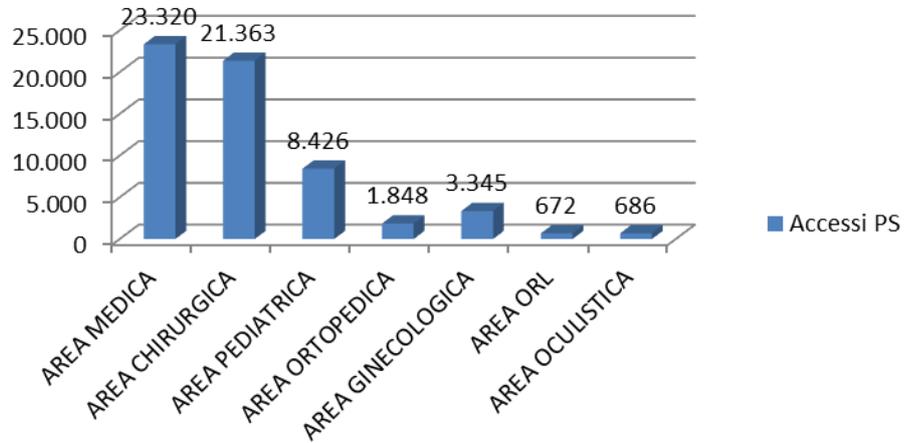


*Anno 2023 aggiornato a novembre 2023

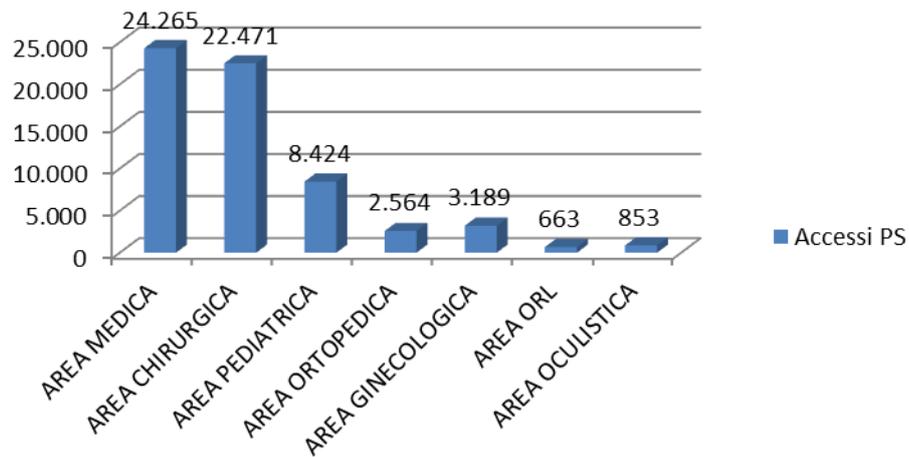




AREA DI CURA PS ANNO 2022



AREA DI CURA PS ANNO 2023

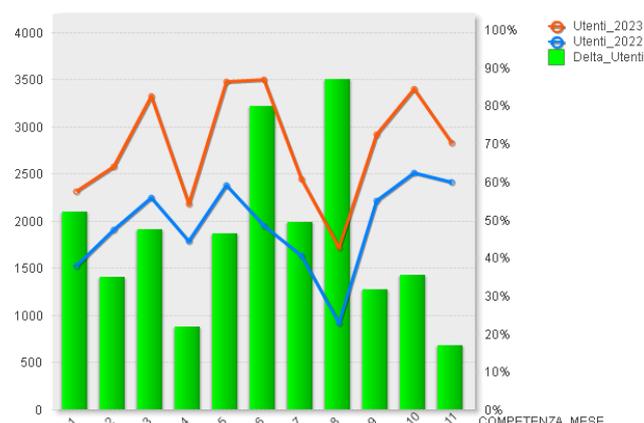
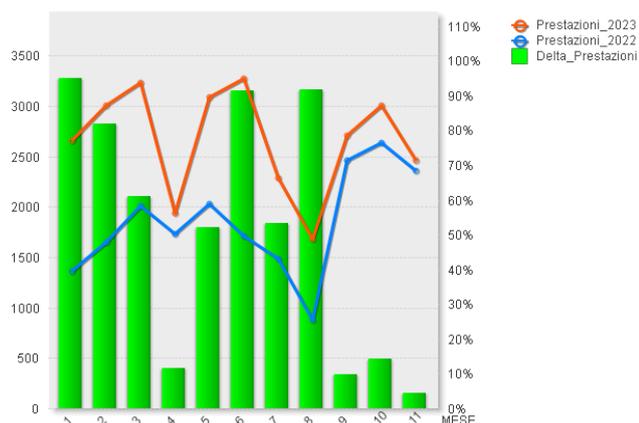


Posti letto effettivi mediati	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ordinari	336	351	319
Day Hospital/Day surgery	35	12	10
TOTALE	371	363	329

DATI CONSULTORI FAMILIARI

	PRESTAZIONI		UTENTI	
	ANNO 2023	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2022
CONSULTORIO FAMILIARE TERENGGI - CINISELLO BALSAMO	18.375	12.479	5.300	3.670
CONSULTORIO FAMILIARE GRAMSCI-SESTO SAN GIOVANNI	11.015	7.872	3.818	2.356

*Periodo gennaio - novembre



ATTIVITA' TERRITORIALE		
	N° prestazioni	anno 2023
Medicina Legale	n° procedure gestite (patenti, pass, porto d'armi, detenzione arma, esonero cinture, tempi di reazione ecc.)	1.296
	n° pratiche di invalidità civile (invalidità accertate e legge 104)	10.020
	n° pratiche Legge 68	418
Vaccinazione	n° vaccini	52.076
	n° vaccini COVID	10.032
	n° vaccini antinfluenzali	12.327
ADI	n° prestazioni	4.811

DATI RISORSE UMANE			
Personale Aziendale	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Dirigenti Medici	314	333,5	314
Dirigenti Sanitari	47	49	47
Dirigenti amm.vi/professionali/tecnici	18	19,5	19
Infermieri/Ostetriche	849	886	837
Tecnici Sanitari	221	215	199
Personale di assistenza e supporto	334	345	355
Personale della Comunicazione	-	-	1
Amministrativi	355	366	337
Specialisti Ambulatoriali	231	232	223
Interinali	54	54	25
Consulenti	82	81	91
Universitari	1	1	2
TOTALE	2.506	2.582	2.450

	ANNO 2023		ANNO 2023	
	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA
CESSATI	162	51	212	52
ASSUNTI	148	53	188	50
DELTA	-14	2	-24	-2

CONTO ECONOMICO				
Cod.	Voce	ANNO 2021	ANNO 2022	IV CET2023
	RICAVI			
AOIR01	DRG	41.387.455	44.490.537	43.430.540
AOIR02	Funzioni non tariffate	23.336.044	21.203.794	21.203.794
AOIR03	Ambulatoriale	32.694.403	34.752.663	24.397.775
AOIR04	Neuropsichiatria	609.960	870.016	845.000
AOIR05	Screening	468.034	453.891	311.839
AOIR06	Entrate proprie	14.484.553	14.206.841	10.125.384
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	1.607.071	1.747.483	1.908.387
AOIR08	Psichiatria	5.858.117	6.525.306	7.207.567
AOIR09	File F	5.370.589	5.891.220	5.722.460
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	1.749.697	4.787.463	3.662.750
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	37.055.260	29.935.771	23.370.062
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	129.870	1.033.163	182.471
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	2.044.055	5.476.321	904.597
AOIR15	Prestazioni sanitarie	12.753.193	8.936.564	8.969.799
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	179.548.301	180.311.033	152.242.425
	COSTI			
AOIC01	Personale	110.017.831	112.484.707	115.177.794
AOIC02	IRAP personale dipendente	7.279.975	7.456.095	7.644.158
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.339.759	1.455.163	1.554.538
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	78.144.664	78.702.542	71.948.826
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	391.880	282.119	282.119
AOIC06	Altri costi	20.480.793	18.835.955	17.393.718
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	9.679.441 1	6.269.095	7.932.683
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	786.256	1.295.882	457.891
AOIC17	Integrativa e protesica	945.489	892.865	957.356
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	229.066.088	112.484.707	223.349.083

AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	49.517.787	47.363.390	71.106.658
	Risultato economico	-	-	-

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

L'ASST Nord Milano 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 nella prospettiva di un approccio one health. 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 nel territorio di riferimento. Nell'ambito della rete integrata di offerta, promuove standard di eccellenza attraverso l'utilizzo di tecniche e tecnologie sanitarie e mantenendo una forte attenzione sugli esiti clinici, sull'appropriatezza e sull'impiego sostenibile delle risorse economiche.

A partire da questa vocazione l'ASST Nord Milano si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e sociosanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona con particolare riferimento alle condizioni di fragilità. La trasversalità dei processi (sanitari, socio-sanitari e amministrativi) e la riconnessione degli stessi in ottica multidisciplinare e multiprofessionale rappresenta 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 (ATS, altre ASST, Enti Locali, ecc.) e diritto privato (Aziende sanitarie e socio-sanitarie) 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.

L'ASST nel corso del triennio 2024-2026 si propone di contribuire alla promozione, al mantenimento e al recupero delle condizioni di salute della popolazione, erogando prestazioni sia sanitarie sia sociosanitarie, secondo standard di eccellenza, di media complessità, nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse e in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

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

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;

- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale; al fine di indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie; porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;

Ambito ospedaliero

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

Nel corso del 2024, l'ASST sui due presidi ospedalieri, sarà impegnata:

- all'apertura del nuovo reparto di Unità di Cura Coronarica con 6 posti letto presso il presidio ospedaliero Bassini.
- All'apertura del reparto di Neuropsichiatria Infantile presso il presidio ospedaliero Bassini;
- all'ampliamento dei posti letto di sub-intensiva/intensiva di Terapia Intensiva con 6 posti letto presso il presidio ospedaliero Bassini.
- Alla ristrutturazione del reparto di Psichiatria presso il presidio ospedaliero Sesto San Giovanni
- avvio lavori di adeguamento sismico e antincendio presso il presidio ospedaliero Bassini
- avvio progettazione sulla ristrutturazione del punto prelievi/cup presso il presidio ospedaliero Bassini
- installazione apparecchiature diagnostiche (RM, 2 ortopantomografi, 4 apparecchiature digitali) finanziante con il PNRR.

Ambito Pronto Soccorso

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

- garantire la figura del bed manager;
- fornire evidenza nella documentazione clinica della valutazione del paziente in termini di eventuali impedimenti di natura clinico-sociali che possano ritardare la dimissione e dare evidenza del momento in

cui il paziente ha concluso il proprio iter clinico ed è pronto alla dimissione per limitare il fenomeno del bed blockers;

- dare evidenza del momento in cui il paziente ha concluso il proprio iter in Pronto Soccorso ed è pronto al ricovero.

A tal fine l'ASST ha attivato un sistema di monitoraggio quindicennale sui bed blockers e il monitoraggio dei tempi di dimissione del paziente ricoverato e i tempi di ricovero del paziente da Pronto Soccorso. Ha attivato un sistema di monitoraggio per la rilevazione dei tempi di attraversamento in Pronto soccorso al fine di ridurre il tempo di permanenza in pronto soccorso.

L'Azienda ha definito degli obiettivi prioritari per il triennio 2024-2026, concentrandosi sull'accesso facilitato, tempestivo e appropriato ai servizi per migliorare la performance. Gli obiettivi specifici riguardano diversi aspetti, tra cui il miglioramento dei tempi di attesa presso il Pronto Soccorso (PS), la riduzione del tasso di accesso al PS, la diminuzione del tasso di abbandono dal PS, la riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato, garantendo tempi di attesa adeguati per prestazioni specialistiche e ricoveri programmati, promuovendo la prescrizione di visite di controllo da parte degli specialisti e l'utilizzo di ricette dematerializzate, e migliorando i tempi di presa in carico domiciliare dopo la dimissione ospedaliera.

La performance aziendale si focalizza su specifiche linee di azione per raggiungere gli obiettivi specifici nell'area dell'accesso e della domanda, con un'attenzione particolare alla riduzione delle ineguaglianze e al miglioramento della tempestività dei programmi di prevenzione e trattamento.

Ambito ambulatoriale

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

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

- Esposizione agende: per garantire la trasparenza delle liste di attesa, è in atto un processo di riorganizzazione delle agende al fine di garantire una maggiore trasparenza, visibilità e prenotabilità sulla Rete Regionale di Prenotazione (RRP), così come già previsto nella DGR XI/6297 del 26 aprile 2022 e nella DGR 1929 del 16/10/2023.
- Ottimizzazione della capacità produttiva: l'azienda mette in atto le azioni necessarie per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei codici di priorità configurando delle agende per codice di priorità (U, B, D e P).
- Servizi di remind: per ridurre il fenomeno del no-show viene attivato un servizio di messaggistica SMS/recall per la richiesta di conferma della prestazione con particolare riferimento alle prestazioni più critiche e strumentali.

- Percorsi di tutela delle prenotazioni: nel caso in cui la struttura non fosse in grado di erogare la prestazione entro i tempi previsti dalla specifica priorità gli operatori del CUP verificano eventuali disponibilità su altre Aziende del territorio dell'ATS sulla sezione prenotazioni di GPOPE. Qualora non vi fossero disponibilità, l'Azienda si impegna a prendere in carico la prenotazione per erogare comunque la prestazione.

