



CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE n. 5/CDA/38 del 28/04/2022

Presidente: **Alessandro VENTURI**

Consiglieri:

- Carlo FERRARI**
- Giovanna GAETANI**
- Nicolas GALLIZZI**
- Dario GARIBOLDI**
- Bruno MAZZACANE**
- Paolo PIANA**
- Pinuccia VERRI**

Con l'assistenza del Segretario: **Alessandra IMPERIALE**

Il Direttore Generale: **Stefano MANFREDI**

OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2022-2024



Fascicolo: 2022-1.1.2/10

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Andrea FRIGNANI

DIRETTORE SANITARIO

Alberto Giovanni AMBROSIO

DIRETTORE SCIENTIFICO

Vittorio BELLOTTI

Il Direttore della U.O.C. Economico – Finanziario

Giuseppe CALOGERO

Proponente: U.O.C. AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI

Il Responsabile del procedimento: Dr.ssa Dahlia Carnevale

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

VISTO l'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 il quale ha introdotto il "*Piano integrato di attività e organizzazione*" (PIAO);

VALUTATO che il PIAO deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e presentato, sulla base degli ultimi interventi normativi, entro il 30 aprile 2022;

EVIDENZIATO che il PIAO, di durata triennale, ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance della Fondazione stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;

c) il **documento di Organizzazione del Lavoro Agile**, che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;

d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

e) il **Piano della Formazione**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;

f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne",

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

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 6, commi 5 e 6, del D.L. n. 80/2021:

- entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al presente articolo;
- entro il medesimo termine, con decreto del Ministro per la pubblica, previa intesa in sede di Conferenza unificata, è adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle pubbliche amministrazioni;

CONSIDERATO, altresì, che la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi, con nota prot. 665 del 25 febbraio 2022, ha inviato alla Conferenza Unificata, ai fini dell'acquisizione dell'intesa, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante *"Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113"*;

RICHIAMATO il parere del Consiglio di Stato n. 506 del 2 marzo 2022 il quale, nel riconoscere la rilevanza della scelta espressa con l'art. 6, D.L. n. 80 del 2021, ha espresso parere favorevole sullo schema di sopra citato ma condizionandolo a correttivi e a integrazioni che consentano di superare le criticità insite nelle modalità in cui ci si propone di creare le condizioni normative perché il PIAO operi come strumento di effettiva semplificazione dell'azione e dell'organizzazione amministrativa;

RICHIAMATA, altresì, la Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022 con la quale il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all'art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – triennio 2022-2024;

RITENUTO opportuno dotarsi del PIAO, nelle more della compiuta realizzazione dei correttivi e delle integrazioni richieste dal Consiglio di Stato, in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività dell'Ente, indispensabile per l'organizzazione e la realizzazione in tempi congrui delle attività previste per l'anno 2022,

VISTO lo Statuto della Fondazione;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le ragioni riferite in premessa:

1. di approvare il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) – triennio 2022-2024, nel testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, formale e sostanziale (AL01, AL02, AL03, AL04, AL05, AL06 e AL07);
2. di stabilire che la presente Deliberazione abbia immediata esecutività;

3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio della Fondazione per 15 giorni consecutivi, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e della L.R. n. 33/2009 s.m.i, con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.), e la comunicazione al Collegio Sindacale della Fondazione;
4. di dare atto che, ai sensi della L. n. 241/90 s.m.i., il Responsabile del procedimento, dell'istruttoria e dell'esecuzione è la Dr.ssa Dahlia Carnevale, Dirigente Amministrativo presso la U.O.C. Affari Generali e Istituzionali e Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

IL SEGRETARIO
(Alessandra Imperiale)
(Firmato digitalmente)

IL PRESIDENTE
(Alessandro Venturi)
(Firmato digitalmente)

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Triennio 2022-2024



Piano redatto ai sensi della D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113

Sommario

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO.....	7
La Fondazione IRCCS in cifre.....	9
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	17
2.1. Valore pubblico.....	17
2.2. Performance.....	18
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	21
Premessa.....	21
Parte Generale.....	22
Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione.....	22
Gli obiettivi strategici.....	26
Il processo di gestione del rischio di corruzione.....	27
Le misure generali.....	35
Codice comportamentale.....	35
Conflitto di interessi.....	35
Whistleblowing.....	38
La rotazione straordinaria.....	40
Trasparenza.....	41
Premessa.....	41
Il programma della trasparenza: l'attività del 2021 e gli obiettivi del 2022.....	42
Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi).....	43
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	44
3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	44
L'Organigramma.....	44
Livelli di responsabilità organizzativa.....	48
Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione.....	52
3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	54
3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale.....	57
Formazione e sviluppo.....	61
Piano Azioni positive - 2022-2024.....	62
Premessa.....	62
Parte I.....	63

Analisi delle risorse umane della Fondazione	63
Parte II:	65
AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	66
AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione.....	66
AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo	67
AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza.....	68
SEZIONE 4. - MONITORAGGIO	69

PREMESSA

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "**Piano integrato di attività e organizzazione**" (**PIAO**), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e presentato, sulla base degli ultimi interventi normativi, come infra meglio precisato, entro il 30 aprile 2022.

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

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

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

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

Il PIAO deve essere pubblicato ogni anno sul sito della Fondazione ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell'amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico della Fondazione, in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il percorso procedurale di adozione del PIAO disciplinato dal D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, prevedeva che entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore (8 ottobre 2021):

- con uno o più D.P.R., sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
- sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un "PIAO tipo", quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) ha modificato il predetto percorso, disponendo che:

- limitatamente all'anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, è prorogato al 30 aprile 2022;
- sono differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l'emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l'adozione, con Decreto Ministeriale, del "PIAO tipo".

Con riferimento specifico, poi, al Piano anticorruzione-trasparenza, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con Delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, ha differito al 30 aprile 2022 il termine di cui all'art. 1, comma 8 Legge 190/2012 per la presentazione del Piano 2022-2024. Tale disposizione trova fondamento nella necessità che le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione siano coerenti con il sistema che il legislatore ha, da ultimo, inteso delineare, tenuto conto altresì del perdurare dello stato di emergenza sanitaria di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19 al 31 marzo 2022.

ANAC, nel rilevare l'opportunità che ciascuna amministrazione proceda all'adozione del Piano anche anticipatamente al predetto termine del 30 aprile, ha avuto cura di emanare gli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022 ed illustrati nel webinar tenutosi nella medesima data, specificando che trattasi di direttive che non subiranno modifiche a seguito dei predetti emanandi decreti del Presidente della Repubblica.

Nel contempo, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi, con nota prot. 665 del 25 febbraio 2022, ha inviato alla Conferenza Unificata, ai fini dell'acquisizione dell'intesa, lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica recante *"Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113"*.

La Sezione Consultiva del Consiglio di Stato, con parere n. 506 del 2 marzo 2022, nel riconoscere la rilevanza della scelta espressa con l'art. 6, D.L. n. 80 del 2021, ha espresso parere favorevole sullo schema di Decreto del Presidente della Repubblica ma condizionandolo a correttivi e a integrazioni che consentano di superare le criticità insite nelle modalità in cui ci si propone di creare le condizioni normative perché il PIAO operi come strumento di effettiva semplificazione dell'azione e dell'organizzazione amministrativa.

La disciplina del percorso procedurale si completa con il sistema delle **sanzioni**.

Se il Piano è omesso o assente, infatti, saranno applicate le seguenti sanzioni previste dall'art. 10, comma 5, del D.Lgs. 150/2009:

- a) divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risulteranno avere concorso alla mancata adozione del PIAO;
- b) il divieto di assumere e affidare incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati. A queste, si aggiunge anche la sanzione amministrativa **da 1.000 a 10.000 euro** prevista dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del D.L. 90/2014, riferita alla mancata approvazione della programmazione anticorruzione.

Ciò posto ed evidenziato, la Fondazione, nelle more della compiuta realizzazione dei correttivi e delle integrazioni richieste dal Consiglio di Stato e non intervenendo -a tutt'oggi- alcuna proroga del termine del 30 aprile p.v. fissato come scadenza per l'adozione del documento *de quo*, ha ritenuto opportuno dotarsi del PIAO, predisposto in applicazione delle disposizioni attualmente vigenti, in quanto **documento strategico fondamentale** per la gestione delle attività dell'Ente, indispensabile per l'organizzazione e la realizzazione in tempi congrui delle attività previste per l'anno 2022.

E' di tutta evidenza che il presente documento, sarà suscettibile di integrazioni e/o modifiche a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia.

Il PIAO della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo viene approvato dal Consiglio di Amministrazione, quale organo d'indirizzo dell'Ente, acquisito il parere positivo dell'OIV.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

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

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

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

La fondazione dell'Hospitale rappresenta un caposaldo nella storia dell'assistenza e si presenta come atto di superamento del sistema ospedaliero medievale. Nel 1927 un Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero dell'Interno ne sancisce la trasformazione in Ospedale Clinico in convenzione con l'Università di Pavia, dove nel 1932 si trasferisce nell'attuale costruzione a padiglioni, fortemente voluta dal Premio Nobel Camillo Golgi; quarant'anni dopo, nel 1972, è classificato Ospedale Generale Regionale.

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

L'IRCCS Policlinico "San Matteo" è divenuto Fondazione nel 2006 con Decreto del Ministero della Salute del 28 aprile; è stato recentemente riconfermato IRCCS con Decreto del Ministero della Salute del 21 gennaio 2021 "Conferma del riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione dell'IRCCS Policlinico "San Matteo", in Pavia, nelle discipline tra loro complementari e integrate di «trapiantologia: malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule» e di «malattie internistiche ad ampia complessità biomedica e tecnologica»", pubblicato sulla G.U. Serie Generale, n. 38 del 15 febbraio 2021.

La Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" è un ente di rilievo nazionale e di natura pubblica, disciplinato dalle disposizioni di cui allo Statuto approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 3/CDA/0046/2012, nonché dall'articolo 42 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dal D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288.

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

La sede legale è a Pavia, in Piazzale Golgi n. 5 (sito internet www.sanmatteo.org), codice fiscale 00303490189, partita IVA 00580590180.

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

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

La Fondazione è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia, nonché sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie.

L'IRCCS Policlinico "San Matteo" coniuga in sé tutti e tre gli aspetti fondanti della sanità moderna:

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

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

In tal senso, notevole impulso sulle sperimentazioni cliniche sarà dato anche dalla **riforma degli Istituti di ricerca (IRCCS) prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (Pnrr)** approvato dal Parlamento in data 29 aprile 2021, che contiene, nella Parte 2 *"Riforme e Investimenti del Piano"* la Missione n. 6 "Salute" la quale prevede la *"Riorganizzazione della Rete degli IRCCS"* per contribuire al miglioramento delle eccellenze SSN.

Questa riforma interverrà sul rapporto tra salute e ricerca sostenendo quest'ultima al fine di rafforzare le capacità di risposta del SSN alle emergenze sanitarie, alla transizione epidemiologica e ai fabbisogni sanitari legati al quadro demografico.