Ambito territoriale

La strategia aziendale, ispirata dal Decreto Ministeriale 77/2022 e dall'esperienza acquisita durante la pandemia Covid, si focalizza sul potenziamento dell'assistenza territoriale come contesto privilegiato per gestire i pazienti con patologie croniche e promuovere la medicina d'iniziativa. Il DM 77/2022 è orientato verso la creazione di una rete diffusa di strutture territoriali che assicurino un'efficace presa in carico del cittadino. In questo contesto, la Casa della Comunità assume il ruolo chiave come luogo di integrazione e coordinamento di tutti i servizi e professionisti nell'ambito dell'assistenza territoriale. La sua funzione principale è garantire al cittadino prossimità ed equità nell'accesso ai servizi, offrendo accoglienza, presa in carico, continuità dell'assistenza della comunità. Presso le Case di Comunità sono state e saranno attivati i servizi riferiti alle seguenti Aree:

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

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

- Punto Unico di Accesso - PUA
- Sportello multidisciplinare
- Punto prelievi
- Assistenza Protesica e Farmaceutica Accesso libero
- Ambulatorio Infermiere di famiglia e Comunità – IFeC Accesso
- Consultorio Familiare
- Servizio Fragilità
- Vaccinazioni
- Scelta e Revoca medico ed esenzioni

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al

prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Il ricovero ha una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza può prolungarsi ulteriormente. Le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

Pazienti provenienti dal domicilio, in presenza delle seguenti condizioni:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi.
- Programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta, ovvero Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3 (Indice 1 - Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: intensità assistenziale bassa; Indice 2 - Dipendenza minima della persona: intensità assistenziale medio-bassa; Indice 3 - Dipendenza elevata della persona: intensità assistenziale medio-alta; Indice 4 - Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: intensità assistenziale alta));
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 punteggio 1-4);
- consenso informato del paziente.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio.
- Assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3).
- Intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni, di norma).
- Programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente.

Criteri di esclusione

- Mancato consenso del paziente al trasferimento/accoglimento;
- Pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate, non stabilizzati (scala NEWS2 \geq 5 o uno dei parametri uguali a 3).
- Pazienti con diagnosi non ancora definita o non comunicata al paziente o ai familiari;
- Paziente con intensità assistenziale alta (Indice di Intensità Assistenziale $>$ 3);

- Pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato.
- Pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- Pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.).
- Presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- Pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- Pazienti pediatrici;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.

Un aspetto cruciale dell'intervento sono le Centrali Operative Territoriali, una per ogni distretto, con la responsabilità di coordinare i servizi sanitari territoriali, socio-sanitari, ospedalieri e la rete dell'emergenza-urgenza. Queste centrali saranno dotate di mezzi tecnologici per il controllo remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, facilitare lo scambio di informazioni tra operatori, fungere da punto di riferimento per i caregiver e garantire continuità, accessibilità e integrazione delle cure.

Nel corso del 2024 la ASST si impegnerà:

- all'apertura temporanea dell'Ospedale di Comunità all'interno del presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni, in attesa del termine dei lavori per l'ospedale di comunità di Cologno Monzese.
- All'avvio dei lavori per l'ospedale di comunità e casa di comunità di Cormano;
- all'ultimazione dei lavori di ristrutturazione totale della casa di comunità di Cusano;
- all'ultimazione dei lavori di ristrutturazione totale della casa di comunità di Cinisello Balsamo.

2.2 Performance

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

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

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

L'ASST Nord Milano ha adottato meccanismi di valutazione (organizzativa e individuale), volta al raggiungimento di specifici obiettivi e al miglioramento delle performance, delle competenze e dei

comportamenti professionali ed organizzativi, collegata alla progressione economica orizzontale (comparto) e attribuzione o conferma di incarichi (Dirigenza) e alla erogazione della produttività e della retribuzione di risultato, secondo la Contrattazione Nazionale e Integrativa Aziendale.

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

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

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

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

Performance organizzativa

Punto di partenza della pianificazione strategica dell'ASST è la declinazione di obiettivi di indirizzo definiti nel Piano Socio sanitario Regionale 2021-2023 (PSSR), nelle Regole di Sistema annuali e negli Obiettivi di Mandato (ad oggi non ancora definite).

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

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

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

- alla dimensione di performance dell'utente, riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti e dei servizi, articolata secondo le aree di performance dell'accesso e della domanda dell'integrazione e degli esiti.
- alla dimensione di performance dei processi interni, fondamentale per garantire lo svolgimento efficiente, efficace e sicuro di prestazioni e servizi, articolata secondo le aree di performance della produzione;

appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico; dell'organizzazione; dell'anticorruzione e della trasparenza.

- alla dimensione di performance della sostenibilità relativa al corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento all'area economico-finanziaria e degli investimenti.

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

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso 2024	Risultato Atteso 2025	Risultato Atteso 2026
PERFORMANCE DELL'UTENTE	Piano per le liste di attesa 2024	rispetto indicazioni di RL	SI	SI	SI
	Attività ambulatoriale: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ambulatoriale	100%	=	=
	Attività di ricovero: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ricoveri	100%	=	=
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti gestiti in PS entro le 8h/n° totale pazienti gestiti in PS	90%	90%	90%
	Gestione pazienti in dimissione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	30%	50%	60%
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo medio di transito del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti dimissibili con permanenza in PS > 8h/n° totale pazienti dimissibili da PS	< media regionale	< media regionale	< media regionale
	Riduzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	<0,15	<0,15
	Rispetto tempi di degenza per colecistectomie laparoscopiche	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 gg	>=90%	>=90%	>=90%
	Rispetto tempo di intervento per paziente con età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore	% di pz di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario	>80%	>80%	>80%
	Rispetto dei tempi di attesa per il counselling e le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali	rispetto indicazioni di RL	15gg	15gg	15gg
	Potenziamento rete territoriale: rispetto del cronoprogramma di attivazione funzionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	rispetto cronoprogramma	ODC Cologno Monzese-avvio lavori Cormanano	100% ODC/CdC Cormanano	messa a regime
	Nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	messa a regime	=	=
	Attività di screening	Rispetto indicazioni di RL/ATS	SI	SI	SI
	Rispetto delle coperture vaccinali LEA	Esavalente dose 3 (2021): >=95% a 24 mesi dalla nascita	>=95%	>=95%	>=95%
		Men C dose 1 (2021): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		MPR dose 1 (2021): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		PC dose 3 (2021): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		HPV dose 2 (2011): >=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	>=95%	>=95%	>=95%
		MenACWY (2011): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		Pol dose 5 (2006): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		MenACWY dose 1 (2006): >=95%	>=95%	>=95%	>=95%
	Organizzazione eventi per la promozione delle campagne vaccinali con pianificazione di azioni mirate per incentivare i pazienti alla vaccinazione	n° eventi promozionali n° azioni mirate	3 3	3 3	3 3
	Messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	80%	85%	85%
Adozione nuovo flusso informativo sui consultori familiari	Rispetto indicazioni di RL	SI	regime	regime	
Distretti: mappare le richieste del territorio e riorientare i servizi all'interno del proprio distretto	Relazione	entro il 31/07/2024 entro il 31/01/2025	entro il 31/07/2025 entro il 31/01/2026	entro il 31/07/2026 entro il 31/01/2027	
Area consultori: Definizione del percorso di presa in carico delle donne consultorio ospedale e ospedale consultorio	n° donne gravide prese in carico che partoriscono presso l'hsp SSG/n° totale donne gravide gestite	>=40%	>=50%	>=60%	
Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz assistiti a domicilio (età >=65 anni)/1000 residenti	5%	8%	10%	
Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	almeno 8 azioni	almeno 8 azioni	almeno 8 azioni	
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Attivazione Cartella Clinica Elettronica	n° reparti con cartella elettronica/n° reparti	30%	80%	100%
	Applicazione modello HIMSS EMRAM: attuazione progetti secondo le indicazioni regionali	n° progetti avviati	>=1	>=1	>=1
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area disponibilità liquide	pubblicazione	entro il 31/12/2024	entro il 31/12/2025	entro il 31/12/2026
	Rispetto delle indicazioni richieste da Regione Lombardia sulla gestione dei flussi consumi e contratti	rispetto dei tempi di invio n° repertori presenti su flusso consumi/n° repertori presenti su flusso contratti	SI >=70%	SI >=70%	SI >=70%
	Attivazione nuovo nomenclatore tariffario	rispetto indicazioni di RL	SI	SI	SI
	Risclassificazione dei laboratori clinici aziendali	rispetto requisiti	entro il 31/08/2024 requisiti minimi specifici organizzativi	entro 28/02/2025 requisiti minimi specifici strutturali	regime
	Corsi di formazione correlati all'assistenza in ambito ospedaliero e alla prevenzione	rispetto indicazioni regionali	SI	SI	SI
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	↑	↑	↑
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	entro il 31/05/2024		
	Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	entro il 31/05/2024	attivazione	messa a regime
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per i neo assunti	n. neo assunti che hanno effettuato il corso / n. totale neo assunti	80%	80%	80%
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operatori di struttura	10%	10%	10%
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	almeno due edizioni	almeno due edizioni	almeno due edizioni
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	100%	100%	100%

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso 2024	Risultato Atteso 2025	Risultato Atteso 2026
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Implementazione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui alla sottosezione Bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	85%	90%	95%
	Prevenzione dei conflitti di interesse nei processi afferenti a "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazione": acquisizione Dichiarazione Pubblica degli interessi da parte di specifiche figure individuate dal RPCT	n. dichiarazioni acquisite /n. totale delle figure professionali individuate	80%	85%	90%
	Accreditamento case di comunità	Rispetto richieste regionali	SI	SI	SI
	Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi valutazione rischi misure di trattamento	entro il 30/09/2024 entro il 31/12/2024	entro il 30/09/2025 entro il 31/12/2025	entro il 30/09/2026 entro il 31/12/2026
PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	31/12/2024	31/12/2025	31/12/2026
	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	0%	0%	0%
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrezzature previste da programma	attuazione piano	adesione al 100% delle	adesione al 100% delle	adesione al 100% delle
	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto richieste regionali	SI	SI	SI
	Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi (PNRR)	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	entro il 30/6/2024 entro il 31/12/2024	entro il 30/6/2025 entro il 31/12/2025	entro il 30/6/2026 entro il 31/12/2026

Performance individuale

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

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

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

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

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

- **Relazioni interne e con l'utente:** capacità di mantenere un atteggiamento positivo nei rapporti con i colleghi, con gli utenti e con i superiori; adottare comportamenti e strategie per evitare tensioni interpersonali; affrontare i problemi con serenità e fermezza verificando anche il punto di vista altrui con ascolto e dialogo; impostare rapporti professionali fondati su chiarezza, correttezza e collaborazione nell'ottica del lavoro d'équipe.
- **Capacità organizzativa:** capacità di organizzare le attività professionali proprie, di individuare le priorità, programmare, rispettare i tempi concordati e mettere in atto sistemi di delega e/o attribuzione di attività a personale di supporto, sorveglianza e controllo.

- **Qualità delle prestazioni:** attuazione di azioni e comportamenti rispondenti ai bisogni del cliente esterno (utenti/persone assistite/cittadini) o del cliente interno, compiendoli con dedizione e precisione, combinando opportunamente le esigenze, entrambi importanti, della standardizzazione e della personalizzazione delle prestazioni di propria competenza nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.
- **Iniziativa personale e capacità di proporre metodologie/soluzioni innovative o migliorative:** capacità di formulare proposte di nuove attività di formazione/aggiornamento coerenti al proprio profilo di competenza e di prospettare nuove soluzioni/metodologie.
- **Partecipazione:** contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi di struttura.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sezione sostituisce il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. e rappresenta il documento in cui sono illustrate le strategie di prevenzione del rischio corruttivo e le politiche di trasparenza che l'Azienda Socio Sanitaria Nord Milano intende adottare nel periodo 2024-2026.

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

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

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

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

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

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

Al fine di raccogliere eventuali proposte e/o suggerimenti, nonché formulare integrazioni e osservazioni finalizzate ad una migliore individuazione delle misure per prevenire la corruzione, in data 28 dicembre 2023 è stato pubblicato sul sito aziendale l'Avviso di consultazione, rivolto a tutti gli stakeholder e al personale aziendale.

Entro il 19 gennaio 2024, data di scadenza della presentazione di contributi, non è pervenuta alcuna proposta da parte degli stakeholder aziendali.

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

Valutazione di impatto del contesto esterno

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

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

Di conseguenza, tale territorio e, in particolare, la provincia di Milano possono rappresentare un'area di interesse per la criminalità organizzata, tesa a permeare l'economia legale ed a sfruttarne le opportunità che ne derivano (cfr. Relazioni al Parlamento sull'attività delle forze di polizia sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata anno 2019 e anno 2020, a cura del Ministero dell'Interno, e Relazione della Direzione Generale Sicurezza di Regione Lombardia e Polis Lombardia sul monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia biennio 2020/2021).

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

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

Inoltre la situazione di crisi economica determinatasi prima con la pandemia da Coronavirus e recentemente con l'esplosione del conflitto russo-ucraino che ha comportato un aumento del costo delle materie prime e dell'energia e il conseguente insorgere dei processi inflattivi a livello internazionale può rappresentare una ulteriore opportunità per la criminalità organizzata di incrementare i propri affari.

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

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

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

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

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

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

Valutazione di impatto del contesto interno

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

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

In tale contesto l'ASST Nord Milano in qualità di soggetto attuatore esterno delegato dal soggetto attuatore principale, che è la Regione Lombardia, è stata destinataria di specifici stanziamenti finanziari finalizzati al raggiungimento degli obiettivi PNRR indicati nella Missione 6 – componenti 1 e 2, qui di seguito riportati:

a) Missione 6 componente 1

- Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina

b) Missione 6 componente 2

- Investimento 1.1. ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile

I cospicui finanziamenti stanziati per le predette finalità comportano la necessità di adottare misure di monitoraggio affinché le risorse a disposizione siano correttamente utilizzate sia in termini di efficacia ed efficienza che di legalità

A tale proposito il Ministero dell'economia e delle finanze ha emanato la circolare dell'11 agosto 2023 con la quale ha precisato che *"l'efficacia e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati da parte delle amministrazioni interessate adeguati sistemi di gestione e controllo, in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione del PNRR da parte dell'Unione Europea"*.

L'ASST Nord Milano in qualità di soggetto delegato esterno è tenuta ad individuare le soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci atte a garantire la puntuale esecuzione degli interventi nei tempi previsti, assicurando presidi di trasparenza e legalità attraverso, ove possibile, il ricorso a procedure di affidamenti di beni servizi e lavori mediante procedure di affidamento aggregate, anche avvalendosi delle Centrali di Committenza.

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

- A) Il Direttore Generale;
- B) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- C) I Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali referenti per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- D) Dirigente Responsabile delle Funzioni di Internal Audit e Gruppo Operativo Internal Audit
- E) Il Comitato di coordinamento dei controlli interni;
- F) Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- G) Il Collegio Sindacale;
- H) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- I) Il R.A.S.A - Responsabile Anagrafe Unica della Stazione Appaltante;
- J) Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio;
- K) Tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda.