Pertanto, è ragionevole affermare che la capacità di governare efficacemente ed efficientemente gli IRCCS è condizione per trovare e preservare nel tempo il difficile equilibrio tra universalità e sostenibilità delle cure, dell'assistenza e della ricerca

In particolare, governare la Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia è un impegno altamente sfidante alla luce di pressioni sempre più incessanti che sono determinate:

- dall'**evoluzione della domanda di salute e dal cambiamento del quadro epidemiologico della popolazione**, con presenza sia di patologie acute che croniche ma con una ricaduta in ambito della ricerca clinica, scientifica e della didattica di base e specialistica;
- dalla **modificazione delle aspettative della popolazione** nei confronti della sanità, sia per la ricerca del miglior trattamento per la propria patologia e della migliore risposta assistenziale ma anche esperienziale, sia anche per gli aspetti accessori che contribuiscono alla percezione di qualità delle aziende sanitarie come i tempi d'attesa, l'ospitalità e l'accessibilità, i percorsi fisici centrati sul paziente, ecc.;
- dalle **nuove possibilità create dall'offerta di tutte le prestazioni cliniche e assistenziali**, in quanto la scoperta di nuovi farmaci e terapie, il miglioramento delle tecniche assistenziali e degli interventi mininvasivi, l'evoluzione degli strumenti tecnologici e la presa in carico della cronicità-fragilità, possono diventare la chiave di volta per rispondere ai più complessi bisogni di salute;
- dalle **modificazioni della demografia professionale** delle aziende sanitarie pubbliche le cui questioni principali sono: l'anzianità crescente dei professionisti medici e sanitari, l'aumento delle inidoneità e inabilità al lavoro, la progressiva femminilizzazione della classe medica, i cambiamenti dello skill mix tra medici, infermieri, personale tecnico e assistenziale.



Attività clinica

**772 posti letto
attivi**

**83.415 accessi al
Pronto Soccorso**

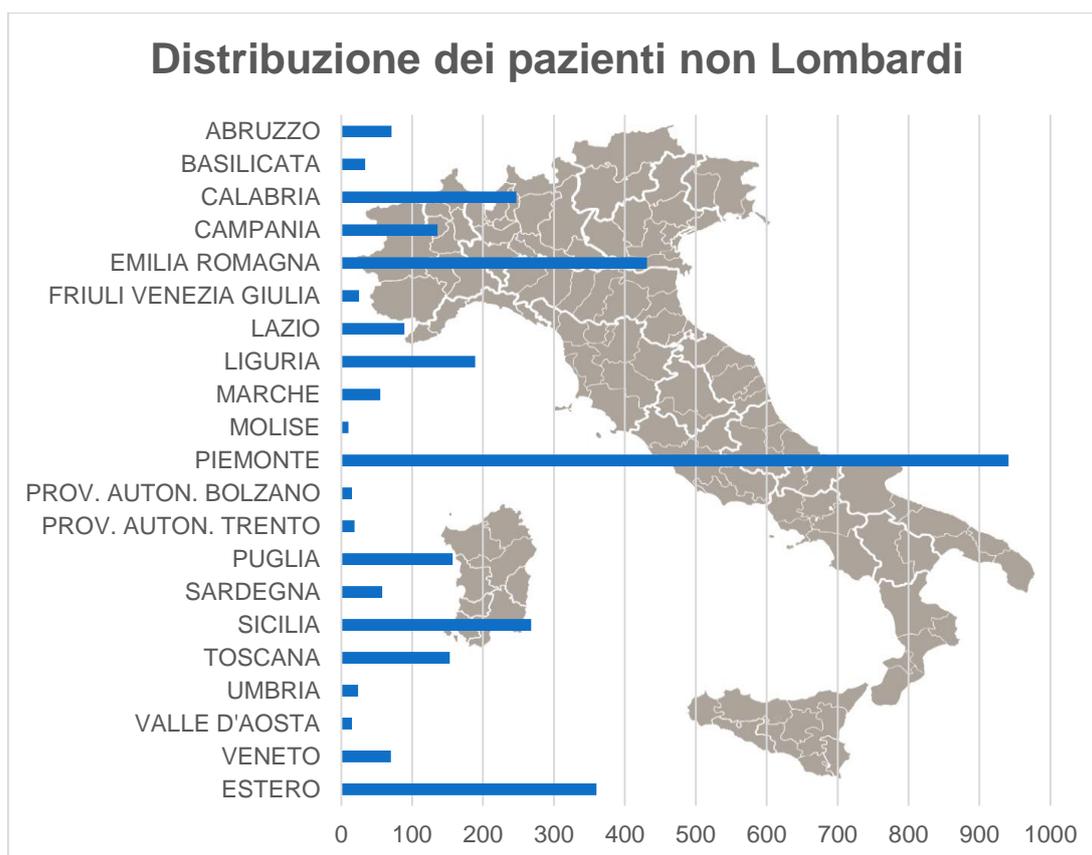
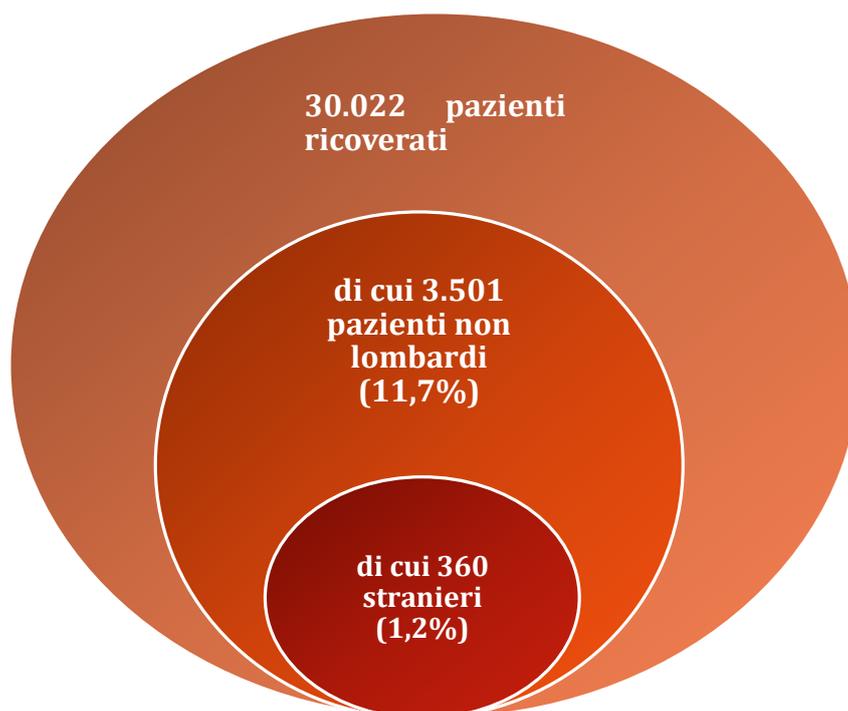
**30.022 pazienti
ricoverati**

**551.051
prestazioni
erogate in PS**

**224.839
giornate di
degenza**

**1,96 milioni di
prestazioni
ambulatoriali**

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



Fonte: Anno 2021

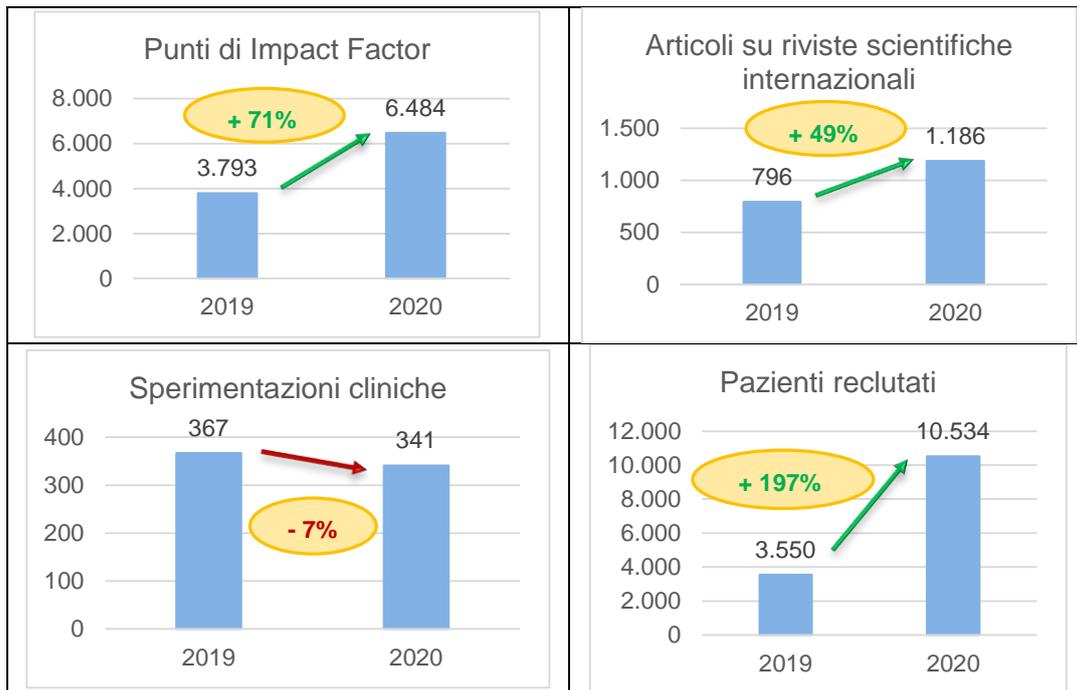
Attività di Ricerca e Didattica



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

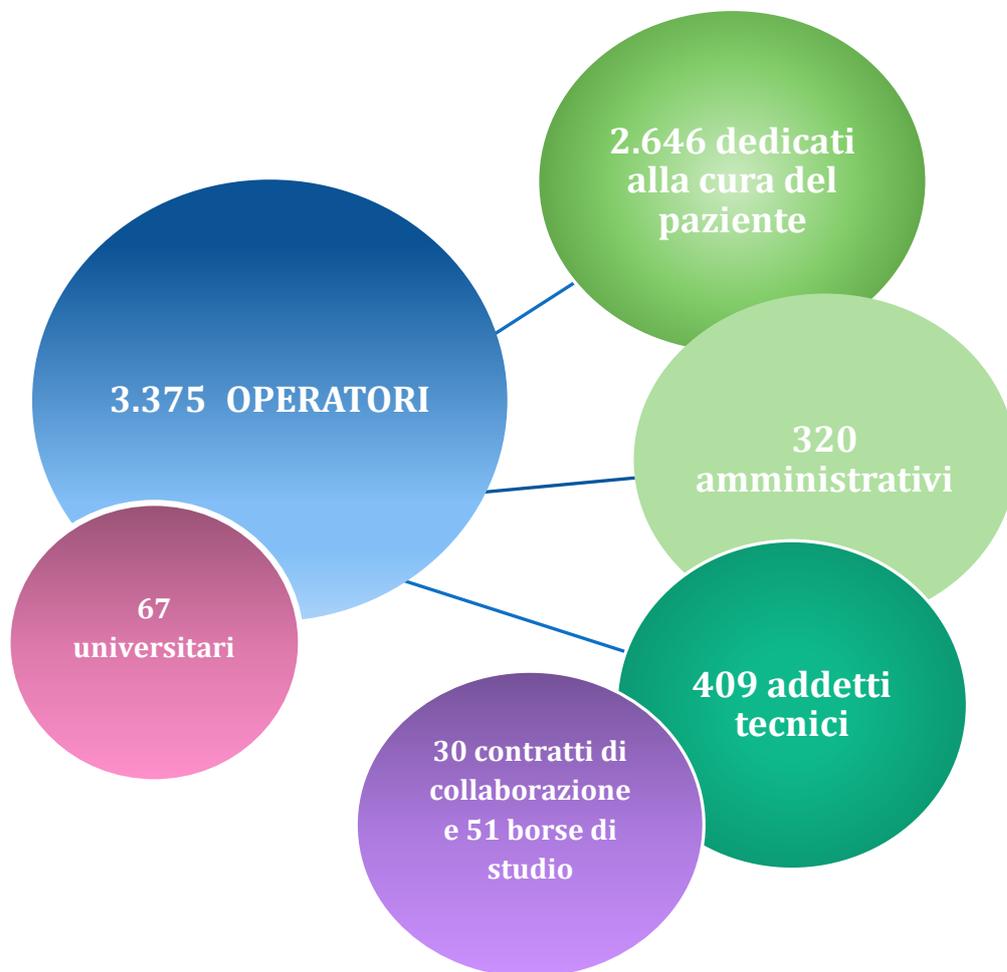
"La Fondazione è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia, nonché sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie."