A) Il Direttore Generale

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

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

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, avv. Anna Bricchi, Dirigente Amministrativo - nominato dal Direttore Generale con deliberazione 23 dicembre 2021, n. 1043 e successivamente con deliberazione 14 dicembre 2023, n. 1042, svolge le seguenti attività:

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

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

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

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

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

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

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

I predetti Dirigenti :

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

D) Gruppo Operativo Internal Audit

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

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

Il Responsabile aziendale delle Funzioni di Internal Audit, unitamente al Gruppo Operativo appositamente costituito, svolge attività di supporto al Responsabile per la prevenzione della

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

E) Comitato di coordinamento dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni della ASST Nord Milano fornisce supporto alla direzione strategica affinché possa compiere scelte funzionali al conseguimento dei risultati attesi nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa e rappresenta pertanto un importante strumento di ausilio alle politiche di prevenzione della corruzione.

I soggetti principali che concorrono all'applicazione del sistema coordinato dei controlli interni sono in particolare i seguenti:

- S.C. Controllo di gestione;
- S.C. Qualità e Risk Management;
- Internal auditing;
- RPCT.

Lo strumento strategico che convoglia gli esiti e le rilevanze dei diversi controlli in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali è il Comitato di coordinamento dei controlli interni previsto nel POAS 2022-2024 ed istituito in Azienda con la deliberazione n. 614 del 19 luglio 2023.

Tale organismo afferisce direttamente al Direttore Generale e ne fanno parte il RPCT, i Direttori delle SC Controllo di Gestione e Qualità e Risk management, il referente Internal auditing, le strutture afferenti al Dipartimento Amministrativo, i Direttori dei Presidi territoriali, i Direttori dei Distretti e il Direttore del DAPSS.

Ai sensi della deliberazione n. 901 del 7 novembre 2023, i controlli previsti dal Decreto della Direzione Generale Welfare Regione Lombardia 25 maggio 2023, n. 7796 sono stati attribuiti al Comitato di coordinamento dei controlli, in composizione ristretta, composto da RPCT, Responsabile Internal Auditing, Dirigente Responsabile Affari Generali e Legali, Dirigente Responsabile Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, Dirigente Responsabile SC Gestione Operativa e Next Generation Eu.

Con la medesima deliberazione n. 901 del 7 novembre 2023 è stato costituito il Gruppo di lavoro aziendale di supporto alla rendicontazione dei Progetti PNRR, composto dai Dirigenti Responsabili delle strutture complesse Gestione Operativa e Next Generation EU, Gestione Acquisti, Gestione Tecnica Patrimoniale, Sistemi Informativi, nonché dal RPCT e dal Dirigente Aziendale Responsabile della funzione Internal Auditing.

F) Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, considerata la rilevante importanza delle funzioni svolte, è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione. Svolge inoltre i propri compiti connessi all'attività anticorruzione con le verifiche e le attestazioni afferenti al settore della trasparenza. I verbali di riunione del Nucleo sono pubblicati sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente.

G) Il Collegio Sindacale

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

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

H) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

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

I) Il Responsabile Anagrafe unica della Stazione Appaltante

Il Responsabile dell'Anagrafe unica per la Stazione appaltante (RASA), nominato ai sensi dell'art. 33 *ter* D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 17 dicembre 2012, n. 221, è il soggetto incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante. La ASST Nord Milano ha designato il nuovo Responsabile dell'Anagrafe Unica della Stazione appaltante con Deliberazione n° 262, del 22 aprile 2020, nella persona del Dirigente responsabile dalla S.C. Gestione Acquisti (ing. Federica Olivei).

J) Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

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

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

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

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

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

K) I dipendenti e collaboratori dell'Azienda

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

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

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

Processo di gestione del rischio corruttivo

Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle seguenti fasi e sottofasi:

FASE 1	ANALISI DEL CONTESTO
	a) Analisi del contesto esterno b) Analisi del contesto interno c) Mappatura dei processi
FASE 2	VALUTAZIONE DEL RISCHIO
	a) Identificazione del rischio b) Analisi del rischio c) Ponderazione del rischio
FASE 3	TRATTAMENTO DEL RISCHIO
	a) Identificazione delle misure b) Programmazione delle misure

Mappatura dei processi

L'analisi del contesto interno oltre alla rilevazione dei dati generali relativi all'Azienda e alla sua dimensione organizzativa, comporta anche la mappatura dei processi aziendali che consente di rappresentare in modo razionale le attività dell'Azienda, descriverne le fasi e individuare i soggetti responsabili.

La mappatura dei processi è un'azione propedeutica all'avvio del percorso di gestione del rischio corruttivo in quanto è lo strumento che consente di individuare i processi e le attività più esposte a tale rischio.

Per processo si intende una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinate ad un soggetto interno o esterno all'Azienda.

L'ASST Nord Milano si è dotata di una mappatura dei principali processi afferenti alle aree di rischio generali e specifiche indicate da Anac, la cui elencazione è riportata nell'allegato 1) della presente sottosezione denominato "Registro Rischi".

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

L'individuazione del rischio è la fase successiva alla mappatura dei processi che consiste nel definire, per ogni attività del processo, potenziali minacce corruttive.

Gli elementi che sono stati presi in considerazione a livello aziendale per l'identificazione dei rischi corruttivi sono i seguenti:

- esito delle risultanze della mappatura dei processi;
- informazioni in possesso del RPCT quali segnalazioni, richieste di accesso agli atti, procedimenti disciplinari o giudiziari avviati, ricorsi, nonché i contenuti riportati nelle relazioni annuali inviate dai Responsabili di struttura;
- delibere e direttive Anac in materia;
- registri rischi di altre Aziende Sanitarie.

Una volta identificato il rischio è necessario procedere alla sua analisi e valutazione al fine di definire il livello di rischio.

Con il Piano Nazionale 2019 l'Anac ha modificato la metodologia di misurazione del rischio corruttivo, passando da un approccio quantitativo ad un approccio qualitativo, in cui la motivazione dei valori di rischio attribuiti assume importante rilevanza.

L'Azienda a far tempo dall'anno 2021 ha avviato un percorso finalizzato a recepire, gradualmente, le indicazioni ANAC contenute nell'allegato 1 al PNA 2019 "*Indicazioni Metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi*", che prevedono il passaggio da un approccio di tipo quantitativo fondato su analisi matematiche e statistiche ad un approccio metodologico qualitativo fondato su motivate valutazioni del livello di rischio espresso, supportate da dati documentali.

Nell'anno 2022 si è provveduto alla revisione delle procedure di analisi valutazione e trattamento del rischio corruttivo, in conformità alla nuova metodologia indicata da ANAC, relativamente ai processi ricompresi nelle sotto riportate aree di rischio generali e specifiche:

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

Nell'anno 2023 è stata invece estesa l'applicazione della nuova metodologia fondata sull'approccio qualitativo ai processi afferenti ad altre aree di rischio qui di seguito riportate:

Aree di rischio	Strutture aziendali coinvolte	Processi
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	SC Affari Generali e Legali SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità SC Tecnico Patrimoniale SC Area Accoglienza e CUP Aziendali	1) Donazioni e comodati 2) Recupero crediti 3) Fatturazione attiva e passiva 4) Gestione patrimonio immobiliare 5) Rimborsi ticket
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali e Legali	1) Convenzioni attive e passive
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali e Legali	1) Convenzioni con associazioni di volontariato
Affari Legali e Contenzioso	SS Affari Legali	1) Incarichi di patrocinio legale 2) Gestione malpractice
Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	SC Farmacia e SSD Formazione e Sviluppo capitale Umano	1) Sperimentazioni e ricerca 2) Sponsorizzazioni 3) Partecipazioni a eventi sponsorizzati
Decesso in ambito ospedaliero	Direzioni Mediche di Presidio	Gestione Area Tanatologica

L'intero esito della attività di analisi e valutazione dei rischi condotta ai sensi della nuova metodologia ANAC è rappresentato nel Registro Rischi di cui all' allegato 1 della presente Sottosezione..

Per le attività di competenza delle strutture territoriali i cui processi afferiscono alle aree di rischio individuate da Anac, non è stata effettuata l'analisi di valutazione e trattamento di rischi secondo la metodologia ANAC e pertanto per le stesse si è fatto ancora riferimento alla analisi, valutazione e trattamento dei rischi rappresentata negli allegati n. 3 (Registro Rischi servizi territoriali) e n. 4 (Piano

Trattamento Rischi Servizi territoriali), che erano stati predisposti ai sensi della precedente metodologia, di cui all'allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione 2013.

Per quanto riguarda i processi e le attività aziendali afferenti alle Strutture territoriali l'analisi e valutazione e trattamento dei rischi associati corruttivi verrà progressivamente revisionata nel corso delle prossime annualità.

Alla luce di quanto sopra, si fissa pertanto come obiettivo 2024 l'applicazione delle metodologia prevista dall'allegato 1 del PNA 2019 ai processi aziendali afferenti alle aree di rischio afferenti ai servizi territoriali, tra cui in particolare l'area della Medicina Legale.

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

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

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

- carenza controlli;
- disfunzioni organizzative;
- scarsa percezione rischio corruttivo;
- alta discrezionalità;
- carenza di trasparenza;
- basso livello di rotazione;
- eccessiva concentrazione dei poteri decisionali;
- carenze formative del personale addetto ai processi;
- eccessiva regolamentazione;
- scarsa chiarezza normativa;
- necessità di fronteggiare situazioni di emergenza;
- asimmetrie informative e presenza di potenziali conflitti di interesse.

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

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

- Segnalazioni ed altri eventi sentinella;
- Manifestazioni di eventi corruttivi avvenuti in passato;
- Grado di discrezionalità;
- Grado di efficacia delle misure di prevenzione della corruzione;

- Grado di opacità;
- Grado di concentrazione del processo decisionale e rotazione del personale;
- Grado di rilevanza degli interessi esterni;
- Gravità impatto potenziale sul piano economico e su quello dell'immagine in caso di evento corruttivo;
- Grado di probabilità dell'evento corruttivo.

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

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

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

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

Il RPCT ha vagliato le stime dell'autovalutazione per analizzarne la ragionevolezza ed evitare la sottostima del rischio, secondo il principio della prudenza suggerito da ANAC

L'esito finale della analisi e valutazione del rischio corruttivo delle aree interessate come sopra descritta è stata compiutamente rappresentata nell'allegato 1 della presente Sottosezione "Registro Rischi".

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

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

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

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

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

Il Piano di trattamento dei Rischi riferito ai processi oggetto di analisi valutazione condotta ai sensi della nuova metodologia ANAC è rappresentato nell'allegato 2) della presente Sottosezione, denominato "Piano Trattamento Rischi".

Misure di prevenzione generali

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

- A) Codice di Comportamento**
- B) Formazione**
- C) Rotazione del Personale e segregazione delle funzioni**
- D) Attività a seguito di cessazione rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors)**
- E) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito - Whistleblowing**
- F) Inconferibilità e Incompatibilità degli incarichi**
- G) Gestione Conflitto di Interesse**
- H) Ulteriori misure di prevenzione a carattere trasversale**
- I) Applicazione normativa anti riciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo**

A) Codice aziendale di Comportamento

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

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

Nell'anno 2024 si prevede altresì di aggiornare e implementare il Codice di Comportamento, al fine di recepire quanto previsto nel DPR 13 giugno 2023, n. 81.

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

Tutti i soggetti che prestano attività a favore della ASST Nord Milano, tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, dipendenti, specialisti ambulatoriali, collaboratori, tirocinanti, specializzandi, borsisti, ecc., sono tenuti al rispetto del Codice di Comportamento vigente in Azienda. I Dirigenti responsabili delle Strutture devono assicurare la massima attenzione al rispetto del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici*) e del Codice di Comportamento aziendale vigente.

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

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

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

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

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

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

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA CODICE DI COMPORTAMENTO

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Targ et	Monitoraggi o
SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice di comportamento e della Sottosezione Anticorruzione del PIAO	N° contratti recanti la clausola / N° di Contratti controllati	90%	Monitoraggi o semestrale espletato a campione dal RPCT

SC Gestione Acquisti SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Inserimento nei contratti stipulati dall'azienda con i fornitori di beni servizi e lavori della clausola risolutiva in caso di violazione del codice di comportamento e della sottosezione Anticorruzione del PIAO	N° contratti recanti la clausola / N° di Contratti controllati	90%	Monitoraggi o semestrale espletato a campione dal RPCT
---	--	--	-----	--

B) Formazione

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

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

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

a) Formazione di livello generale

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

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

b) Formazione di livello specifico

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

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

comunicare annualmente al RPCT i nominativi dei dipendenti a cui prioritariamente rivolgere la formazione specifica, attenendosi ai seguenti criteri di selezione:

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

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

La formazione di livello generale nell'anno 2024, rivolta al personale neo assunto, verrà erogata fornendo la possibilità ai dipendenti di accedere in modalità webinar tramite la piattaforma aziendale al corso di formazione di base dal titolo *“Anticorruzione nella PA: le novità in tema di semplificazione pubblicità e trasparenza”*.

Per quanto concerne invece la formazione specifica, nel 2024, verranno organizzate iniziative formative di livello specifico fruibili in presenza ed anche eventualmente in modalità webinar.

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

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio
RPCT SSD Formazione e sviluppo capitale umano	Attivazione di corsi di livello generale e di livello specifico in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza Attivazione corso in materia di codice di comportamento	Attivazione di almeno una iniziativa annuale di livello generale e di una iniziativa formativa di livello specifico in materia di anticorruzione e di trasparenza Attivazione corso di formazione in materia di Codice di Comportamento	100%	RPCT
Dirigenti Responsabili	Garantire la partecipazione dei neo	N° dei neoassunti che ha partecipato al corso di livello	80%	RPCT SSD

strutture interessate	assunti ai corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza o in materia di codice di comportamento	generale in materia di anticorruzione e trasparenza o al corso in materia di codice di comportamento / N° totale neo assunti		Formazione e Sviluppo Capitale Umano
Dirigenti Responsabili strutture interessate	Garantire la partecipazione alle iniziative specifiche in materia di anticorruzione e di trasparenza dei dipendenti assegnati alle strutture afferenti alle aree considerate maggiormente esposte al rischio corruttivo	N° del personale assegnato alle strutture afferenti alle aree a rischio che ha partecipato alle iniziative formative specifiche in materia di anticorruzione e trasparenza / N° totale del personale assegnato alle strutture afferenti alle aree a rischio	30%	RPCT SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano

C) Rotazione del personale

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

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

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

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

determinazione delle amministrazioni, che potranno quindi adeguare la misura alla concreta organizzazione dei propri uffici.

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

Con riferimento alla motivata ed oggettiva impossibilità ad attuare la rotazione, l'Azienda adotta tuttavia il meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "*segregazione di funzioni*", con attribuzione a soggetti diversi delle funzioni: a) di svolgimento delle istruttorie, b) adozione delle decisioni, c) attuazione delle decisioni assunte e d) svolgimento dei controlli.

D) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

(Divieto di Pantouflage - Revolvingdoors)

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

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

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

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

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

c) nei bandi di gara o negli atti preliminari agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, inserimento della condizione soggettiva (riferita ai concorrenti) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della ASST Nord Milano nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

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

TABELLA APPLICAZIONE DELLA MISURA PREVENZIONE PANTOUFLAGE

Responsabilità	Misura di prevenzione	Indicatore	Targ et	Monitoragg io
SC Gestione e Sviluppo delle risorse umane	Inserimento, nei contratti di incarico e nei contratti di assunzione, di clausole che prevedano il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) – per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta dal dipendente mediante i poteri di controllo (provvedimenti, contratti o accordi).	N° contratti recanti la clausola / N° di Contratti controllati	100%	RPCT Monitoragg io a campione
SC Gestione e Sviluppo delle risorse umane	Consegna ai dipendenti cessati a qualsiasi titolo, di apposita informativa recante indicazioni in ordine ai limiti previsti per il dipendente cessato dall'art. 53, c. 16-ter, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., con contestuale sottoscrizione della stessa, che attesti l'avvenuta ricezione.	N° informative recanti sottoscrizione ricezione / N° dipendenti cessati	80%	RPCT

SC Gestione Acquisti SC Gestione Tecnico Patrimonial e	Nei bandi di gara o negli atti preliminari agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, inserimento della condizione soggettiva (riferita ai concorrenti) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della ASST Nord Milano nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto	N° dei bandi di gara recanti la condizione soggettiva / N° dei bandi di gara controllati	100%	RPCT Controllo a campione
---	--	--	------	------------------------------

E) Whistleblowing - tutela del dipendente che segnala illeciti.

La ASST Nord Milano, nell'anno 2023, ha approvato, con Deliberazione n. 1004 del 14 dicembre 2023, il nuovo Regolamento Aziendale per la gestione delle segnalazioni di fatti illeciti e/o irregolarità e per la tutela del whistleblower, con il quale si è provveduto ad adeguare le procedure aziendali alla nuova normativa europea e nazionale.

Tale istituto è stato infatti di recente oggetto di riforma per effetto del D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24, che ha a sua volta recepito, a livello nazionale, la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019.

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

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

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

La segnalazione può dunque essere presentata con le seguenti modalità:

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

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

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

Nell'anno 2023 non risulta pervenuta alcuna segnalazione rientrante nell'istituto del whistleblowing.

F) Verifica incompatibilità e inconferibilità degli incarichi dirigenziali di vertice dell'azienda.

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

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

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

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

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

G) Gestione conflitti di interesse

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

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

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

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

Al fine di adempiere a quanto previsto dall'art. 7 del Codice di Comportamento aziendale il personale neo assunto e il personale a cui sia stato conferito incarico di struttura complessa dovrà compilare specifica dichiarazione di autocertificazione di assenza di conflitto di interesse e a farla pervenire sia al Responsabile del proprio Servizio di appartenenza, che alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, la quale provvederà ad archivarla nel fascicolo personale del lavoratore.

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

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

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

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

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

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

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

Tabella Misure gestione conflitto di interesse

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

H) Ulteriori misure di prevenzione a carattere trasversale

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

a) SC Controllo di Gestione

Tale struttura supporta il Direttore Generale nella definizione, pianificazione e controllo degli obiettivi strategici affiancandolo nella definizione degli obiettivi e nella valutazione dei risultati. L'attività è in particolare regolamentata dalle *"Linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie della regione Lombardia" DG welfare 2023*.

b) Il Percorso di Certificabilità dei Bilanci (PAC)

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

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

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

c) Regolamenti aziendali

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

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

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

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

Le pubbliche amministrazioni, oltre a nominare il gestore delle segnalazioni, devono adottare, in base alla propria autonomia organizzativa, procedure interne di valutazione idonee a garantire

l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti.

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

Nel corso dell'anno 2023 non è stata riscontrata da parte del Gestore aziendale, nominato con delibera 23 dicembre 2019, n. 821, la sussistenza di operazioni sospette da segnalare alla UIF.

Misure di prevenzione specifiche – Area dei contratti pubblici – PROGETTI PNRR

Il Ministero dell'economia e delle finanze, nelle linee guida annesse alla Circolare 11 agosto 2022, n.30, relativa alle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR, ha precisato che tra gli obblighi specifici posti in capo ai soggetti attuatori vi è quello di adottare misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frodi, corruzione, doppio finanziamento e indebita assegnazione di fondi, nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio (titolarità effettiva).

Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF nelle predette linee guide sono ricompresi:

- l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo;
- l'obbligo posto in capo al soggetto attuatore/sa stazione appaltante di richiedere la dichiarazione rilasciata dal titolare effettivo circa l'assenza del conflitto di interessi.

Un'ulteriore misura prevista dal Ministero è quella di prevenire il conflitto di interessi in capo ai soggetti interni che partecipano attivamente alle procedure connesse ai progetti PNRR quali RUP, DEC, etc, nonché in capo ad altri soggetti esterni quali Progettisti e Collaudatori, mediante l'acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte dei soggetti interessati

Si prevede pertanto di adottare nell'ambito dell'area contratti pubblici per quanto concerne i processi connessi all'utilizzo di risorse PNRR l'adozione delle seguenti misura specifiche:

Tabella Misura Area Contratti pubblici – Progetti PNRR

Responsabilità	Misure di Prevenzione	Indicatore	Target	Monitoraggio di 2 livello
SC Gestione Acquisti SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Acquisizione dei nominativi dei relativi titolari effettivi	N° nominativi titolari effettivi in rapporto al n° dei soggetti aggiudicatari dei progetti connessi al PNRR	100%	Gruppo di lavoro Aziendale di supporto alla rendicontazione PNRR Comitato di Coordinamento dei

					controlli composto in forma ristretta
SC Acquisti SC Tecnico Patrimoniale	Gestione Gestione	Verifica effettiva acquisizione della dichiarazione rilasciata dal titolare effettivo del soggetto aggiudicatario circa l'assenza del conflitto di interessi e pubblicazione sulla piattaforma Regis	N° di Dichiarazioni acquisite in rapporto al totale delle dichiarazioni da rilasciare	100%	Gruppo di lavoro Aziendale di supporto alla rendicontazione PNRR Comitato di Coordinamento dei controlli composto in forma ristretta
SC Acquisti SC Tecnico Patrimoniale	Gestione Gestione	Verifica effettiva acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interessi rilasciata dai soggetti interni ed esterni che partecipano alle procedure connesse ai processi PNRR (RUP DEC DL Progettisti e Collaudatori etc)	N° di Dichiarazioni acquisite in rapporto al totale delle dichiarazioni da rilasciare da parte dei soggetti coinvolti	100%	Gruppo di lavoro Aziendale di supporto alla rendicontazione PNRR Comitato di Coordinamento dei controlli composto in forma ristretta
SC Acquisti SC Tecnico Patrimoniale	Gestione Gestione	Verifica completezza delle informazioni generali inserite nel Sistema Regis	Completezza delle informazioni	100%	Gruppo di lavoro Aziendale di supporto alla rendicontazione PNRR Comitato di Coordinamento dei controlli in forma ristretta

Misure di prevenzione specifiche – Area di rischio settore sanitario

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

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

- a) area libera professionale e liste di attesa;
- b) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- c) Area Tanatologica

A. Libera professione e liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle interconnessioni con il sistema della gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni può rappresentare un'area a rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire situazioni di privilegio e/o profitti indebiti a svantaggio dei cittadini sia sul piano economico che della percezione della qualità e correttezza dei servizi sanitari erogati.

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

Il monitoraggio effettuato nel 2023 ha avuto oggetto in particolare l'esercizio della libera professione allargata, il rispetto della fascia oraria dedicata, la garanzia dell'effettivo equilibrio tra i volumi delle prestazioni rese in regime di attività istituzionale rispetto ai corrispondenti volumi di prestazioni rese in libera professione e le modalità di registrazione degli incassi e il rispetto dei tempi d'attesa.

L'analisi e valutazione del rischio dei processi connessi a tale area sono stati effettuati nel 2023 sulla scorta di quanto previsto dall'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e pertanto nel 2024 si provvederà ad applicare le specifiche misure anticorruzione riportate nel nuovo Piano Trattamento rischi aziendale di cui all'allegato 2 della presente sottosezione.

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

In considerazione della complessità dei processi relativi a questa area di rischio, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali, si prevede di applicare anche nel 2024 le misure di prevenzione adottate nell'anno precedente al fine di incidere più efficacemente

e trasversalmente sulla prevenzione dei conflitti di interessi reali o potenziali, che possano coinvolgere determinate figure professionali in ambito sanitario.

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

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

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

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

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

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

Tabella Misura

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

C. Area tanatologica

L'area tanatologica costituisce un area di rischio in quanto gli interessi ad essa connessi possono implicare l'eventuale verificarsi di eventi corruttivi quali la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata

impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili, la segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti di una specifica impresa di onoranze funebri in cambio di denaro, la richiesta di compensi o altre utilità in relazione allo svolgimento delle funzioni (ad esempio vestizione della salma).

L'analisi e valutazione del rischio dei processi connessi a tale area sono stati effettuati nel 2023 sulla scorta di quanto previsto dall'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e pertanto nel 2024 si provvederà ad applicare le specifiche misure anticorruzione riportate nel nuovo Piano Trattamento rischi aziendale di cui all'allegato 2 della presente sottosezione

Obiettivi di prevenzione della corruzione per l'anno 2024

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

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

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

Nell'ottica del miglioramento continuo e degli obiettivi di valore pubblico che l'ASST Nord Milano si è prefissata, per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di anticorruzione, si definiscono i seguenti gli obiettivi da raggiungere prioritariamente nell'anno 2024:

1. implementazione del percorso di analisi, valutazione e trattamento dei rischi corruttivi, nel rispetto di quanto indicato da ANAC nell'allegato 1 del PNA 2019, con riferimento alle aree di rischio afferenti ai processi e alle attività di competenza delle strutture territoriali;
2. aggiornamento del Codice di Comportamento ai sensi del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81;
3. implementazione delle misure di prevenzione dei conflitti di interesse nell'ambito dei processi afferenti all'area di rischio specifica "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazioni";
4. formazione *in house* o esterna dei dirigenti delle strutture e dei dipendenti afferenti alle aree di rischio obbligatorio e alle aree di rischio specifiche.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

L'ASST Nord Milano mantiene regolarmente aggiornata l'area denominata "*Amministrazione trasparente*", identificata anche dall'icona ministeriale, sulla *homepage* del sito aziendale, nonché accessibile dalla rete

intranet, ed implementata con la pubblicazione di documenti, dati ed informazioni individuati in ottemperanza alle prescrizioni del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., e delle Linee guida ANAC, in coerenza con il quadro normativo generale inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle pubbliche amministrazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Monitoraggio interno

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

Vigilanza e controllo esterni

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

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

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

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

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

La trasparenza è intesa come accessibilità totale a dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

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

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

La titolarità del diritto di accesso, ex L. 241/90, è riconosciuta a tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi diffusi o collettivi, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale,

corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il diritto all'accesso civico generalizzato è disciplinato dall'art. 5 comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, ed è il diritto di chiunque di richiedere i

documenti, le informazioni o i dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi a:

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

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

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

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

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

Registro degli accessi

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

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

Programmazione dell'attuazione della trasparenza – obiettivi di trasparenza per l'anno 2024

Premesso tutto quanto sopra, anche gli obiettivi di trasparenza devono essere collegati strettamente agli obiettivi di Performance aziendali, in quanto anch'essi concorrono a garantire l'efficacia della strategia anticorruzione; la promozione della trasparenza deve pertanto tradursi in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici al fine di responsabilizzare la dirigenza in ordine alle tematiche in argomento.

Si ritiene necessario per l'anno 2024 garantire la trasparenza non soltanto tramite il formale adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, ma anche con la previsione di obiettivi che si

pongano nell'ottica di una maggiore attenzione alle esigenze dei cittadini, come il costante aggiornamento e il miglioramento della qualità dei dati pubblicati.