Confronto anni 2019 e 2020



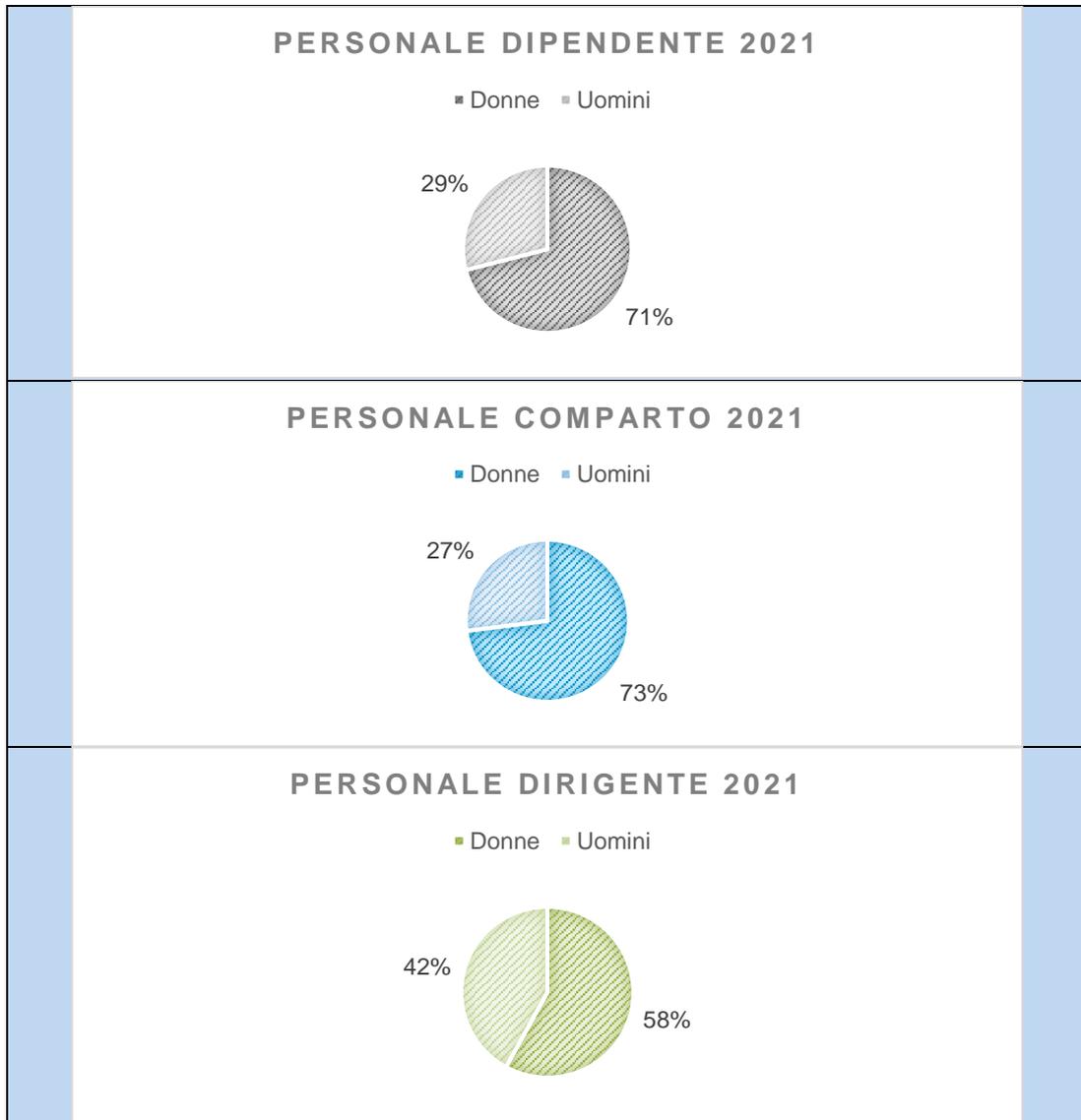
Fonte: Anno 2020

Risorse: Personale



Fonte: Anno 2021

I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano a fine 2021 una netta maggioranza del personale femminile (71%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (73%). Sono donne il 58% dei Dirigenti della Fondazione.



Fonte: Anno 2021

Dati di produzione

Ricavi		Costi	
Prestazioni sanitarie	266.353.614	Personale	169.851.546
Contributi in c/esercizio	133.234.192	Materiali e Servizi	182.169.327
Entrate diverse	43.024.026	Altri costi	76.974.793
Totale	442.611.832	Totale	428.995.666

Valori espressi in €

Valore della produzione – Costi della produzione =

+ 13.616.166 € (Risultato operativo)

Fonte: Bilancio di esercizio 2020

Dati economici – Risultato d'esercizio

Variazione valori di Bilancio Consuntivo 2020 rispetto al 2019 (Conto Economico)

Conto Economico (€)			
	Anno 2020	Anno 2019	Variazione
Valore della produzione	442.611.832	432.734.670	9.877.162
Costi della produzione	428.995.666	416.199.994	12.795.672
Proventi e oneri finanziari	-1.586.212	-1.803.048	216.836
Proventi e oneri straordinari	787.351	-2.638.600	3.425.951
Imposte e tasse	12.587.960	12.093.028	494.932
Risultato d'esercizio	229.345	0	229.345

Conto Economico (€)			
	Anno 2020	Anno 2019	Variazione
Valore della produzione			
Prestazioni sanitarie	266.353.614	287.956.343	-8%
Contributi in c/esercizio	133.234.192	104.669.247	27%
Entrate diverse	43.024.026	40.109.080	7%
Totale	442.611.832	432.734.670	2%
Costi della produzione			
Personale	169.851.546	160.077.724	6%
Materiali e Servizi	182.169.327	191.603.920	-5%
Altri costi	76.974.793	64.518.350	19%
Totale	428.995.666	416.199.994	3%

Fonte: Bilancio di esercizio 2020

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Valore pubblico

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

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

Oggi più che mai, la variazione della domanda di salute e di servizi, le innovazioni tecnologiche e le modifiche epidemiologiche, le pressioni sociali, politiche ed economiche sono alla base della crescente complessità della sanità moderna.

Conseguentemente, il mondo ospedaliero, in particolare quello degli IRCCS polispecialistici come il San Matteo, quale massima espressione di complessità, sia con riferimento all'organizzazione interna sia con riferimento alle traiettorie di sviluppo strategico da perseguire, è interessato da un ampio processo di cambiamento finalizzato a creare "*benessere sanitario*" inteso, oggi più che mai, quale **valore pubblico** da perseguirsi non secondo una prospettiva egoistica e di corto respiro, ma in maniera **equa** (e, quindi, non solo a favore degli utenti diretti, ma più in generale dei cittadini, delle associazioni di volontariato, delle istituzioni locali, delle rappresentanze sindacali, dei vari stakeholder); e **sostenibile** (non solo a favore degli utenti e dei cittadini di oggi, ma anche predisponendo le condizioni per generare valore a favore di quelli futuri).

In tale prospettiva, il San Matteo, in coerenza con i documenti di organizzazione aziendale e di programmazione economica, definisce un sistema di *governance* multidimensionale e integrato attraverso l'attuazione, per l'anno 2022 con proiezione al 2024, di specifiche strategie finalizzate alla creazione di valore pubblico nei termini che seguono:

- **Struttura organizzativa matriciale, con articolazioni verticali** che presidiano la dimensione gestionale e **articolazioni orizzontali** che favoriscono l'integrazione clinica ed il presidio dei processi operativi al suo servizio;
- **Universalità, qualità, equità e sostenibilità delle cure e dell'assistenza** anche attraverso forme innovative di *fund raising* (marketing, libera professione, convenzioni con mutue e assicurazioni, etc.);
- **Innovazione clinica**, attraverso l'applicazione di una moderna medicina: personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa;
- **Innovazione tecnologica**: utilizzo ottimale della grande quantità di dati sanitari (big data), grazie a una possente base infrastrutturale informatica, su cui applicare tecnologie e strumenti di intelligenza artificiale. L'integrazione di dati clinici e preclinici deve costituire la base per nuove ipotesi di lavoro che potranno poi diventare nuovi strumenti clinici, in un continuo e proficuo scambio tra la clinica e la ricerca;
- **Sviluppo della qualità professionale**: promozione, ad ogni livello funzionale, di opportunità di qualificazione e di sviluppo professionale, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento continuo, finalizzati alle specifiche esigenze di sviluppo e miglioramento di ogni singolo settore, favorendo la valorizzazione dei professionisti e garantendo la competenza, l'eccellenza e l'autorevolezza professionale;
- **Valore della produzione/Costo della produzione**: ossia garantire il c.d. **risultato operativo** quale rapporto tra i ricavi per prestazioni sanitarie/altri ricavi/acquisizione di beni e servizi, e i costi del personale/costi di manutenzione/ammortamenti;

- **Sostegno alle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e di volontariato che operano in campo sanitario:** favorire le azioni di sensibilizzazione che le Associazioni vorranno promuovere, in maniera integrata e coerente con la strategia e la *mission* aziendali;

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

Il raggiungimento progressivo degli obiettivi strategici sopra declinati sarà misurato attraverso i seguenti **indicatori di impatto:**

- **Organizzativo:** adeguatezza dell'organizzazione dell'Ente rispetto alle strategie da attuarsi, integrazione di risorse, saperi, tecnologie, intesa sia come integrazione fisico-logistica e organizzativa sia come integrazione professionale;

- **Qualitativo:** consolidamento di un sistema orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti;

- **Clinico:** attraverso l'introduzione di responsabilità trasversali sulle linee cliniche;

- **Tecnologico:** livello di sicurezza e di modernità delle apparecchiature e dei dispositivi, livello di digitalizzazione e semplificazione dei processi aziendali;

- **Professionale:** adeguatezza dei profili professionali esistenti all'interno dell'ente rispetto a quelli necessari;

- **Economico-finanziario:** equilibrio tra proventi e costi, fluidità finanziaria tra entrate e spese, solidità patrimoniale tra attività e passività;

- **Etico:** attuazione ed efficacia delle misure di trasparenza e anticorruzione;

- **Relazionale:** qualità e quantità della partecipazione di stakeholder interni ed esterni all'amministrazione rispetto ai processi decisionali valutativi, sostegno alle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e di volontariato che operano in campo sanitario.

2.2. Performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti **fasi:**

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti;

f) rendicontazione dei risultati;

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

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

- il sistema di valutazione individuale che consente di misurare e valutare la performance individuale.

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

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni indicatori allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;

- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.

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

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

All'interno del modello organizzativo definito nel POAS 2021-2023 sono stati individuati i seguenti **processi**:

- Processi primari clinico-assistenziali
- Processi di ricerca
- Processi sanitari di supporto
- Processi amministrativi di supporto

Nel modello organizzativo basato sui processi vengono quindi individuate due matrici gestionali in cui si distinguono **due macro tipologie di processi**:

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

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

Ciò posto, si evidenzia che la L. n. 190/2012 ed ANAC - quest'ultima in più occasioni, da ultimo con il PNA 2019-2021 e con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance.

Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall'Autorità Anticorruzione, la Fondazione si sta adoperando per garantire l'integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio corruttivo, attraverso la riconduzione dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale. Tale integrazione può essere prospettata sul prossimo triennio, in quanto l'emergenza Covid-19 ha alterato la tipica programmazione regionale dal 2020 e lo sforzo programmatico è stato quasi totalmente assorbito nella riorganizzazione della rete ospedaliera al fine di potenziare l'offerta della diagnostica/degenza Covid e dei punti di vaccinazione.

Solo a partire da Luglio 2021 sono ripartiti i temi della programmazione ospedaliera tradizionale con obiettivi specifici.

Con D.G.R. n. XI/5832 del 29/12/2021, Regione Lombardia ha comunicato gli obiettivi delle ATS, ASST ed AREU per l'anno 2022, precisando come gli stessi possano costituire linee di indirizzo per i Consigli di Amministrazione degli IRCCS.

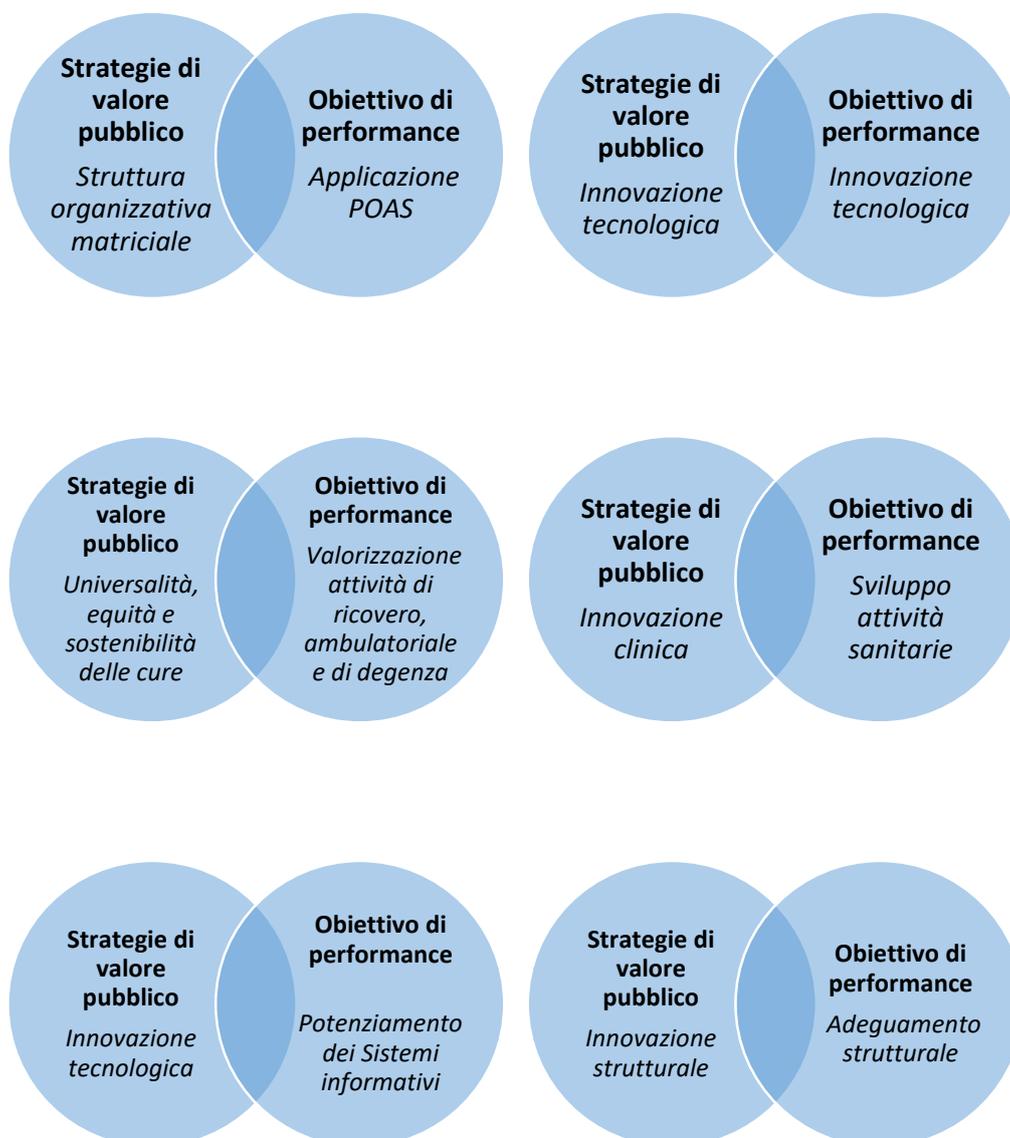
A tale riguardo occorre, altresì, evidenziare il cambio (a fine 2021) dei vertici aziendali del San Matteo con conseguente rivisitazione della programmazione.

Pertanto, nell'Allegato 1 vengono esplicitati gli obiettivi di performance strategici (Tabella n. 1) con i rispettivi indicatori che saranno utilizzati per la misurazione dei risultati conseguiti e obiettivi di performance di carattere operativo (Tabella n. 2) relativi alle seguenti aree di performance:

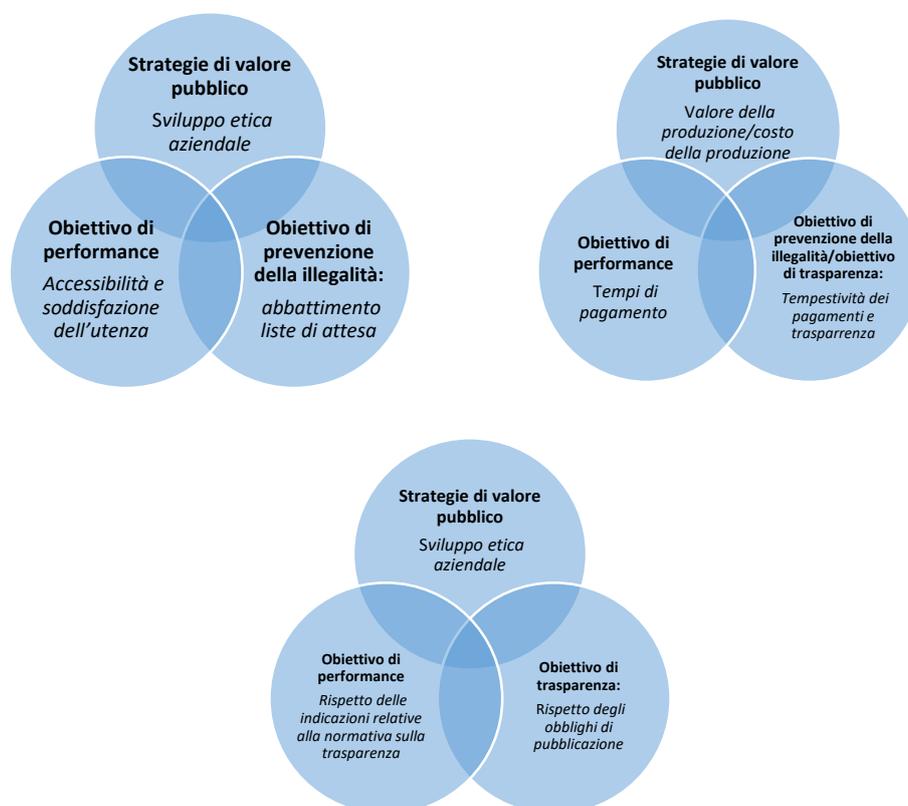
- sviluppo delle attività sanitarie;
- sviluppo dell'attività di ricerca;
- qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure.

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

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



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



2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

La presente sezione contiene il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza il quale rappresenta per la Fondazione un significativo momento di analisi delle proprie attività al fine di:

- ridurre l'opportunità di verifica dei casi di corruzione;
- aumentare le capacità di scoprire i casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Quanto sopra nell'ottica di valutare possibili provvedimenti da adottare, con l'intento di rivalutare ed, eventualmente, rivedere l'organizzazione e la qualità di produzione delle prestazioni all'interno dell'Ente.

La presente sezione del PIAO è redatta in base alle disposizioni del PNA 2019-2021 (approvato con Delibera n. 1064/2019) e alle indicazioni fornite da ANAC nella seduta del 21 luglio 2021 (Atti di regolazione e normativi in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza successivi al PNA 2019) nonché agli Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022.

Quest'ultimi, come precisato da ANAC, contengono "indicazioni che già da oggi si possono ritenere confermate, perché basate sulla normativa vigente e sul PNA 2019-2021, fermo restando che successive eventuali indicazioni di integrazione e adeguamento verranno rese se necessario a seguito dell'adozione delle norme in corso di approvazione", relative ai Decreti Ministeriali contenenti le indicazioni per la redazione del PIAO e al DPR con il quale sarà riorganizzato l'assetto normativo conforme alla disciplina del Piano stesso.

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

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

Parte Generale

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

La Legge n. 190/2012 ed il PNA 2019, approvato con Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 al fine di attuare le strategie di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, hanno individuato, sia a livello nazionale che in ciascuna Amministrazione Pubblica, i soggetti di riferimento.

A livello nazionale e regionale sono individuati i seguenti soggetti:

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

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

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

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

1. Il Consiglio di Amministrazione

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

obiettivi di valore pubblico della Fondazione.

2. La Direzione Strategica Aziendale

La Direzione strategica della Fondazione (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico) assicura al RPCT il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le strutture della Fondazione.

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

3. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

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

In particolare, per quanto riguarda la programmazione della rotazione e della formazione del personale, quali misure di prevenzione della corruzione, il RPCT ha collaborato con il Direttore della U.O.C. Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane per gli aspetti relativi all'elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano l'organizzazione e il capitale umano.

Analogamente collabora costantemente con gli altri soggetti della Fondazione per la fase di controllo e monitoraggio sull'attuazione delle misure previste.

Tale ruolo risulta essere tanto più attuale in considerazione delle recenti indicazioni regionali in materia di adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle strutture sanitarie pubbliche lombarde approvate da Regione Lombardia con DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022 le quali prevedono la creazione di un Comitato di coordinamento dei controlli interni, presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione. Tale organismo è chiamato a perseguire la sinergia ed il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.

4. Il Gruppo di Supporto Permanente (GSP): funzioni e responsabilità

Al fine di coadiuvare l'attività del RPCT, vista la complessità dell'organizzazione dell'Ente, con Determinazione n. 4/D.G./0364 del 20 aprile 2016, è stato costituito il Gruppo di Supporto Permanente (GSP) all'attività del Responsabile Anticorruzione. Il GSP, che si riunisce secondo necessità, è formato dai Referenti delle seguenti Strutture, cui sono affidati specifici compiti di relazione e segnalazione:

- Affari generali;
- Avvocatura, Legale e Contenzioso;
- Direzione Medica di Presidio;
- Economico-finanziaria;
- Farmacia;
- Ingegneria Clinica;
- Provveditorato e Economato;

- Risorse umane e politiche del personale;
- Servizi amministrativi di supporto alle attività di ricerca;
- Sistemi informativi Aziendali;
- Tecnico patrimoniale;

Sono, altresì, individuati come *Referenti* i Responsabili delle Strutture che, pur non operanti all'interno di aree a rischio, concorrono alla predisposizione ed attuazione del presente Piano:

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

I suddetti Referenti concorrono, altresì, con il RPCT:

- a) alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività della Fondazione;
- b) alla verifica 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, tenendo conto delle generali esigenze organizzative aziendali e di quelle specifiche di struttura, garantendo la continuità e l'efficacia dell'azione sanitaria ed amministrativa, salvaguardando le professionalità acquisite e tenendo conto delle indicazioni della programmazione nazionale e regionale;
- c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

I Referenti concorrono con il RPCT, nella sua funzione di Responsabile della trasparenza, ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa e sono pertanto tenuti, nell'esercizio delle loro funzioni, a garantire che:

- a) l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- b) gli uffici all'interno della struttura di pertinenza siano, oltre che coordinati tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

I Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali cui sono rispettivamente

preposti nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti della Fondazione concorrono con il RPCT a curare che siano rispettate le disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

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

I Direttori di Struttura per l'area di rispettiva competenza

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

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

Il Nucleo di Valutazione

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

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

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

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

La Funzione di Internal Auditing

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

- a) al vertice aziendale, per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione;

b) a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

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

a) conformità alle leggi ed ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure ed alle prassi interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);

b) efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi, per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);

c) attendibilità delle informazioni di bilancio: audit economico-finanziario (financial audit).