Pertanto, per l'anno 2024, si prevede di conseguire i seguenti obiettivi in materia di trasparenza:

- 1) monitoraggio semestrale circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013, con particolare attenzione alle aree della sezione Amministrazione trasparente individuate da ANAC per l'anno 2024, che saranno oggetto di valutazione da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- 2) implementazione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui alla sottosezione Bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

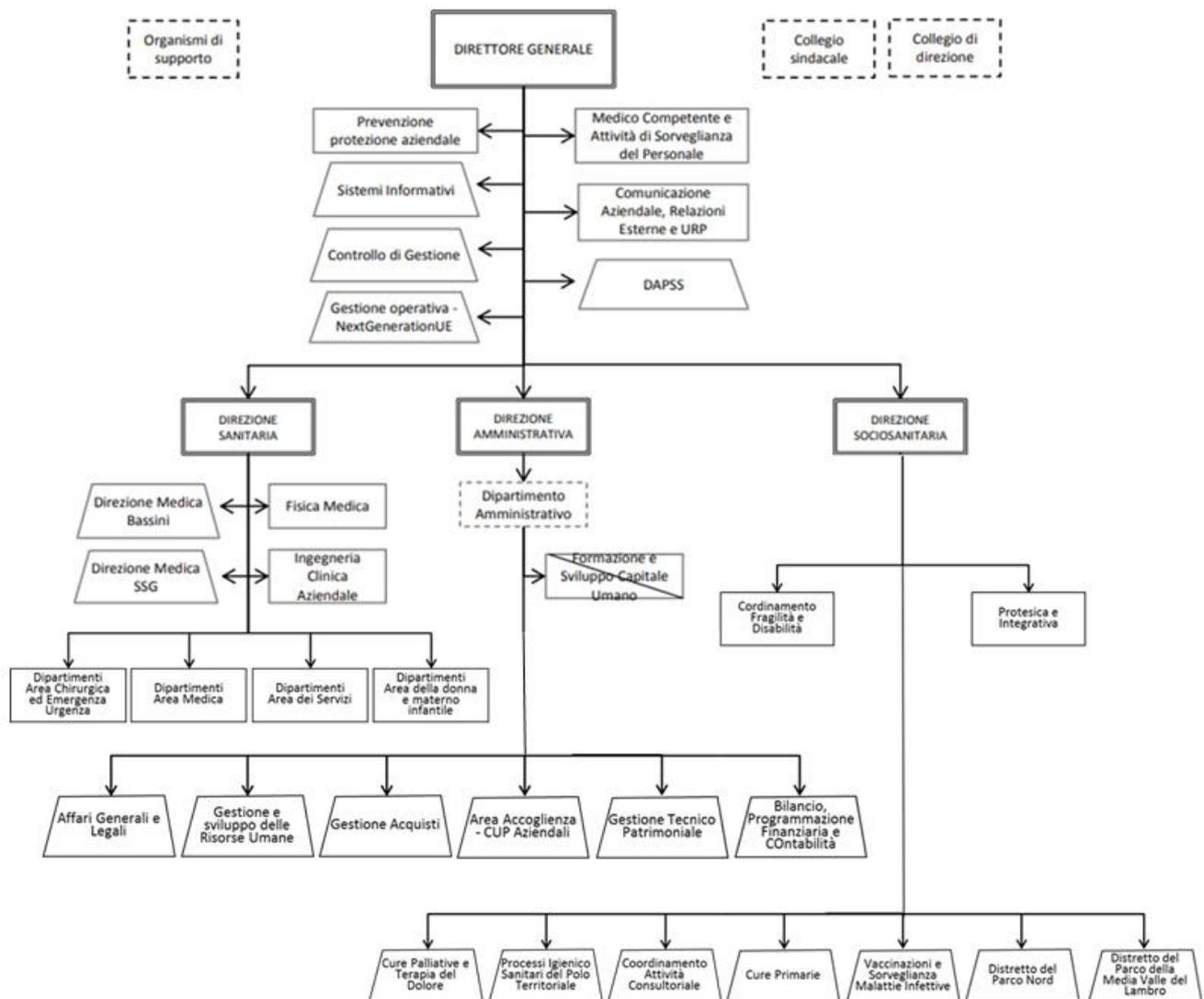
3.1 Struttura organizzativa

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

L'Organizzazione dell'azienda si articola in:

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

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



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

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

Alla luce delle trasformazioni organizzative degli ultimi due anni, attuate anche in relazione all’esperienza pandemica Covid-19, l’azienda oggi intende capitalizzare quanto appreso, seppur in modo drammatico, e

trasformare l'esperienza in apprendimento organizzativo sia per quanto riguarda l'assetto ospedaliero che quello territoriale, quest'ultimo rivisto anche dall'approvazione della l.r. n.22/2021. E' infatti urgente da un lato garantire una maggiore flessibilità alle strutture ospedaliere, in modo da poter adattare l'offerta a possibili futuri cambiamenti anche rapidi della domanda, dall'altro fornire all'offerta territoriale un assetto organizzativo compiuto e ben delineato, con una puntuale definizione dei livelli di responsabilità e delle relazioni gerarchiche e funzionali in modo da poter garantire una effettiva presa in carico dei bisogni di salute alternativa e/o integrata con quella ospedaliera.

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

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

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

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

- il modello di organizzazione dipartimentale che in quanto modello ordinario di gestione delle attività sanitarie (art. 17 del dlgs 502/1992) diventa un nodo organizzativo fondamentale per le esigenze di integrazione e interrelazione con le diverse componenti organizzative necessarie alla realizzazione della mission aziendale
 - le figure di Process Owner – responsabile del processo – che riveste una responsabilità di tipo organizzativo sul processo e ha, quindi, il compito di assicurare modalità di gestione dell'intero processo, operando in modo trasversale alle unità d'offerta, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva e promuovendo il miglioramento continuo.
 - le relazioni funzionali come sinteticamente descritte di seguito e generalmente formalizzate con procedure, protocolli, unità multidisciplinari
 - la partecipazione a dipartimenti funzionali interaziendali (DMTE, Medicina Legale, DIPEAD, Cure palliative e Riabilitazione) e la stipula di accordi/convenzioni con altre ASST per contribuire organizzativamente alla realizzazione di reti clinico-assistenziali.
- **Potenziamento del Territorio e delle Cure di Prossimità:** l'insorgere della pandemia da Covid-19 ha imposto all'azienda di rivedere in maniera strutturale i processi di accesso e di offerta delle prestazioni soprattutto in ambito territoriale. Alcune delle proposte di revisione intendono colmare da un punto di vista organizzativo le carenze di integrazione ospedale-territorio e, quindi, propongono soluzioni organizzative volte all'integrazione dei processi di presa in carico del cittadino/persona assistita anche in applicazione della L.R. 22/2021. Tutti i percorsi e i processi organizzativi dell'Azienda sono orientati alla migliore presa in carico della persona e dei suoi bisogni nell'ottica della centralità del paziente e della continuità assistenziale. L'Azienda si propone di definire processi organizzativi che garantiscano al paziente una presa in carico completa, dal momento in cui accede all'ASST, sia in termini di servizi sanitari e socio-sanitari (visite, esami strumentali, follow-up, assistenza domiciliare, ecc.) sia dei beni

(dispositivi, presidi, ausili, ecc.) necessari per la gestione del caso, determinando le procedure e gli strumenti necessari per coordinare tali attività che coinvolgono diverse strutture organizzative sanitarie, socio-sanitarie e organizzative.

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

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

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

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

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

A ciascun incarico dirigenziale sono attribuite la missione e le specifiche aree di responsabilità in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, le attribuzioni di competenze nonché un valore economico

determinato secondo il modello di graduazione delle posizioni dirigenziali, i cui criteri generali sono fissati in sede di contrattazione aziendale. A tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale si applica il principio della chiara attribuzione di responsabilità e autonomia connesse ad una oggettiva valutazione.

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

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

3.2 Organizzazione del lavoro agile

La disciplina del lavoro agile (detto anche smart working) è prevista dalla L. n. 81/2017 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato". Il comma 3 dell'art.18 ha previsto l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego". Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

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

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

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

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

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

Sulla base delle proposte e analisi dei processi raccolti, l'Azienda nel prossimo biennio nell'utilizzo del lavoro agile, coinvolgerà - non solo a categorie di personale fragile - ma anche ad altri operatori. Verrà, quindi, osservato l'impiego ed il ricorso al lavoro agile da parte dei dipendenti di ASST Nord Milano, incentivando la diffusione dell'utilizzo degli strumenti informatici.

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

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

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

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

- 1) Il Regolamento Aziendale per la Disciplina del Lavoro Agile è stato approvato e deliberato il 27 settembre 2023.
- 2) Numero di accordi individuali stipulati: Il numero di accordi individuali stipulati nell'anno 2023 corrisponde a 97.

Condizioni abilitanti del lavoro agile

- 3) Valutare il benessere organizzativo

la valutazione del benessere organizzativo verrà effettuata nel 2024 secondo quanto stabilito dalla SS Comunicazione/URP.

- 4) Censimento delle postazioni di lavoro per attivazione co-working: nel 2023 non sono state realizzate postazioni di co-working.
- 5) Corso di formazione per Dirigenti e incarichi di funzione, da realizzarsi nel 2024.
- 6) Corso di formazione sull'utilizzo degli strumenti digitali, è stato effettuato il Corso FAD Cyber Challenge.
- 7) Potenziare/migliorare la qualità di consultazione dei sistemi gestionali aziendali da remoto:
I punti 4,5,6,7 saranno oggetto di analisi da parte del Gruppo di Lavoro aziendale, alla luce dell'assunzione di un mandato in Regione Lombardia da parte del precedente Responsabile SIA, al fine di riprogrammarne il target nel 2023 -2024 e coinvolgere la nuova Responsabile SIA.

Attuazione del lavoro agile

- 8) Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo: il numero dei dipendenti che nell'anno 2022 ha utilizzato l'istituto dello smart working corrisponde a 42 dipendenti/400 totali. Mentre nel 2023 il numero corrisponde a 97/400 totali, vi è quindi stato un incremento di 55 unità.
- 9) I dipendenti sono stati soddisfatti dell'aver potuto utilizzare lo smart working?: sarà realizzata una indagine di customer satisfaction da parte della SS Comunicazione e URP nel 2024.

Performance organizzativa

- 10) Diminuzione delle assenze: verrà fornito il dato successivamente.
- 11) riduzione dei costi di straordinario: verrà fornito il dato successivamente.
- 12) Misurare la customer degli utenti serviti da personale in lavoro agile: la valutazione sarà effettuata nell'anno 2024 dalla SS Comunicazione e URP.

13) Impatti

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

I dati per ora non sono stati forniti.

- 17) Miglioramento della salute organizzativa e di clima: sarà predisposto nel 2024 un questionario di benessere organizzativo da parte della SS Comunicazione e URP per la rilevazione del miglioramento della salute organizzativa e di clima.

3.3 Piano Triennale del fabbisogno del personale

I Piani Triennale del Fabbisogno del Personale delle Aziende sanitarie deve svilupparsi in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale relativamente al costo del personale; all'interno del presente PIAO è

prevista l'adozione annuale al fine di recepire eventuali aggiornamenti legati alle mutate condizioni del contesto normativo e organizzativo.

Il presente PTFP riporta quanto inviato a Regione Lombardia in data 27 novembre 2023 sulla base delle indicazioni fornite dalla DG Welfare, ovvero:

- la scheda di previsione chiusura al 31.12.2023 (tabella 1), espressa in teste;
- la scheda di previsione chiusura dell'anno 2023 (TABELLE 2) relativa al fabbisogno di personale aziendale, sia strutturato che non, espressi in FTE (Full Time Equivalent), compilata solo per la parte FTE e non per i costi, così come da indicazioni regionali;
- la Dotazione Organica 2024, espressa sia in teste (TABELLA 3) che in FTE (TABELLE 4);

Si precisa che la Dotazione Organica rileva il conto teste relativo al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari, mentre l'FTE rileva il Full Time Equivalent anche del personale non dipendente.

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

TABELLA 1

Consistenza 2023														
Attivi al 31.12.2023	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	di cui				Direzioni, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Curetti	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
	di cui pronto soccorso	trapianti, assistenza, Elettro operatorio e AREU	area medica	area chirurgia										
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	249	15	28	104	64	2		4	37			20	63	312
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	17					2			12			15	29	46
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3												0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5												0	5
DIRIGENZA TECNICA	3												0	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9											1	1	10
TOTALE DIRIGENZA	286	15	28	104	64	4	0	4	49	0	0	36	93	379
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	621	59	37					23	50			48	121	742
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						60							60	60
OSTETRICA	28											9	9	37
PERSONALE TECNICO SANITARIO	99												0	99
ASSISTENTI SANITARI	7							2	1			1	4	11
TECNICO DELLA PREVENZIONE													0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	55								34			3	37	92
ASSISTENTI SOCIALI	10								7			9	16	26
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	94		2									3	3	97
OTA	4												0	4
OSS	197	27	21			2		1	18			9	30	227
AUSILIARI	1					1							1	2
ASSISTENTE RELIGIOSO	2												0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	278					29		2	3			4	23	339
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1												0	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0	0
TOTALE COMPARTO	1.397	86	60	0	0	92	0	28	113	0	4	105	342	1.739
TOTALE COMPLESSIVO	1.683	101	88	104	64	96	0	32	162	0	4	141	435	2.118

TABELLE 2

FTE e COSTI 2023		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE	TOTALE	...
Categorie	Raggruppamento profù	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Direz. CDC, COT e CDC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cure	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distanzi, CDC, COT e CDC		
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica													
DEPENDENTI	DIREGGENZA MEDICA	246,6				62	1,3		3,2	35,0			19,0	58,5	307,1				
	DIREGGENZA VETERINARIA																		
	DIREGGENZA SANITARIA	16,6					0,6			11,2			14,1	25,9	42,4				
	DIREGGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,0												2,0	2,0				
	DIREGGENZA PROFESSIONALE	3,0												3,0	3,0				
	DIREGGENZA TECNICA	2,0												2,0	2,0				
	DIREGGENZA AMMINISTRATIVA	5,0											1,0	6,0	6,0				
	TOTALE DIRIGENZA	283,2	15,0	26,8	102,0	62,0	1,9	0,0	3,2	46,2	0,0	0,0	44,1	85,3	347,5				
	PERSONALE INFERIERISTICO (escluso IPeC)	616,9	50,0	37,0					51,2	22,0	48,8			46,8	117,4	734,3			
	INFERIERE DI FAMIGLIA (IPeC)													0,0	0,0	0,0			
	OSTETRICA	35,9											9,0	9,0	31,5				
	PERSONALE TECNICO SANTARIO	95,3												0,0	95,3				
	ASSISTENTI SANITARI	6,0								2,0	1,0		0,7	3,7	6,7				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	49,3								32,9	3,9		3,0	35,9	85,2				
	ASSISTENTI SOCIALI	10,0								6,6			7,6	14,1	24,1				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANTARIO	87,8		2,0									3,0	2,0	90,8				
	OTA	4,0												0,0	4,0				
	OSS	198,1	27,0	21,0					0,6	0,7	16,9		7,7	25,9	224,0				
	AUXILIARI	1,0							0,8					0,8	1,8				
ASSISTENTE RELIGIOSO	1,3													1,3					
PERSONALE AMMINISTRATIVO	280,4							28,3	1,4	2,8		2,8	22,6	313,3					
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1,3												0,0	1,3					
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0					
TOTALE COMPARTO	1.380,1	86,0	69,0	0,0	0,0	80,9	0,0	26,1	188,7	0,0	0,0	2,8	100,4	1.691,1					
TOTALE COMPLESSIVO	1.663,3	101,0	96,8	102,0	62,0	82,8	0,0	29,3	154,9	0,0	0,0	2,8	134,4	1.825,4					