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

Tutto il personale della Fondazione

Tutto il personale della Fondazione (sia della dirigenza che del comparto) partecipa al processo di gestione del rischio, osservando le misure di prevenzione e contrasto contenute nel P.T.P.C.T.

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

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

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

Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione

I collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione, ivi compresi i dipendenti dell'Università di Pavia operanti presso la Fondazione in regime di convenzione, gli specializzandi, i tirocinanti e i frequentatori volontari, osservano le misure contenute nel P.T.P.C. e segnalano le situazioni di illecito (art. 2 Codice di comportamento aziendale).

Gli obiettivi strategici

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, con Deliberazione n. 5/C.d.A./29 del 24 marzo 2022, ha individuato per il 2022, obiettivi strategici programmatici di lungo termine sulla scorta dei quali il RPCT deve predisporre la sezione anticorruzione del PIAO 2022/2024:

“1.1 definizione di un sistema integrato di controlli interni attraverso l'individuazione di stabili strumenti di raccordo tra le funzioni di RPCT, Internal Auditing, Qualità, Risk Management, Ciclo performance e Privacy, allo scopo di garantire maggiore efficienza organizzativa e maggiore effettività della prevenzione;

1.2 programmazione e attuazione di adeguati percorsi di formazione del personale, da strutturarsi su due livelli: generale (rivolto a tutti i dipendenti) e specifico (indirizzato al personale che opera nelle aree maggiormente a rischio), al fine di incentivare e favorire la riqualificazione ed il potenziamento delle competenze tecniche del personale;

1.3 aggiornamento del Codice comportamentale attraverso il recepimento delle “Linee Guida in materia di Codice di Comportamento delle Amministrazioni Pubbliche” (approvate da ANAC con Delibera n. 177 del 19.02.2020).”.

Il primo obiettivo risponde all’esigenza di concepire la gestione del rischio quale parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione, nel rispetto del principio di integrazione, individuato da ANAC quale principio metodologico in sede di progettazione e attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto necessario, inoltre, investire sulla formazione in materia etica, integrità ed altre tematiche inerenti il rischio corruttivo, ritenendo che la stessa possa favorire la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione rappresenti un’imprescindibile misura generale di prevenzione della illegalità.

Infine il Consiglio di Amministrazione ha ribadito la necessità che il codice etico-comportamentale della Fondazione, approvato con deliberazione n. 4/C.d.A./0038 del 28 maggio 2018, sia aggiornato alla luce delle nuove linee guida ANAC di cui alla delibera n. 177 del 19 febbraio 2022, avendo cura che lo stesso non sia una generica ripetizione dei contenuti del codice nazionale di cui al D.P.R. n. 62/2013.

Il processo di gestione del rischio di corruzione

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

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

Coerentemente con quanto evidenziato dal PNA 2019 e dalle allegate indicazioni metodologiche, il processo di gestione del rischio corruttivo deve necessariamente articolarsi nelle seguenti macro fasi:

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

1. Analisi del contesto, interno ed esterno

L’analisi del contesto esterno ha un duplice obiettivo:

- a) evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente nel quale l’amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
 - b) condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l’idoneità delle misure di prevenzione;
- Pertanto, nel delineare il contesto di riferimento della presente sezione del PIAO, è importante procedere all’individuazione e descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche del territorio pavese.

Contesto esterno

Il contesto territoriale su cui insiste la Fondazione è rappresentato dall’intero territorio provinciale. La Provincia di Pavia è la terza Provincia lombarda per estensione (2.968 Km² pari 12,4% del

territorio regionale) e per numero di Comuni (186), molti dei quali sono agglomerati urbani di piccole dimensioni, specie nelle zone collinari e montuose.

La popolazione residente provinciale è costituita da circa 546.000 unità stimate, con un'età media tra le più elevate della Regione (quasi un Cittadino su quattro della provincia ha più di 65 anni), il territorio ha una densità abitativa (185 abitanti per km²) fra le più basse in Lombardia.

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

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

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

La situazione emergenziale ha accentuato le criticità relative al settore socio-economico come ampiamente dettagliato nel *"Rapporto sull'economia provinciale 2020-2021"*, redatto dalla Camera di Commercio di Pavia – Unioncamere e presentato durante la *"Giornata dell'Economia"*, tenutasi il 29 aprile 2021.

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

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

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

Contesto interno

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

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

La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, costituita con Decreto del Ministero della Salute del 28/04/2006, è un ente di rilievo nazionale ed internazionale di natura pubblica con forte presenza universitaria.

Articolata nella sede di Pavia e di Belgioioso, si caratterizza per l'offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori.

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

Nel corso del 2021, la Direzione Strategica ha avviato una revisione dell'assetto organizzativo dell'Ente che ha portato all'approvazione di alcune significative modifiche al POAS, come meglio

specificato nel Decreto del Direttore generale n5/D.G./727 del 9 luglio 2021 recante “PRESA D'ATTO DELLA D.G.R. N. XI/4902 DEL 21/06/2021 DI ADOZIONE ED ATTUAZIONE DEL NUOVO POAS DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO" DI PAVIA”.

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

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

- U.O.C. Avvocatura - Legale e Contenzioso;
- U.O.C. Ingegneria Clinica;
- U.O.C. Prevenzione e Protezione;
- U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali;

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

- Direzione Medica di Presidio;
- U.O.C. SITRA;
- U.O.C. Fisica Sanitaria;
- U.O.C. Farmacia.

il Dipartimento Amministrativo, nelle sue articolazioni organizzative:

- U.O.C. Risorse umane e Politiche del personale;
- U.O.C. Economico-Finanziaria;
- U.O.C. Provveditorato-Economato;
- U.O.C. Tecnico-Patrimoniale;
- U.O.S.D. Supporto Amministrativo alla ricerca;
- U.O.S.D. Affari Generali;

la Direzione Scientifica.

La mappatura dei processi

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati relativi all'Ente e alla rappresentazione della dimensione organizzativa, è la mappatura dei processi. Per “*mappatura dei processi*” si intende l'individuazione e l'analisi dei processi organizzativi, un esame graduale di tutta l'attività svolta dalla Fondazione al fine di comprendere se, in ragione della natura e della peculiarità della stessa, vi siano potenziali rischi corruttivi.

Ha, pertanto, carattere strumentale ai fini della identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi, al fine di pervenire all'individuazione di adeguate misure di prevenzione.

A tale riguardo, si evidenzia che la rilevazione dei procedimenti amministrativi, svolta nei primi mesi del 2020 durante l'attività di implementazione della sezione “*Amministrazione Trasparente*”, ha rappresentato un buon punto di partenza per l'identificazione dei processi organizzativi aziendali.

Nel rispetto di quanto deliberato dal Consiglio di Amministrazione in sede di determinazione degli obiettivi strategici del PTPCT 2020-2022, si è avviata la selezione in via prioritaria di quei processi che, in ragione della natura e della complessità del contesto aziendale, sono stati ritenuti maggiormente incisivi nella valutazione finale del rischio e, quindi, potenzialmente più critici.

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

- Risorse Umane
- Provveditorato
- Tecnico-Patrimoniale
- Economico-Finanziario

- Ingegneria Clinica
- Sistemi Informativi Aziendali
- Avvocatura, legale e contenzioso
- Affari generali
- Servizi di supporto all'attività di ricerca
- Farmacia
- Fisica sanitaria
- Direzione medica di presidio

Con nota prot. n. 20200099861 del 12 novembre 2020, il RPCT ha inteso condividere con i Direttori/Responsabili delle UU.OO.CC. individuate una iniziale mappatura dei processi aziendali finalizzata al recepimento delle indicazioni metodologiche del PNA 2019.

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

In particolare, è stato richiesto a ciascun Direttore/Responsabile delle UU.OO.CC. interessate:

- a) l'identificazione di tutti i processi di competenza della struttura;
- b) la descrizione puntuale dei processi indentificati;
- c) la rappresentazione del processo identificato e descritto;

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

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

Di seguito lo schema utilizzato:

REGISTRO DEI RISCHI										
UNITA' OPERATIVA										
P R O C E S S O	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	A T T I V I T A'	F A S E / I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ ISTRUZIONI OPERATIVE/ REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/ CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO

Sono stati inizialmente mappati n. 40 processi, inserendo –secondo quanto suggerito dalla stessa Autorità- non soltanto quelli a carattere propriamente corruttivo ma tutti i processi propri della struttura.

I processi a rischio tipicamente corruttivo sono stati suddivisi per aree di rischio generali e specifiche e per Unità Operative competenti, come dettagliato nel Registro dei Rischi 2021-2023: i *“Contratti pubblici (lavori, servizi e forniture)”*, *l’“Acquisizione e gestione del personale”*, la *“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”*, *“Incarichi e nomine”*, *“Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”*, *“ Affari legali e contenzioso”*, *“Provvedimenti ampliativi delle sfera giuridica del destinatario”* e quali Aree a rischio specifico per il Settore Sanità la *“Libera professione e Liste di attesa”*, i *“Rapporti contrattuali con privati accreditati”*, la *“Farmaceutica, dispositivi e apparecchiature”* e l’ *“Attività conseguenti il decesso ospedaliero”*

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

Nel Registro dei Rischi 2021, pertanto, trovano spazio anche i seguenti processi:

U.O.C. Tecnico-Patrimoniale

- Smaltimento rifiuti generici (non sanitari)

U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali:

- Rilascio e revoca delle credenziali di accesso al sistema

U.O.S.D. Affari Generali

- Donazioni

Con mail inviate dal RPTC in data 2 dicembre 2021, il RPCT ha inoltrato ai Direttori interessati lo stralcio del registro dei rischi relativo a processi riconducibili alla UU.OO.CC, con richiesta di:

- verificare i processi ivi inseriti al fine di confermarli, integrarli o modificarli nelle loro fasi, nelle loro attività e, soprattutto, nei rischi specifici individuati;
- inserire (mappandoli allo stesso modo di quelli già esistenti) eventuali nuovi processi assegnati alla U.O.C.;

Pertanto, ai 40 processi risultanti dalla mappatura iniziale del 2020, se ne sono aggiunti - nella mappatura effettuata nel 2021 - altri 12, per un totale di ben 52 processi aziendali mappati con relative misure di contrasto.

Infatti, nel Registro dei rischi relativo all’annualità 2021 è stato chiesto a ciascun Direttore di U.O. di dare evidenza - per ciascun processo - dell’attuazione o mancata attuazione (quest’ultima da motivare) delle misure di contrasto e/o di prevenzione individuate, indicando le modalità adottate dal Responsabile della U.O. per renderle quanto più possibili efficaci.

Quanto sopra è illustrato nel Registro dei Rischi di cui **all’Allegato 2** al presente PIAO.

Su tale aspetto, è emerso quanto segue:

- un potenziamento dell’attività di verifica e controllo in tutti i processi;

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

L'ulteriore mappatura realizzata nel corso del 2021 ha confermato la complessità della realtà aziendale che si presenta articolata e diversificata e che, pertanto, richiederà, nel prosieguo, un approfondimento dei singoli processi nelle loro fasi e nelle loro attività.

Con riguardo all'individuazione dei rischi è emerso quanto segue.

Vi sono processi, come quello avente ad oggetto l'acquisizione di beni, servizi e forniture, per i quali alcune fasi (es. *programmazione*) vengono svolte sulla base di format e tabelle predefiniti da Regione e Ministero e, pertanto, presentano un rischio minimo nonché legato a mero errore materiale commesso nella compilazione dei file.

Altre fasi, del medesimo processo, quali ad esempio la "*selezione del contraente*" presentano rischi maggiori e con un discreto livello di realizzazione (elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici; immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando; nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità; manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta; mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale; adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario). Per questi rischi, l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Sintel, l'evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione dell'offerta, la trasparenza delle procedure ed il controllo dei documenti previsti dal bando di gara, possono rivelarsi misure efficaci di prevenzione.

Vi sono, infine, fasi (es. l'esecuzione contrattuale) nelle quali i rischi specifici hanno un'elevata probabilità di verificarsi (quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni, richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione, mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, penali, sospensioni, verifiche negative di conformità e risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano la corretta gestione degli accordi da parte della centrale e possono anche essere utilizzate allo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili).

Per questi rischi, però, vengono individuate anche misure specifiche, quali:

- la pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;
- la necessità di motivare le esigenze tecniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
- la pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);
- la standardizzazione dei processi per l'individuazione dell'oggetto del fabbisogno aziendale e delle relative quantità e valore economico in modo da aderire correttamente alla specifica convenzione.

La verifica e il controllo restano le misure maggiormente attuate in processi quali la “Tracciabilità del farmaco”, dalla gestione dei fabbisogni, all' approvvigionamento, alla corretta conservazione in magazzino fino alla consegna alle UU.OO.

Parimenti accade per i processi “libera professione” e “liste di attesa” attraverso la verifica preventiva e periodica circa la sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale; la verifica a campione dei volumi di attività svolti dai medici in libera professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati. Nello specifico, al fine di verificare che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari della prima visita prenotata in regime libero professionale e si verificano gli importi fatturati e incassati complessivamente da parte degli studi esterni per l'accertamento della congruenza.

Si segnalano, infine:

- il monitoraggio periodico delle liste di attesa con rimodulazioni delle agende di prenotazione ambulatoriale o rimodulazione sedute operatorie;
- la verifica periodica e la produzione di report (numero, volumi, attività in libera professione/ numero volumi attività istituzionale registrati) per prestazioni monitorate;
- il controllo periodico delle prestazioni monitorate erogate in libera professione con tempo di attesa.

2. La valutazione del rischio

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

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

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

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

Ad ogni modo, è doveroso evidenziare che i criteri utilizzati sono stati sostanzialmente due:

- l'analisi documentale
- l'analisi dei casi giudiziari che, nel 2021, hanno interessato l'Ente (mediante acquisizione di elementi conoscitivi dalla UOC Avvocatura).

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

- la mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- l'eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- l'accentramento di funzioni in capo ad un unico soggetto;

- l'assenza di rotazione tra il personale;
- la presenza di personale adibito sempre alle stesse funzioni;
- l'inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi.

3. Il trattamento del rischio

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

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

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici, pertanto, devono essere ben contestualizzate rispetto al processo ed al rischio di riferimento.

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

Monitoraggio e riesame

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

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

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

E' ipotizzabile l'implementazione del Registro dei Rischi con la stesura di un piano di monitoraggio annuale che indicherà:

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

Le misure generali

Codice comportamentale

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

La Fondazione ha adottato il proprio *'Codice etico-comportamentale'* aggiornandolo ed integrandolo a seguito della normativa sopravvenuta ed, in particolare, della Delibera ANAC n.358 del 29/3/2017 recante *"Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale"*.

Nel rispetto delle citate Linee guida, è stato esplicitato che il Codice si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo presso la Fondazione, anche se non dipendenti, compresi gli organi di indirizzo politico-amministrativo, il Presidente, i componenti del Nucleo di Valutazione.

Come già evidenziato nei vari Pianti Anticorruzione adottati dalla Fondazione, l'attuale Codice, oltre a confermare i principi generali, prevede una procedura dettagliata ed univoca per la gestione del conflitto di interessi, introduce l'ipotesi relativa alla segnalazione da parte dei dirigenti di eventuali situazioni di illecito direttamente al RPC, richiama la disciplina della tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing).

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

L'attuale Codice comportamentale della Fondazione, pur nella sua completezza, necessita di minime integrazioni finalizzate al recepimento delle nuove Linee Guida in materia approvate da ANAC con Delibera n. 177 del 19.02.2020.

Tale revisione costituisce uno degli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza approvati dal C.d.A. della Fondazione con Deliberazione n. 29 del 25.03.2022.

Conflitto di interessi

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

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta, dunque, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

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

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

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

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

– di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

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

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

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

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

Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (es. consulenze D.Lgs. 165/2001)

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

L'Azienda può conferire delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, intendendosi

per tali le attività non ricomprese nei compiti e doveri d'ufficio, da svolgersi al di fuori dell'orario di servizio, così come previsto dall'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con particolare riferimento ai contratti di assunzione, la Fondazione verifica presso le amministrazioni competenti (Es: Università; Ministero Grazia e Giustizia; Enti diversi) ciascuna dichiarazione rilasciata dal dipendente, con particolare riferimento ai dati di maggiore interesse, quali il possesso del titolo di studio; l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso; il servizio eventualmente prestato presso altre Amministrazioni pubbliche.

Indipendenza dell'iniziativa formative da interessi commerciali

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

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

Reclutamento di docenti esterni e Tutor

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

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

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

La U.O.C. Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane verifica:

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

Whistleblowing

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

Ai fini delle segnalazioni, il dipendente prenderà in considerazione, non solo quelle situazioni che configurano reati di corruzione (articoli 318, 319 e 319 *ter*, 319 *quater* del Codice penale), ma anche quelle in cui *“nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati”*, come precisato dalla Circolare n. 1/2013 emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

La Fondazione con Deliberazione n. 4/C.d.A./0067 del 30/05/2016 ha adottato il *“Regolamento per l’attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano gli illeciti e irregolarità – Whistleblowing”*, definendo contenuti (articolo 5), modalità e destinatario della segnalazione (articolo 6).

E’ stata avviata la procedura per la raccolta delle segnalazioni, attivando un indirizzo di posta elettronica differenziato e riservato trasparenza@smatteo.pv.it, accessibile al RPCT, al quale inoltrare la segnalazione dalla propria casella di posta elettronica istituzionale o da quella privata.

In alternativa, è possibile spedire la segnalazione mediante il servizio postale, con busta chiusa indirizzata al RPCT della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo – Viale Golgi n. 19, 27100 Pavia, con la dicitura *“RISERVATA PERSONALE”*, con i dati identificativi del segnalante in chiaro e copia del documento di identità siglato con firma autografa oppure, a mezzo delle seguenti ulteriori alternative:

- in forma anonima;
- mediante posta interna, con busta chiusa da consegnare al Protocollo della Fondazione, con gli stessi dati identificativi di cui al punto precedente;
- con segnalazione verbale al RPCT, che dovrà redigere apposito verbale, adottando le opportune cautele di riservatezza.

Qualora il dipendente rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, o di incaricato di pubblico servizio, ed il fatto oggetto di segnalazione possa integrare gli estremi dell’illecito penale, il dipendente ha l’obbligo di presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica, secondo quanto stabilito dall’articolo 331 c.p.p.

Per quanto riguarda, invece, gli adempimenti relativi alla denuncia alla competente Procura presso la Corte dei Conti di fatti che possano dar luogo a responsabilità per danni cagionati alla finanza pubblica, si fa rinvio alle indicazioni operative riportate nel Modulo 2, che sono state elaborate sulla nota interpretativa al Procuratore Generale presso la Corte dei Conti del 2 agosto 2007 (Prot. n. PG/9434/2007/P).

Destinatario di dette segnalazioni è il RPCT il quale, a norma dell’articolo 54-bis del D. Lgs. 165/2001, è tenuto ad assicurare la riservatezza dell’identità di chi si espone in prima persona nel segnalare fatti illeciti, fatti salvi i casi in cui l’anonimato non è opponibile per legge (es. indagini penali, tributarie, amministrative, etc.).

Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, il dipendente potrà inviarla all’ANAC.

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o, per lo stesso titolo, dell’articolo 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l’anonimato non è opponibile per legge (ad esempio: indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l’identità del *whistleblower* viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Pertanto, fatte salve le eccezioni di cui sopra, l’identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione della

segnalazione sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione. Tale tutela vale anche nei confronti degli organi di vertice dell'Amministrazione.

Il Dirigente che riceva una segnalazione da un proprio Collaboratore, deve informare il RPCT, utilizzando tutte le cautele per mantenere riservata l'identità del segnalante e provvedendo altresì, se del caso e se ne sussiste la competenza, ad attivare il relativo procedimento disciplinare.

La violazione della tutela della riservatezza del segnalante, fatti i casi in cui sia ammessa la rivelazione della sua identità (come sopra evidenziati) è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

L'identità del segnalante può essere rivelata solo nei seguenti casi:

- nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del c.p.p;
- nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

La segnalazione, pertanto, non può essere oggetto né di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti in quanto rientrante nelle ipotesi di esclusione di cui all'articolo 24 comma 1 lett. a) della citata Legge n. 241/1990.

I Sistemi Informativi della Fondazione saranno tenuti a:

- verificare periodicamente che sia garantita l'adeguatezza e l'efficacia degli strumenti informatici apprestati a tutela della riservatezza del segnalante;
- effettuare il monitoraggio periodico del sistema informatico riservato alle segnalazioni, garantendo costantemente sia la sua inviolabilità, sia la salvaguardia delle informazioni in esso contenute.

Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

In particolare, per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al RPCT che, valutata la sussistenza degli elementi, segnala l'ipotesi di discriminazione:

- al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente autore della presunta discriminazione. Il Responsabile della Struttura valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente autore della discriminazione;
- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, che, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- al Responsabile della UOC Avvocatura, Legale e contenzioso, che valuta la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della Fondazione;

– all’Ispettorato della Funzione Pubblica, che valuta la necessità di avviare un’ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente:

– può dare notizia dell’avvenuta discriminazione all’organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell’amministrazione; l’organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione all’Ispettorato della Funzione Pubblica, se la segnalazione non è già stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;

– può dare notizia dell’avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia della Fondazione (C.U.G.); il presidente del C.U.G. deve riferire della situazione di discriminazione all’Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;

– può eventualmente agire in giudizio per la tutela dei propri diritti ed interessi nonché la per il risarcimento dei danni patiti a causa della lamentata discriminazione.

Con L. n. 179/2017 recante “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato” è stato ulteriormente disciplinato l’istituto del *whistleblower*.