FTE e COSTI 2023		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE	TOTALE	...
Categorie	Raggruppamento profù	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Direz. CDC, COT e CDC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cure	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distanzi, CDC, COT e CDC		
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica													
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIREGGENZA MEDICA												2,0	2,0					
	DIREGGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	DIREGGENZA SANITARIA													0,0	0,0				
	DIREGGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0				
	DIREGGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	DIREGGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	DIREGGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0				
	PERSONALE INFERIERISTICO (escluso IPeC)													0,0	0,0				
	INFERIERE DI FAMIGLIA (IPeC)													0,0	0,0				
	OSTETRICA													0,0	0,0				
	PERSONALE TECNICO SANTARIO													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANTARIO													0,0	0,0				
	OTA													0,0	0,0				
	OSS													0,0	0,0				
	AUXILIARI													0,0	0,0				
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0					
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0					
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0	0,0					
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0					
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0					

FTE e COSTI 2023		OSPEDALE					TERRITORIO										TOTALE	TOTALE	...
Categorie	Raggruppamento profù	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Direz. CDC, COT e CDC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	cure	Cure primarie	Altri servizi territoriali	TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distanzi, CDC, COT e CDC		
			pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica													
Somministrazione Livello	DIREGGENZA MEDICA	88,5											7,7	96,2					
	DIREGGENZA VETERINARIA													0,0	0,0				
	DIREGGENZA SANITARIA												3,7	5,7					
	DIREGGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0	0,0				
	DIREGGENZA PROFESSIONALE													0,0	0,0				
	DIREGGENZA TECNICA													0,0	0,0				
	DIREGGENZA AMMINISTRATIVA													0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	88,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,4	101,9				
	PERSONALE INFERIERISTICO (escluso IPeC)													0,0	0,0				
	INFERIERE DI FAMIGLIA (IPeC)													0,0	0,0				
	OSTETRICA													0,0	0,0				
	PERSONALE TECNICO SANTARIO													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0	0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0	0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0	0,0				
	ASSISTENTI SOCIALI													0,0	0,0				
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANTARIO													0,0	0,0				
	OTA													0,0	0,0				
	OSS													0,0	0,0				
	AUXILIARI													0,0	0,0				
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0	0,0					
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0	0,0					
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE									0,5			1,8	2,3	11,2					
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0	0,0					
TOTALE COMPARTO	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,8	27,7					
TOTALE COMPLESSIVO	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,8	27,7					

Categorie	Raggruppamento profili	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... di cui COSTI relativi a Distretti, CDC, COT e ODC	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO
		pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica												
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	3,5		0,5	0,4			2,5	0,3			0,5	3,3	5,8			
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0				
	DIRIGENZA SANITARIA								16,2			1,4	17,6				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0				
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	3,5	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	2,5	16,5	0,0	0,0	1,9	21,0	23,3		
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)												0,0	0,0			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0			
	OSTETRICA	0,1										0,1	0,1				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO									0,1			0,0	0,1			
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE									5,1			5,1	5,1			
	ASSISTENTI SOCIALI									1,2			1,2	1,2			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO												0,0	0,0			
	OTA												0,0	0,0			
	OSS												0,0	0,0			
	AUSILIARI												0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0				
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,0	0,0				
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,0	0,0				
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0				
TOTALE COMPARTO	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5			
TOTALE COMPLESSIVO	3,7	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	2,5	22,9	0,0	0,0	1,9	27,3	30,0			
no.n.a.c.	DIRIGENZA MEDICA	0,6		0,1				1,1				1,1	1,7				
	DIRIGENZA VETERINARIA											0,0	0,0				
	DIRIGENZA SANITARIA											0,0	0,0				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE											0,0	0,0				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE											0,0	0,0				
	DIRIGENZA TECNICA											0,0	0,0				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA											0,0	0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,1	1,7			
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,3				0,3	0,3			
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)												0,0	0,0			
	OSTETRICA												0,0	0,0			
	PERSONALE TECNICO SANITARIO												0,0	0,0			
	ASSISTENTI SANITARI												0,0	0,0			
	TECNICO DELLA PREVENZIONE												0,0	0,0			
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE												0,0	0,0			
	ASSISTENTI SOCIALI												0,0	0,0			
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO												0,0	0,0			
	OTA												0,0	0,0			
	OSS												0,0	0,0			
	AUSILIARI												0,0	0,0			
ASSISTENTE RELIGIOSO												0,0	0,0				
PERSONALE AMMINISTRATIVO												0,0	0,0				
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0,0	0,0				
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0,0	0,0				
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3			
TOTALE COMPLESSIVO	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,0			

TABELLA 3

DO 2024														
DO 2024	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE				TERRITORIO							TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO ASST
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA	257	15	32	105	65	11	2	6	42		2	30	93	350
DIRIGENZA VETERINARIA												0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	18					6			15			14	35	53
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3					1						0	1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5											0	5	5
DIRIGENZA TECNICA	3											1	1	4
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11										1	1	2	13
TOTALE DIRIGENZA	297	15	32	105	65	18	2	6	57	0	3	46	132	429
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	650	70	57			22		26	81			26	155	805
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						95	16						111	111
OSTETRICA	30											9	9	39
PERSONALE TECNICO SANITARIO	103											0	0	103
ASSISTENTI SANITARI	7							4	1			1	6	13
TECNICO DELLA PREVENZIONE												0	0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	60					2	4		52			3	61	121
ASSISTENTI SOCIALI	10					6			8			10	24	34
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	106		4				1					4	5	111
OTA	4											0	0	4
OSS	201	31	15			18	10	1	25				54	255
AUSILIARI	1											1	1	2
ASSISTENTE RELIGIOSO	2											0	0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	300	1				30	2	4	5		5	40	86	386
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1											0	0	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0	0	0
TOTALE COMPARTO	1.475	102	76	0	0	173	33	35	172	0	5	94	512	1.987
TOTALE COMPLESSIVO	1.772	117	108	105	65	191	35	41	229	0	8	140	644	2.416

TABELLE 4

FTE e COSTI 2024		OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE	TOTALE	...	
FABBISOGNO 2024		TOTALE	... di cui				Diretta,	ADI	area	Dipartimento	corsi	Cure primarie	Altri servizi	TOTALE	TOTALE	TOTALE	...
Categoria	Raggruppamento profilo	OSPEDALE	pronto soccorso	urgenza intensiva, Elenco operazioni e AREU	area medica	area chirurgica	CDC, COT e ODC	parrocchia	salute mentale	curati	Cure primarie	territoriali	TERRITORIO	COMPLESSIVO	COSTI	di cui COSTI relativi a Distretto, CDC, COT e ODC	
DEPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA																
	DIRIGENZA VETERINARIA	256,0	15,0	31,0	100	60	5,3	1,8	5,4	39,0	1,7	24,8	78,2	334,3			
	DIRIGENZA SANITARIA																
	DIRIGENZA 666 PROFESSIONI SANITARIE	17,8										13,2	14,0	43,0			
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	3,0												0,0			
	DIRIGENZA TECNICA	5,0												0,0			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	3,0												0,7			
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10,0												0,7			
	TOTALE DIRIGENZA	294,8	15,0	31,0	100,0	60,0	5,3	1,8	5,4	39,0	0,0	2,4	40,5	397,8			
	PERSONALE INFERMERISTICO (escluso IF4c)	620,2		70,0	77,0			17,8		24,8			28,0	130,7	757,9		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF4c)							81,8		12,8					94,6		
	OSTETRICA	38,2											9,0	9,0	38,2		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	101,8												0,0	101,8		
	ASSISTENTI SANITARI	6,7												1,0	5,8		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE														0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	56,1						1,8	3,7	46,8				3,0	55,3		
	ASSISTENTI SOCIALI	10,0						4,9		7,8				8,9	21,6		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	94,5			4,0					1,0				4,0	5,0		
	OTA	4,0													0,0		
	OSS	200,1	30,5	14,4				16,0	9,3	1,0	24,3				31,3		231,8
	AUXILIARI	1,0													1,0		2,0
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0															2,0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	309,6						29,4	2,0	4,0	4,8			4,5	38,9		373,3
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1,0													0,0		1,0
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA														0,0		0,0
TOTALE COMPARTO	1.437,2	101,3	95,4	0,0	0,0	152,6	29,3	33,4	145,8	0,0	4,5	91,8	456,9	1.894,1			
TOTALE COMPLESSIVO	1.732,0	116,3	126,4	100,0	60,0	168,1	30,6	38,8	196,0	0,0	4,9	132,3	564,7	2.296,7			

FABBISOGNO 2024		OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE	TOTALE	...	
FABBISOGNO 2024		TOTALE	... di cui				Diretta,	ADI	area	Dipartimento	corsi	Cure primarie	Altri servizi	TOTALE	TOTALE	TOTALE	...
Categoria	Raggruppamento profilo	OSPEDALE	pronto soccorso	urgenza intensiva, Elenco operazioni e AREU	area medica	area chirurgica	CDC, COT e ODC	parrocchia	salute mentale	curati	Cure primarie	territoriali	TERRITORIO	COMPLESSIVO	COSTI	di cui COSTI relativi a Distretto, CDC, COT e ODC	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA																
	DIRIGENZA VETERINARIA																
	DIRIGENZA SANITARIA																
	DIRIGENZA 666 PROFESSIONI SANITARIE																
	DIRIGENZA PROFESSIONALE																
	DIRIGENZA TECNICA																
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA																
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA																
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMERISTICO (escluso IF4c)																
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF4c)																
	OSTETRICA																
	PERSONALE TECNICO SANITARIO																
	ASSISTENTI SANITARI																
	TECNICO DELLA PREVENZIONE																
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE																
	ASSISTENTI SOCIALI																
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO																
	OTA																
	OSS																
	AUXILIARI																
	ASSISTENTE RELIGIOSO																
	PERSONALE AMMINISTRATIVO																
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE																
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA																
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

FABBISOGNO 2024		OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE	TOTALE	...	
FABBISOGNO 2024		TOTALE	... di cui				Diretta,	ADI	area	Dipartimento	corsi	Cure primarie	Altri servizi	TOTALE	TOTALE	TOTALE	...
Categoria	Raggruppamento profilo	OSPEDALE	pronto soccorso	urgenza intensiva, Elenco operazioni e AREU	area medica	area chirurgica	CDC, COT e ODC	parrocchia	salute mentale	curati	Cure primarie	territoriali	TERRITORIO	COMPLESSIVO	COSTI	di cui COSTI relativi a Distretto, CDC, COT e ODC	
Comunicazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA																
	DIRIGENZA VETERINARIA																
	DIRIGENZA SANITARIA																
	DIRIGENZA 666 PROFESSIONI SANITARIE																
	DIRIGENZA PROFESSIONALE																
	DIRIGENZA TECNICA																
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA																
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA																
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE INFERMERISTICO (escluso IF4c)																
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF4c)																
	OSTETRICA																
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	4,0															
	ASSISTENTI SANITARI																
	TECNICO DELLA PREVENZIONE																
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE																
	ASSISTENTI SOCIALI																
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	12,1															
	OTA																
	OSS																
	AUXILIARI																
	ASSISTENTE RELIGIOSO																
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	9,9															
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE																
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA																
TOTALE COMPARTO	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,7	27,7			
TOTALE COMPLESSIVO	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,7	27,7			

Categorie	FABBISOGNO 2024	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	... e cui COSTI relativi a Datam, CDC, COT e CDC		
		TOTALE OSPEDALE	... di cui				Prestati, CDC, COT e CDC	ADI	area parturizione	Dipartimento salute mentale	canceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali				TOTALE TERRITORIO	
			pronto soccorso	sempio intensivo, Elettro operatorio e AREU	area medica	area chirurgica												
Incarichi di lavoro autonomo	Raggruppamento profila																	
	DIRIGENZA IERGA	3,5			0,5	0,4							0,5	3,5				
	DIRIGENZA VETERINARIA													0,0				
	DIRIGENZA SANITARIA													17,6				
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,0				
	DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,0				
	DIRIGENZA TECNICA													0,0				
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,0				
	TOTALE DIRIGENZA	3,5	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	2,5	16,5	0,0	0,0	1,9	21,9				
	PERSONALE INFERMERISTICO (escluso IF4c)													0,0				
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF4c)													0,0				
	OSTETRICA	0,1												0,0				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO									0,1				0,1				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0				
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE									5,1				5,1					
ASSISTENTI SOCIALI									1,2				1,2					
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,0					
OTA													0,0					
OSI													0,0					
AUXILIARI													0,0					
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0					
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0					
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0					
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0					
TOTALE COMPARTO	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	6,4					
TOTALE COMPLESSIVO	2,7	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	2,5	22,9	0,0	0,0	1,9	27,3					
co.co.co.	DIRIGENZA IERGA	0,6			0,1				1,1				1,1					
	DIRIGENZA VETERINARIA												0,0					
	DIRIGENZA SANITARIA												0,0					
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE												0,0					
	DIRIGENZA PROFESSIONALE												0,0					
	DIRIGENZA TECNICA												0,0					
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA												0,0					
	TOTALE DIRIGENZA	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1				
	PERSONALE INFERMERISTICO (escluso IF4c)													0,3				
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF4c)									0,3				0,0				
	OSTETRICA													0,0				
	PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,0				
	ASSISTENTI SANITARI													0,0				
	TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,0				
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,0				
ASSISTENTI SOCIALI													0,0					
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,0					
OTA													0,0					
OSI													0,0					
AUXILIARI													0,0					
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,0					
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,0					
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0,0					
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,0					
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3					
TOTALE COMPLESSIVO	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4					

Per l'anno 2024 è stato programmato un incremento della dotazione organica, dovuta al:

- potenziamento della rete territoriale in quanto è stata pianificata l'apertura di un Ospedale di Comunità e il consolidamento delle attuali Case di comunità.
- Apertura del reparto della Neuropsichiatria Infantile presso il presidio ospedaliero Bassini;
- Ampliamento dei posti letto semi intensivi di Unità di Cura Coronarica - DL 34/2020 presso il presidio ospedaliero Bassini.
- Attivazione di posti letto sub-intensivi/intensivi della S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva- DL 34/2020 presso il presidio ospedaliero Bassini.
- Rafforzamento del Pronto Soccorso dei due presidi ospedalieri - DGR n. XI/6893 del 5/9/2022;
- Implementazione della S.C. Sistemi informativi per lo sviluppo del sistema informativo per la gestione del territorio (SGDT), cartella clinica elettronica, cartella ambulatoriale e telemedicina.