Nel corso del 2021 e nel primo quadrimestre del 2022 non sono pervenute al RPCT segnalazioni.

La rotazione straordinaria

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

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

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

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

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

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

Sono, comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previste dai CCNL. Definito anche il momento in cui la P.A., al verificarsi delle fattispecie sopra richiamate, è tenuta ad adottare il provvedimento di valutazione, facendo coincidere tale momento nella richiesta di rinvio a giudizio (articolo 405-406 e segg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari). Al fine, quindi, di potenziare la veicolazione delle informazioni è stata evidenziata anche la necessità di introdurre nei codici di comportamento l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio. Tale misura è stata attuata attraverso la revisione del Codice di comportamento della Fondazione

Trasparenza

Premessa

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

Nella *ratio* del decreto del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., adottato ai sensi dell'art. 1, comma 35 e 36, della Legge n. 190/2012 e recante il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001 debbono adempiere agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa senza ritardo, garantendo la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, nonché l'accessibilità totale, attraverso la pubblicazione anche sul sito istituzionale delle informazioni concernenti i dati analiticamente indicati dalle norme. A tale scopo, ed in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, comma 35, della L. n. 190/2012 in materia di anticorruzione, è previsto che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile la sezione denominata "**Amministrazione Trasparente**".

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

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

Il programma della trasparenza: l'attività del 2021 e gli obiettivi del 2022

Nel corso dell'anno 2021 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati in ossequio all'articolo 43, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013.

Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico -svolto con cadenza quadrimestrale- dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità. Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (cd. R.P.C.T.) ha intrapreso un percorso rivolto alla realizzazione di un *modus operandi* da parte dei Dirigenti di Unità operativa della Fondazione orientato al tempestivo e corretto adempimento degli obblighi di trasparenza di propria competenza.

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

Il monitoraggio svolto nel primo quadrimestre del 2022 ha evidenziato un buon livello di adeguamento delle singole sezioni agli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa.

Solo in alcune "*sotto sezioni*" sono state riscontrate modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati richiesti non sempre uniformi e qualche ritardo nell'aggiornamento dei documenti pubblicati. Tali rilievi sono stati opportunamente segnalati alle UU.OO. competenti ai fini del conseguente adeguamento.

Il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha altresì provveduto a fornire ai Responsabili delle UU.OO. interessate i necessari chiarimenti in materia di trasparenza e obblighi di pubblicità forniti da ANAC attraverso proprie Delibere, Comunicati del Presidente, Linee guida e FAQ.

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

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

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

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

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

Si rammenta inoltre che l'U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali ha predisposto un sistema di rilevazione del numero di accessi alle singole sottosezioni della sezione "*Amministrazione Trasparente*" da parte degli utenti.

La struttura Sistemi Informativi Aziendali fornisce un report sul numero degli accessi al Responsabile

della Trasparenza che ne cura la pubblicazione nella Sottosezione “*Dati di traffico della sezione Amministrazione Trasparente*”.

Nel corso del 2022 proseguirà l’attività di implementazione ed aggiornamento della Sezione sulla falsariga di quanto finora svolto, proseguendo ad assistere le UU.OO. interessate nel corretto assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi di quanto previsto dalla normativa in materia e di quanto chiarito dall’Autorità nazionale Anticorruzione.

Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

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

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

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

– modalità indirette:

✓ le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;

✓ customer satisfaction: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all’interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente (Sotto-sezione di 2° livello “*Servizi in rete*” contenuta nella Sotto-sezione di 1° livello “*Servizi erogati*”).

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

– modalità dirette:

✓ le osservazioni pervenute all’esito della pubblicazione del PTPCT in consultazione.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Organigramma

Il Modello Organizzativo della Fondazione si basa sulle linee guida regionali sul POAS previste con DGR. N. X/5113/2016 e si articola, in sintesi, secondo un modello "dipartimentale", così organizzato:

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

Il **Dipartimento** è definibile come una "articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili". La consistenza minima dei Dipartimenti è di quattro unità operative complesse con l'eccezione di casi particolari che discendono da obblighi di legge. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Fondazione come stabilito dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/1992.

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

- a) individuare gli obiettivi prioritari da perseguire, tra i quali - anche per i Dipartimenti gestionali - acquistano particolare rilevanza quelli relativi all'integrazione con altre strutture e quelli relativi alla "presa in carico" delle persone croniche e fragili;
- b) analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, nonché ad ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;
- c) individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e delle modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;

- d) valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;
- e) ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;
- f) utilizzare in modo razionale e ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per gli assistiti e le apparecchiature;
- g) organizzare l'attività libero professionale;
- h) partecipare alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione, organizzando la didattica;
- i) studiare e applicare sistemi integrati di gestione tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- j) promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

La tipologia dei dipartimenti previsti dalla normativa si suddividono in:

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

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

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

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

Le unità organizzative si distinguono in:

– Unità Organizzative Complesse (UOC) Le UOC sono individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

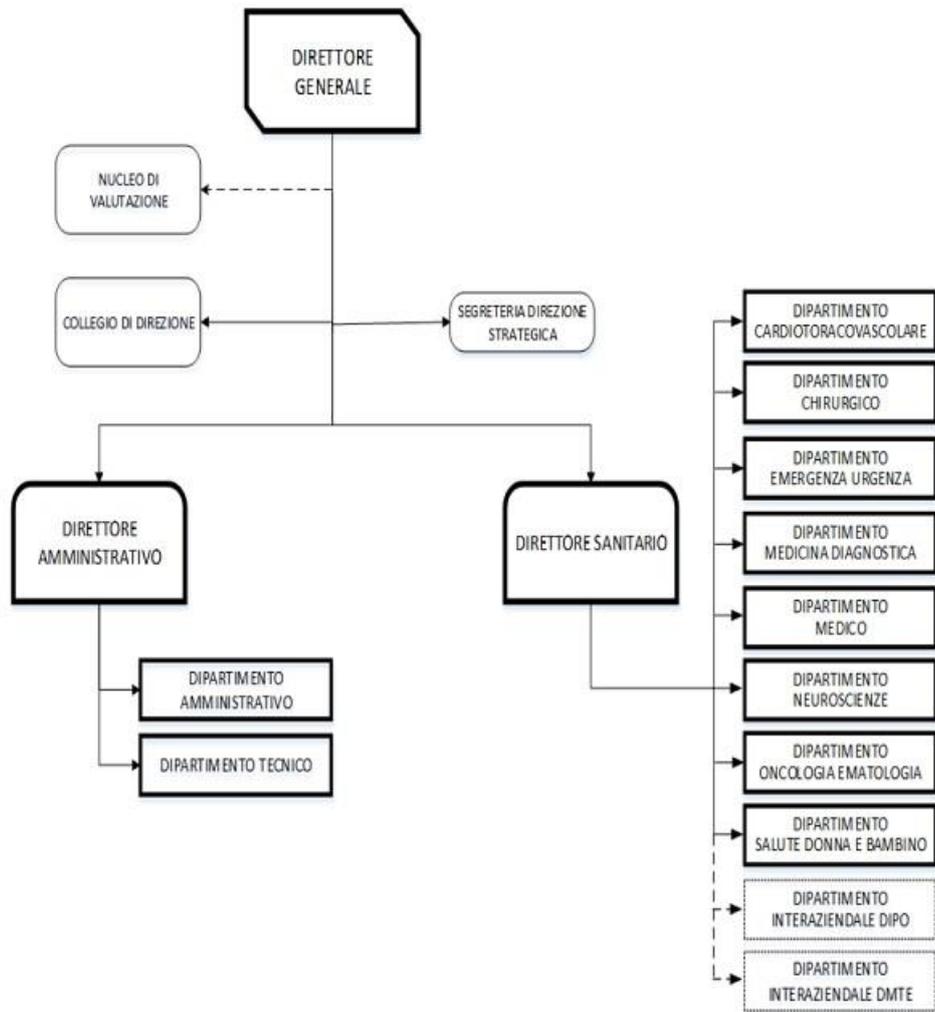
I fattori di complessità individuati sono i seguenti:

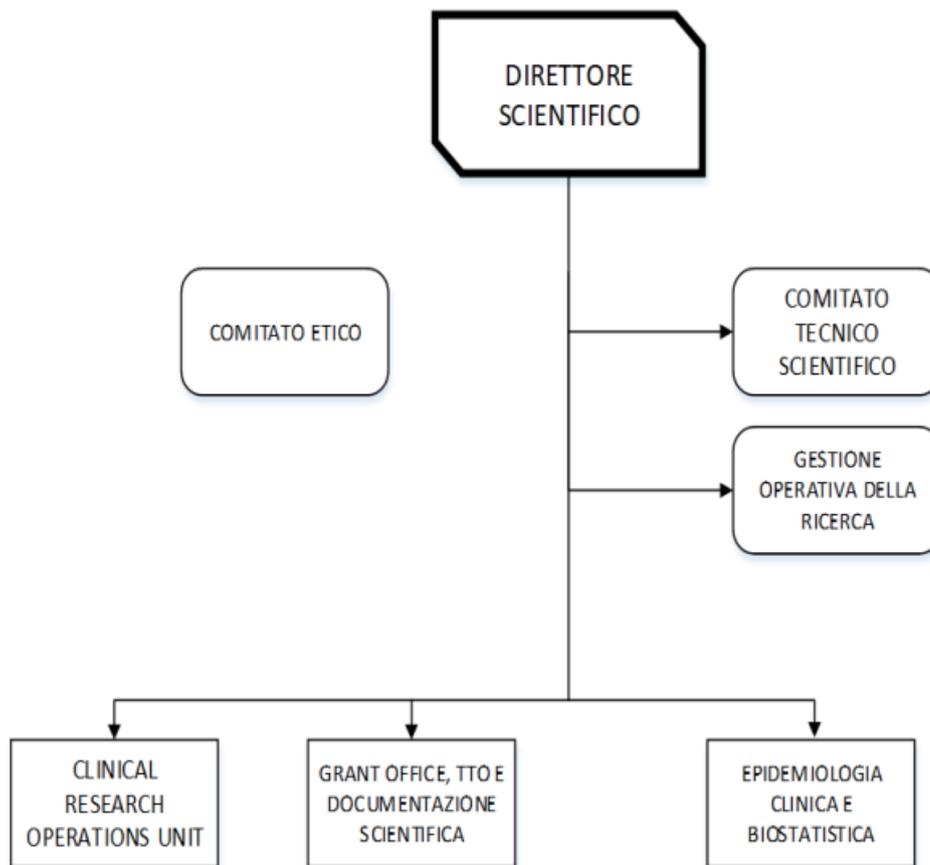
- strategicità rispetto alla mission dell'Ente;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- responsabilità gestionale;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

– **Unità Organizzative Semplici (UOS)** sono strutture con funzioni e responsabilità specifiche assegnate, con atto scritto e motivato, da parte dei livelli sovraordinati, con attribuzione di autonomia in un ambito di relazione gerarchica definita.

– **Unità Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD)** In un'ottica di supporto trasversale vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del dipartimento, al fine di rendere le prestazioni erogate dalle stesse disponibili per tutte le strutture del dipartimento. La UOSD non è di tipo complesso e al suo interno non possono essere costituite altre UOS; inoltre hanno dipendenza gerarchica univoca.

L'organigramma della Fondazione è di seguito riportato:





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

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

Tutte le risorse necessarie al funzionamento dei Dipartimenti sanitari sono assicurate da n. 2 Dipartimenti (Dip. Amministrativo e Dip. Tecnico) afferenti alla Direzione amministrativa e dalle Strutture c.d. "in Staff" al Direttore Generale che guida la Direzione Strategica Aziendale secondo le direttive Nazionali e Regionale per il perseguimento degli obiettivi in precedenza descritti.