Inoltre si sottolinea che la dotazione organica è comprensiva anche di tutto il personale dipendente e specialisti ambulatoriali che sono stati distaccati presso altre ASST e per il quale è stato previsto un incremento del personale medico legato alle dimissioni del personale Specialista Ambulatoriale.

In merito agli incarichi di lavoro autonomo, non sono stati presi in considerazione quelli derivanti da finanziamenti da privati mentre sono inclusi gli incarichi gravanti sul budget ordinario, nonché derivanti da specifici progetti e/o DGR; si precisa che rispetto a quanto preventivato nel PTFP precedente, nel corso dell'anno corrente sono stati conferiti incarichi di collaborazione relativi a progetti avviati a seguito della DGR n. XI/7661 del 28 dicembre 2022 "Approvazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti

di salute mentale e dipendenze in attuazione delle 'Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali' approvate con l'intesa del 28/04/2022 – Rep. Atti n. 58/CSR" e della DGR n. XI/7357 del 21 novembre 2022 "Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (dna) ai sensi dell'intesa del 21 giugno 2022 (rep. atti n. 122 /csr): presa d'atto dell'approvazione da parte del ministero della salute e conseguente avvio della fase attuativa".

Nel corso dell'anno 2024 sono stati preventivati i seguenti avvisi e concorsi:

Area Dirigenza

Avvisi:

- n.3 posti di dirigente medico da assegnare all'UCA – scadenza 22/01/2024

Concorsi:

- n. 1 posto di Dirigente Farmacista – Disciplina Farmaceutica Territoriale- espletato 11/01/24 – in attesa risposta vincitore;
- N. 1 posto di dirigente medico di medicina legale – espletato 17/1/2024 - in attesa risposta vincitore;
- n. 1 posto di dirigente medico di malattie dell'apparato respiratorio - fissato espletamento il 09/02/2024;
- N. 1 posto di dirigente medico di geriatria - 19/01/24 sorteggi commissione - espletamento previsto a marzo;
- n. 1 posto di dirigente medico di ORL - 19/01/24 sorteggi commissione - espletamento previsto - a marzo;
- n. 1 posto di dirigente medico da assegnare al SIMT - 19/01/24 sorteggi commissione - espletamento previsto a marzo;
- n. 1 posto di dirigente medico di ortopedia e traumatologia - pubblicato su BURL 17/01/2024 - in attesa di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale;
- n. 3 posti di dirigente medico di chirurgia generale - pubblicato su BURL 17/01/2024 - in attesa di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale;
- n. 5 posti di dirigente medico di anestesia e rianimazione;
- n. 1 posto di dirigente medico di chirurgia plastica e ricostruttiva;
- S.C. Dipendenze.

Area Comparto

Avvisi:

- n. 20 posti di operatore socio sanitario: espletamento previsto il 16.01.2024;
- n. 20 posti di infermiere: espletamento previsto il 17.01.2024

Concorsi:

- n. 2 posti di fisioterapista: in fase di espletamento;

- n. 1 posto di operatore socio sanitario: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di operatore socio sanitario: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di infermiere: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di ostetrica: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di tecnico sanitario di laboratorio biomedico: avviato l'iter per l'indizione;
- n. 1 posto di tecnico sanitario di radiologia medica: avviato l'iter per l'indizione.

3.4 Formazione del personale

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

I valori su cui si basa tutta l'organizzazione sono:

- la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- la valorizzazione del personale e la sua continua formazione come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita.
- L'integrazione tra territorio e presidio ospedaliero;
- l'integrazione delle funzioni sanitarie, socio-sanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali.
- Un percorso protetto del paziente fragile nei diversi setting di cura e assistenza anche attraverso le cure intermedie;
- l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- il miglioramento continuo della qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate.
- La formazione permanente di tutti gli operatori;
- la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il Piano di Formazione aziendale 2024 è stato costruito con lo stesso approccio utilizzato lo scorso anno, ovvero tramite l'utilizzo dell'intervista come strumento per effettuare i colloqui con la Direzione Strategica ed in particolare, con il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore Socio Sanitario, al fine di conoscere gli indirizzi strategici aziendali per l'anno 2024, stante la situazione epidemiologica, stante quanto richiesto per il Piano Pandemico Aziendale da Regione Lombardia e per la realizzazione del PNNR in merito alle ICA(Infezioni correlate all'assistenza). Si sottolinea inoltre, di particolare rilievo per l'anno 2024,

l'attività formativa propedeutica all'introduzione ed adozione a livello aziendale della Cartella Clinica Elettronica.

Per lo sviluppo del Piano di Formazione 2024 sono stati interpellati i Direttori di Dipartimento che hanno a loro volta sentito i propri Responsabili di Struttura per gli eventi formativi da inserire nel Catalogo formativo. E' stata richiesta al Direttore DAPSS, al Responsabile del SPP, al Responsabile della Fisica Sanitaria e dell'Ingegneria Clinica, la trasmissione delle proposte formative alla SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano.

A livello aziendale si intende proseguire con una formazione centrata sullo *sviluppo delle competenze*, atta a fornire un supporto metodologico per supportare i processi di riorganizzazione ospedaliera e territoriale, nell'ottica del *change management*.

Il Piano di formazione si sviluppa seguendo le fasi classiche della formazione: l'analisi del fabbisogno formativo, la progettazione degli eventi di formazione, la loro esecuzione e la valutazione dei risultati, nel rispetto degli indirizzi regionali e delle indicazioni in tema di formazione ECM-CPD. Infatti le indicazioni regionali trovano riscontro e conferma nell'impostazione che il Piano ha assunto, sia per l'individuazione degli obiettivi formativi strategici, sia nel privilegiare la formazione interna e sul campo. Nel 2024 si proseguirà con l'utilizzo di una Piattaforma E-Learning, gestita da una Società esterna e fondata sulle seguenti principali caratteristiche:

1. *Continuità*, garantita dall'adozione di una soluzione basata su software Open Source Moodle, aggiornata e personalizzata con personalizzazioni che migliorano usabilità, efficienza ed affidabilità;
2. *Immediatezza e semplicità d'uso* per gli operatori, garantita dall'integrazione bidirezionale ed automatica di iscrizioni ai corsi e rendicontazione della fruizione con il gestionale della Formazione ASST Nord Milano.
3. *Versatilità, qualità e usabilità* per gli utenti, garantita dalla personalizzazione grafica e funzionale della piattaforma e-learning e da un'ampia varietà di attività formative.
4. *Conformità* agli standard e ai regolamenti Nazionali e Regionali per l'erogazione di formazione *online*, accreditata ECM-CPD.
5. *Elevata qualità del servizio*, garantita dalla competenza del personale coinvolto.

Tale piattaforma è stata fortemente apprezzata dal personale che ha potuto sperimentare l'efficacia della formazione FAD, sia per i corsi a catalogo presenti e forniti dalla Società, sia per i corsi creati dai Responsabili Scientifici e dai docenti di ASST Nord Milano, come ad esempio i corsi FAD "Formazione PANFLU: aspetti principali nella gestione respiratoria del paziente" e "La procedura aziendale per la contenzione fisica del paziente: quando, come, perché?".

Il Piano di formazione, con aggiornamento annuale, è un requisito per l'accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi della D.G.R. N. VI/38133 del 6/8/1998 e per il mantenimento dell'accreditamento come Provider ECM-CPD. La valutazione ottenuta come Provider da parte della Commissione di Regione Lombardia è di 4 stelle su 5, secondo il rating di riferimento.

Il Piano contiene le iniziative pianificate per l'anno 2024, fermo restando il vincolo di budget annuale e di accreditamento ECM-CPD, e contiene un elemento di flessibilità che potrà consentirne ulteriore sviluppo ed integrazione nel corso dell'anno 2024, con la possibilità di inserimento di nuove proposte, in relazione alle necessità che potranno emergere in ambito aziendale, legate a indicazioni regionali, nazionali per un numero non superiore al 50% degli eventi inseriti in fase di pianificazione.

Gli obiettivi anno 2024 confermano la formazione obbligatoria *ex lege* nel rispetto delle indicazioni normative nazionali e regionali, anche in materia di risk management che riguardano la sicurezza/prevenzione e protezione(D.Lgs 81/2008), i fondamenti di rianimazione cardio-polmonare (BLSD e PBLSD), l'emergenza ostetrica, la Trasparenza ed Anticorruzione e la Privacy.

La formazione interna ed esterna sulle seguenti aree tematiche:

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

Inoltre sono previsti corsi formativi riguardanti:

- la Cartella Clinica Elettronica;
- il nuovo modello di Triage Regione Lombardia;
- il Piano Pandemico;
- la Donazione e il trapianto di organi e tessuti;
- le Case di Comunità, le COT, gli Ospedali di Comunità;
- il Modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care nei Distretti e nell'ambito delle Cure Primarie e territoriali.
- la Comunicazione;
- gli Agiti Aggressivi;
- la Pubblica Amministrazione(es. Piano Integrato di Attività e di Organizzazione - PIAO).

La formazione si colloca nell'ambito delle linee d'indirizzo espresse nei documenti strategici aziendali orientando obiettivi e finalità della formazione. Anche per il 2024, si conferma l'indirizzo di :

- privilegiare, ove possibile, la formazione in sede, con l'utilizzo di metodologie di formazione sul campo e il ricorso alla docenza interna, con una disponibilità ad accogliere le richieste di formazione esterna, compatibilmente ai vincoli di budget.
- Favorire le *attività formative interpresidio e di integrazione territoriale e trasversali*, basate sulla collaborazione trasversale ospedaliera e territoriale, che ha già trovato applicazione in alcune aree cliniche, diagnostiche e di prossimità.

- Garantire l'attività di *formazione obbligatoria dei lavoratori* con ampio spazio e risorse alle iniziative promosse dal Servizio Prevenzione e Protezione, ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs 9 aprile 2008, n. 81 aggiornato con la programmazione degli adempimenti previsti dall' accordo Stato-Regioni 21/12/2011 in materia di Formazione dei Lavoratori (G.U. n. 8 del 11.1.2012), anche con l'utilizzo della formazione a distanza FAD.
- assicurare la formazione dei *neoassunti* ed in particolare degli Infermieri di Famiglia e di Comunità e del personale assegnato alle Case di Comunità, alla COT.

A seguito della nomina del nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono promossi i corsi in tema di *Trasparenza e Anticorruzione* come previsto nel Piano triennale anticorruzione ai sensi L. 190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013 e deliberazione n.111 del 7 aprile 2013.

Rispetto alla normativa sulla Privacy, all'interno del Piano di Formazione sono presenti alcune iniziative atte a formare i neoassunti in materia di privacy e i Dirigenti per il monitoraggio delle azioni da intraprendere per il rispetto della Privacy come previsto dalla normativa vigente.

Per la formazione del personale amministrativo, particolare attenzione sarà posta alla formazione dedicata all'aggiornamento riguardante le novità normative in materia civilistica e contabile(ad es. la certificazione unica), di innovazione organizzativa e per lo sviluppo delle competenze nell'ambito del lavoro agile.

In coerenza con l'indirizzo di Regione Lombardia sullo sviluppo del Sistema



Bibliotecario Biomedico Lombardo SBBL quale strumento per l'aggiornamento e la

formazione dei professionisti sanitari, proseguirà l'attività di diffusione dell'informazione e addestramento. Importante integrazione al piano aziendale è sempre data dalle iniziative formative programmate dalla

Direzione Generale Welfare per il tramite di Polis Lombardia – AFSSL Accademia di



formazione per il servizio socio sanitario lombardo: la partecipazione dei

professionisti agli eventi in ambito regionale è favorita e incentivata.

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

Di seguito la scheda di proposta formativa:

PIANO DI FORMAZIONE ANNO 2024
PROPOSTA DI ATTIVITA' FORMATIVA da accreditare ECM

QUESTA SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, I CAMPI CON * SONO OBBLIGATORI. L'EVENTO SARÀ VALUTATO DALLA FORMAZIONE E VALIDATO DAL COMITATO SCIENTIFICO PER L'INSERIMENTO NEL PIANO DI FORMAZIONE

* Il sottoscritto Responsabile Scientifico		
1	Cognome	Nome
	Qualifica	U.O. /DIP
	Telefono	E-mail
2	Resp. U.O.	Resp. DIP
propongo la seguente attività formativa		
3	* TITOLO	
4	* Descrizione dell'evento indicando brevemente le motivazioni/razionale per cui è necessaria l'iniziativa formativa	
5	* Descrizione dell'obiettivo formativo dell'iniziativa	
6	* Area di riferimento ECM, indicare 1 sola area di riferimento (vedi allegato 1)	
7	* Tematiche speciali, indicare 1 sola tematica se presente (vedi allegato 2)	
8	* Tipologia formativa	

	Formazione Residenziale	Da 5 a 25 partecipanti	minimo 1 ora	1,3 crediti/ora						
	Classica	Da 26 a 100 partecipanti	minimo 1 ora	1 credito/ora						
	Convegno/Congresso	Da 101 a 200 partecipanti	minimo 3 ore	0,7 crediti/ora						
		più di 200 partecipanti	minimo 3 ore	0,3 crediti/ora						
	Formazione sul Campo	Gruppo di Miglioramento	struttura minima: 3 incontri di 2 ore o 6 incontri di 1 ora massimo 20 ore	1 credito/ora						
	Commissione/Comitato	minimo 4 riunioni di 2 ore	1 credito/ora							
	Audit Clinico	struttura minima: 3 incontri di 2 ore o 6 incontri di 1 ora massimo 20 ore	1 credito/ora							
	Training individualizzato	definire ore durata	1,5 crediti/ora							
	Ricerca	minimo 6 mesi	5 cred./semestre							
8.1	Formazione e-learning	FAD sincrona (videoconferenze, webinar) FAD asincrona	minimo 1 ora	1 credito/ora						
*Destinatari										
9	Iniziativa riservata al solo personale della propria U.O./Servizio	Iniziativa aperta anche ad altro personale ASST Nord Milano (specificare)		Iniziativa aperta anche ad esterni (specificare)						
		1		1						
		2		2						
		3		3						
		4		4						
10	Professioni/Qualifiche indicare N° partecipanti per qualifica per singola edizione	qualifica		numero						
		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
totale per singola edizione										
*Proposta di Programma										
11	N° edizioni	Ore x edizione	N° incontri	ore x incontro						
Data/e previste Indicare mese e giorno per: ogni edizione di corso/convegno oppure ogni incontro per gruppo/comitato										
12	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	settembre	ottobre	novembre	dicembre
La Sede e l'aula viene definita dall'UOS formazione sulla base del numero di destinatari e della disponibilità delle aule N.B. se il programma è articolato in più incontri rispetto agli spazi sottostanti, si possono aggiungere le righe necessarie										
14	*Formazione Residenziale Classica/E-Learning									
	1° giornata									
	Orario	Argomenti/Contenuti						Docente/Relatore (cognome, nome, qualifica)		
N.B. se il programma è articolato in più incontri rispetto agli spazi sottostanti, si possono aggiungere le righe necessarie										
15	*Gruppo di Miglioramento - Commissione/Comitato - Training individualizzato									
	Data	Orario	Argomenti/Contenuti/Attività							
16	C		Audit Clinico (FEC-MA 019)			Il programma è costituito da un progetto specifico, che deve essere allegato a questa scheda (UTILIZZARE FORMAT INDICATO)				
17	D		Ricerca (FEC-MA 021)							

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

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

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

- miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- aggiornamento sulle disposizioni normative;

- miglioramento della capacità comunicative e relazionali.

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

Le attività programmate coinvolgono il personale sanitario e amministrativo.

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

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

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

Le procedure e gli strumenti di lavoro utilizzati per la raccolta del fabbisogno e per la realizzazione del piano di formazione aziendale annuale rientrano nel Sistema Qualità di Formazione, sia per le attività generali (settore EA 38) sia in specifico per l'attività di formazione accreditata EA 37.

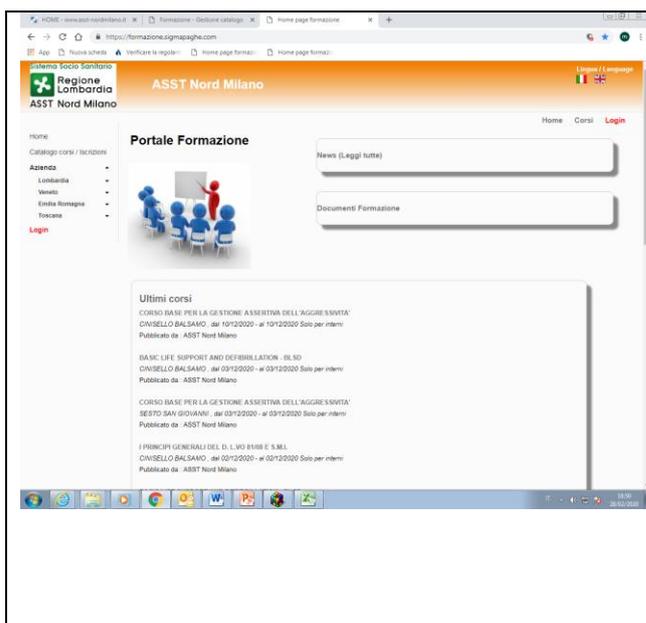
Non meno importante è la valutazione della ricaduta formativa sul personale. In particolare si procede alla valutazione dell'efficacia formativa attraverso la somministrazione di questionari o scale di valutazione a medio e lungo termine e possono essere effettuati anche Audit sul campo e la valutazione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

In conclusione il piano riporta la principali attività programmate per il personale sanitario, sociosanitario ed amministrativo e offre la possibilità al personale di partecipare ad attività formative interne accreditate ECM-CPD, secondo le linee d'indirizzo della Regione Lombardia, con la possibilità di acquisire crediti ECM secondo il programma di Educazione Continua in Medicina, attraverso anche l'utilizzo della nuova piattaforma E-learning. Sarà incentivata la formazione in FAD, in particolare sul tema della formazione dei lavoratori in ordine alla salute ed alla sicurezza sul lavoro.

Oltre alle attività descritte nel catalogo allegato, rientrano nel Piano di Formazione aziendale anche le attività di **Polis Lombardia – Accademia di formazione**

Come già illustrato, data la natura dinamica dell'attività di formazione, nel corso dell'anno il Piano potrà essere integrato, con la possibilità di inserimento di nuove proposte, fermo restando il vincolo di bilancio e delle indicazioni Regionali

Il Portale Formazione con accesso tramite internet o web è attualmente integrato con la piattaforma E-Learning Invisiblefarm.



Il calendario, completo ed aggiornato periodicamente, dei corsi e convegni in ordine cronologico, offre l'accesso alle informazioni rivolte ai destinatari:

- Programma didattico
- iniziativa riservata o aperta
- modalità di iscrizione
- crediti ECM-CPD

è pubblicato nel nuovo portale web della formazione SIGMA-FORMAZIONE – *link su intranet "PORTALE FORMAZIONE"* - in modo da poter essere consultato da tutti i dipendenti sia dalle postazioni di lavoro che dai dispositivi personali (Smartphone, tablet, PC).

3.5 Piano delle azioni positive

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

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

- Prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo quali quelle relative al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua;
- Sottolineare fortemente il legame tra pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni;
- Favorire l'implementazione delle politiche di genere con azioni concrete (Es. Medicina di genere);

- Rafforzare il ruolo del CUG con la previsione di nuclei di ascolto organizzativo, assicurando il rispetto delle finalità del CUG che prevedono di:
 - Impegnarsi ad individuare e contrastare ogni forma di discriminazione diretta
 - o indiretta dipendente da diversi “fattori di rischio quali età, origine etnica, disabilità, lingua, ecc.
 - Impegnarsi per ottimizzare il potenziale produttivo dei lavoratori e l’efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro rispettoso del benessere organizzativo.
 - Diffondere la cultura della parità anche nei confronti degli utenti e dei cittadini, promuovendo iniziative organizzative e scientifiche volte a minimizzare gli effetti negativi delle differenze, valorizzandone invece gli aspetti utili a migliorare la qualità dell’assistenza e delle cure (es. iniziative di Medicina di Genere),

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

Gli obiettivi da perseguire saranno orientati:

- su azioni formative a livello aziendale utili a favorire uno sviluppo della competenza in materia di pari opportunità, di valorizzazione del benessere di chi lavora e per lo sviluppo di una cultura contro le discriminazioni e contro la violenza e le aggressioni anche ad opera degli utenti che accedono ad ASST Nord Milano, ad esempio in Pronto Soccorso.
- ad integrare azioni di conciliazione tra vita lavorativa ed extra-lavorativa, promosse anche da altri organismi o funzioni a livello aziendale (es. Organismo Paritetico, Gruppo di Lavoro Smart Working, Mobility manager);
- a monitorare le iniziative/azioni per favorire e mantenere la cultura aziendale in un’ottica di genere (attività ONDA ASST Nord Milano, ecc.).

Linee di azione:

- Formazione
- Buone Pratiche
- Benessere organizzativo.

FORMAZIONE

- **Primo obiettivo:** favorire la partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi aziendali riguardanti tematiche sulla prevenzione della violenza agita sugli operatori, sulla Mindfulness, sulla Compassion Focused Therapy.
- **Azioni:** Realizzare gli interventi formativi specifici interni o esterni ad ASST Nord Milano inseriti nel Piano di Formazione ASST Nord Milano 2024. Target da raggiungere almeno 300 dipendenti.
- **Soggetti e Uffici coinvolti:** Direzione Strategica ASST Nord Milano, SSD Formazione DAPSS, SS Qualità e Risk Management, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.
- **Periodo di realizzazione:** anno 2024
- **Misurazione:** rendicontazione del numero totale di dipendenti che abbia effettivamente partecipato agli eventi formativi che riguardano le azioni di prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione o di violenza e sul benessere individuale e organizzativo.
- **Costi preventivati:** a carico del budget aziendale della Formazione, da definirsi.

- **Secondo obiettivo:** monitorare e verificare le iniziative adottate da parte dai Gruppi di Lavoro Aziendali: Gruppo di Lavoro Agiti Aggressivi, Smart Working, ecc.
- **Azioni:** monitorare la progettualità in essere e di sviluppo 2024.
- **Soggetti e Uffici coinvolti:** Direzione Strategica ASST Nord Milano, SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano, SS Qualità e Risk Management, SS Comunicazione e URP.
- **Periodo di realizzazione:** anno 2024.
- **Misurazione:** report che descriva le iniziative realizzate nel 2024 da parte dei Gruppi di Lavoro aziendali, gli obiettivi raggiunti e loro ricaduta sul clima e sul benessere aziendale.
- **Costi preventivati:** oneri derivanti dal budget delle strutture aziendali coinvolte (es. Ufficio Tecnico patrimoniale, SSD Formazione e Sviluppo Capitale Umano, ecc.)

ADOZIONE DI STRATEGIE E/O BUONE PRATICHE PER LA CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E VITA EXTRA-LAVORATIVA

- **Primo obiettivo:** proseguire lo sviluppo di buone pratiche a livello aziendale sia da parte della Mobility Manager, sia da parte degli altri organismi aziendali per la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa.
- **Azioni:** monitorare e promuovere lo sviluppo ed il consolidamento di buone pratiche adottate a livello aziendale per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa.
- **Soggetti e Uffici coinvolti:** Direzione Strategica ASST Nord Milano, SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, SS Comunicazione e URP, Mobility Manager e altri organismi coinvolti a livello istituzionale.
- **Periodo di realizzazione:** anno 2024.
- **Misurazione:** predisposizione di un report su quanto realizzato nel 2024
- **Costi preventivati:** oneri da definirsi.

- **Secondo obiettivo: Attività Medico Competente**
- **Azioni:** conoscere le azioni adottate dal Medico Competente per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra lavorativa dei dipendenti
- **Soggetti e Uffici coinvolti:** Servizio Medico Competente ASST Nord Milano e SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane.
- **Periodo di realizzazione:** anno 2024.
- **Misurazione:** numero totale di indicazioni prescritte dal Medico Competente relative all'anno 2024, sulla popolazione dei dipendenti, nel rispetto dell'anonimato e della Privacy, ad esempio in merito a condizioni di fragilità, per l'attivazione dello smart working.
- **Costi preventivati:** senza costi.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

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

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

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Monitoraggio
PERFORMANCE DELL'UTENTE	Piano per le liste di attesa 2024	rispetto indicazioni di RL	mensile
	Attività ambulatoriale: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ambulatoriale	mensile
	Attività di ricovero: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ricoveri	mensile
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti gestiti in PS entro le 8h/n° totale pazienti gestiti in PS	trimestrale
	Gestione pazienti in dimissione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	annuale
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo medio di transito del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti dimissibili con permanenza in PS > 8h/n° totale pazienti dimissibili da PS	mensile
	Riduzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	mensile
	Rispetto tempi di degenza per colecistomie laparoscopiche	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 gg	mensile
	Rispetto tempo di intervento per paziente con età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore	% di pz di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario	mensile
	Rispetto dei tempi di attesa per il counselling e le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali	rispetto indicazioni di RL	trimestrale
	Potenziamento rete territoriale: rispetto del cronoprogramma di attivazione funzionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	rispetto cronoprogramma	trimestrale
	Nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	trimestrale
	Attività di screening	Rispetto indicazioni di RL/ATS	trimestrale
	Rispetto delle coperture vaccinali LEA	Esavalente dose 3 (2021): >=95% a 24 mesi dalla nascita	mensile
		Men C dose 1 (2021): >=95%	mensile
		MPR dose 1 (2021): >=95%	mensile
		PC dose 3 (2021): >=95%	mensile
		HPV dose 2 (2011): >=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	mensile
		MenACWY (2011): >=95%	mensile
		Pol dose 5 (2006): >=95%	mensile
	MenACWY dose 1 (2006): >=95%	mensile	
	Organizzazione eventi per la promozione delle campagne vaccinali con pianificazione di azioni mirate per incentivare i pazienti alla vaccinazione	n° eventi promozionali n° azioni mirate	semestrale
	Messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	trimestrale
Adozione nuovo flusso informativo sui consultori familiari	Rispetto indicazioni di RL	annuale	
Distretti: mappare le richieste del territorio e riorientare i servizi all'interno del proprio distretto	Relazione	semestrale	
Area consultori: Definizione del percorso di presa in carico delle donne consultorio ospedale e ospedale consultorio	n° donne gravide prese in carico che partoriscono presso l'hsp SSG/n° totale donne gravide gestite	trimestrale	
Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz assistiti a domicilio (età >=65 anni)/1000 residenti	semestrale	
Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	semestrale	
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Attivazione Cartella Clinica Elettronica	n° reparti con cartella elettronica/n° reparti	semestrale
	Applicazione modello HIMSS EMRAM: attuazione progetti secondo le indicazioni regionali	n° progetti avviati	trimestrale
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area disponibilità liquide	pubblicazione	annuale
	Rispetto delle indicazioni richieste da Regione Lombardia sulla gestione dei flussi consumi e contratti	rispetto dei tempi di invio n° repertori presenti su flusso consumi/n° repertori presenti su flusso contratti	trimestrale
	Attivazione nuovo nomenclatore tariffario	rispetto indicazioni di RL	annuale
	Risclassificazione dei laboratori clinici aziendali	rispetto requisiti	annuale
	Corsi di formazione correlati all'assistenza in ambito ospedaliero e alla prevenzione	rispetto indicazioni regionali	semestrale
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	annuale

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Monitoraggio
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	semestrale
	Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	semestrale
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per i neo assunti	n. neo assunti che hanno effettuato il corso / n. totale neo assunti	semestrale
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operatori di struttura	semestrale
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	semestrale
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	semestrale
	Implementazione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui alla sottosezione Bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	semestrale
	Prevenzione dei conflitti di interesse nei processi afferenti a "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazione": acquisizione Dichiarazione Pubblica degli interessi da parte di specifiche figure individuate dal RPCT	n. dichiarazioni acquisite /n. totale delle figure professionali individuate	semestrale
	Accreditamento case di comunità	Rispetto richieste regionali	annuale
Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi valutazione rischi misure di trattamento	annuale	
PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	semestrale
	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	trimestrale
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrezzature previste da programma	attuazione piano	semestrele
	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto richieste regionali	annuale
	Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi (PNRR)	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	semestrale

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