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

Inoltre il modello gerarchico per dipartimenti, consente la corretta gestione dei debiti informativi verso gli Enti di controllo regionali (A.T.S., Regione Lombardia) e nazionali (Ministero della Salute;

Ministero Funzione Pubblica; Garante privacy; A.N.A.C.) individuando puntualmente le responsabilità ed i Soggetti in capo ai quali tali obblighi informativi sono richiesti.

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

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

Livelli di responsabilità organizzativa.

A) La Dirigenza

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

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

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

Presso la Fondazione l'attuale disciplina di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali è stata adottata con provvedimento n. 4/D.G./378 del 31/05/2017.

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

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

- **Responsabilità** - Gestione dei processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, implicanti inter-settorialità, interdisciplinarietà ed inter-professionalità, per i quali si richiedono risorse dedicate Specifiche;
- **Personale** - Entità di risorse umane con specifiche competenze gestite nell'ambito della Struttura;
- **Budget** - responsabilità diretta nella gestione di risorse tecniche e/o finanziarie;
- **Valenza Strategica** – Valenza strategica della Struttura rispetto la gestione complessiva e agli obiettivi aziendali, anche in considerazione dell'impatto verso l'esterno o del rispetto delle normative.

– **Tecnologia** - Rilevanza tecnologica e strumentale delle attività espletate.

La Fondazione ha inoltre provveduto ad adeguare la predetta disciplina alle nuove regole dettate dalla successiva entrata in vigore del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza dell'Area Sanità del 19/12/2019 (riferito ai Dirigenti medici, sanitari e delle professioni sanitarie) e del Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza delle Funzioni Locali del 17/12/2020 (riferito ai Dirigenti professionali Tecnici ed amministrativi).

Per quanti attiene alla responsabilità organizzativa, gli incarichi di posizione dirigenziale con responsabilità gestionale, conferibili presso la Fondazione, tenuto conto delle diverse tipologie di unità Operative presenti nel P.O.A.S. vigente della Fondazione sono i seguenti:

- a) incarico di direzione di struttura complessa conferibile, dal Direttore Generale con le procedure previste dalla legislazione nazionale (cfr. *d. lgs n. 50/1992 e s.m.i.; DPR 484 del 10/12/1997*) e regionale (cfr. *DGR n. X/553 del 2/08/2013 [...] Linee di indirizzo recanti i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di U.O.C. a Dirigenti Sanitari [...]*) vigente oltre che del relativo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale;
- b) incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale che è articolazione interna del dipartimento e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- c) incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- d) incarico di direttore di dipartimento di cui al D.Lgs. n. 502/1992 che è conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

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

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

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

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

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

Con riguardo, invece, agli incarichi di posizione dirigenziale di natura professionale, nell’ambito della promozione dello sviluppo professionale mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascun dipendente, la disciplina aziendale ha previsto, sempre nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti, la possibilità di conferire incarichi di tale natura, graduando n. 6 diverse tipologie di incarichi.

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

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

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

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

Fatta eccezione per quanto attiene al conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale di Direttore di Struttura Complessa, che sono soggette alle relative normative nazionali e Regionali succitate e agli incarichi professionali di base conferiti al superamento del periodo di prova, i restanti incarichi sono affidati sulla base delle disposizioni del Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili (cfr. art. 19 del CCNL del 19/12/2019 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Sanità e art. 71 del CCNL del 17/12/2020 con riguardo ai Dirigenti dell'Area Amministrativa Professionale e Tecnica). La procedura di affidamento, sostanzialmente sovrapponibile, avuto riguardo alla disciplina contrattuale è la seguente:

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

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

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

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

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

5. del criterio della rotazione ove applicabile.

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

B) Il Comparto

Con l'entrata in vigore del CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità, la disciplina riferita agli incarichi di coordinamento e di Posizioni Organizzative è confluita in quella degli incarichi di funzione.

In particolar modo l'art. 14 del CCNL ha istituito, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale,

demandando alle singole realtà il compito di definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel CCNL stesso;

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

Successivamente, con provvedimento n. 5/D.G./1238 del 22 dicembre 2020, la Fondazione ha provveduto ad approvare la mappatura degli incarichi di funzione, preso atto che i medesimi si confermano per la Fondazione come un'opportunità per individuare, fra il personale del Comparto Sanità, risorse in grado di svolgere un ruolo organizzativo/gestionale e specialistico e, per il personale stesso, un'occasione di valorizzazione delle competenze nonché di sviluppo professionale.

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

L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione come scaturente dal P.O.A.S. all'epoca vigente, approvato con D.G.R. n. X/6252 del 20/2/2017 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 4/C.d.A./0016 del 14/02/2017.

Gli incarichi di funzione conferibili a personale del Comparto Sanità appartenente all'area Sanitaria e tecnico-sanitaria sono riportati nella seguente tabella di cui [all'Allegato 3](#).

Gli incarichi di funzione conferibili a personale del Comparto Sanità appartenente all'area Amministrativa e Tecnico-amministrativa sono riportati nella seguente tabella di cui [all'Allegato 4](#).

Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione.

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

Da sottolineare inoltre che presso la Fondazione, accanto al personale dipendente, operano Dirigenti medici, Universitari convenzionati, Consulenti convenzionati con altri Enti (I.E. Fondazione

IRCCS C. Mondino) lavoratori interinali e Medici e Sanitari a cui sono assegnati incarichi di natura professionale di natura libero professionale e lavoratori interinali.

Al 31/12/2021, il numero di lavoratori impiegati a vario titolo presso la Fondazione era il seguente:

<i>Desc. Ruolo</i>	<i>Classificazione</i>	<i>Volumi</i>
AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	308
	Ricerca corrente	6
AMMINISTRATIVO Dirigenza	Assistenza	7
	Ricerca corrente	1
PROFESSIONALE Comparto	Assistenza	3
PROFESSIONALE Dirigenza	Assistenza	5
SANITARIO Comparto	Assistenza	1554
	Ricerca corrente	1
SANITARIO Dirigenza Medica	Assistenza	501
	Ricerca corrente	5
SANITARIO Dirigenza non Medica	Assistenza	63
	Ricerca corrente	3
TECNICO Comparto	Assistenza	913
TECNICO Dirigenza	Assistenza	3
Ricerca Piramide	Ricerca Piramide	79
Univ. Conv. Dirigenza Medica	Personale Universitario assistenza	63
	Personale Universitario ricerca	3
Univ. Conv. Dirigenza non Medica	Personale Universitario assistenza	4
LAVORATORI interinali	Assistenza	42
Lavoratori Fondaz. IRCCS C. Mondino	Assistenza	34
	totale complessivo	3598

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

L'Allegato 5 riporta l'assegnazione dei lavoratori a diverso titolo presenti in Fondazione suddiviso per dipartimenti.

Da tale allegato si evince quanto sopra affermato sull'impossibilità di fornire un dato medio sulla consistenza numerica del Personale assegnato alle singole Strutture, neanche associandole per dipartimento per via della presenza in ogni realtà dipartimentale di almeno una Struttura che, svolgendo i propri compiti in maniera trasversale presso tutta la Fondazione, fa sì che il dato medio perda di un significato apprezzabile (UU.OO.CC Direzione Professioni Sanitarie; Farmacia; Provveditorato; prevenzione; Anestesia e Rianimazione).

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

Presso la Fondazione si è ricorso in maniera massiva al lavoro agile, per quelle attività tecnico – amministrative che possono essere svolte in maniera proficua, anche non in presenza, in occasione dell'evento pandemico da SARS-COV19, dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 30/01/2020.

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 21 febbraio 2020, n. 6 e successivi diversi decreti attuativi, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 e delle Ordinanze del Presidente di Regione Lombardia n. 515 del 22 marzo 2020 e n. 517 del 23 marzo 2020, la Fondazione ha provveduto ad individuare i servizi essenziali non differibili ovvero l'attività svolta presso le UU.OO.CC. dell'Area Tecnica, Amministrativa e Professionale per cui si ritenesse strettamente necessaria la presenza in servizio dei dipendenti.

Successivamente, la Fondazione ha emanato alcuni provvedimenti (Determinazione n. 5/D.G./716 del 31 luglio 2020; Determinazione n. 5/D.G./1066 del 30 ottobre 2020; Decreto n. 5/D.G.846 dell'11 agosto 2021; Decreto n. 5/D.G/1115 del 14 ottobre 2021), in conformità all'evoluzione della disciplina legislativa emanata per il contenimento ed il contrasto alla trasmissione del virus da SARS Cov-19 e, con particolare riferimento all'introduzione, a partire dal 2021, del Piano Operativo di Lavoro Agile.

L'ultima disciplina aziendale in materia di lavoro agile è stata introdotta con Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./48 del 27 gennaio 2022 il quale ha stabilito le regole per accedere al lavoro agile

fino al termine dello stato di emergenza dovuto alla presenza del virus SARS-Cov-19, fissata dall'esecutivo al 31 marzo 2022.

La direttiva aziendale adottata con il predetto provvedimento disciplinava:

- le condizioni ed i fattori abilitanti all'accesso al lavoro agile;
- la metodologia di definizione degli obiettivi che il personale che accedeva al lavoro agile doveva perseguire;
- i contributi al miglioramento delle performance aziendali riferiti all'utilizzo dell'istituto del lavoro agile;

In particolare la direttiva in parola disponeva quanto segue:

“Direttiva lavoro agile

A. Principi generali

- 1. La presenza del personale nei luoghi di lavoro è richiesta per tutte le attività non eseguibili in modalità agile, quali: attività clinico sanitarie, di front office, attività in reperibilità e attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili;*
- 2. La modalità di lavoro agile è alternativa al lavoro in presenza e non è consentito, in alcun modo, che il lavoratore sia autorizzato a svolgere la propria attività in modalità da remoto in sostituzione della prestazione non eseguibile in presenza a causa del mancato possesso del green-pass rafforzato;*
- 3. I Direttori di Unità Operativa Complessa o Responsabili, di seguito Responsabili, nell'ambito del loro ruolo propulsivo e delle loro funzioni di indirizzo, direzione, coordinamento e controllo degli uffici cui sono preposti ai fini dell'attuazione delle presente Direttiva, assicurano la continuità dell'azione amministrativa, garantendo le esigenze connesse all'effettiva operatività dell'azione amministrativa, tramite la rimodulazione della flessibilità dell'orario di lavoro (es. articolazione giornaliera e settimanale favorendo la rotazione secondo le modalità di seguito), applicando il lavoro agile attraverso soluzioni digitali e non in presenza;*
- 4. I Responsabili, considerate le caratteristiche delle attività da svolgersi nelle proprie strutture e le prescrizioni in materia di tutela della salute, come adottate nel documento di valutazione rischi di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, individuano le attività da svolgere con modalità agile tenendo conto dei criteri più avanti elencati;*
- 5. I Responsabili, nell'ambito delle valutazioni di cui sopra, dovranno privilegiare l'esclusione dalla modalità in lavoro agile di quelle attività per le quali si ritenga indispensabile l'utilizzo di strumentazione non remotizzabile o attività da svolgersi necessariamente in presenza, a prescindere dall'indifferibilità delle stesse;*
- 6. Il ricorso al lavoro agile di cui alla presente direttiva ha durata fino al 31/03/2022, fatte salve eventuali deroghe per sopravvenute esigenze del lavoratore o, prioritariamente, della Fondazione o ancora per intervenuta normativa statale o regionale;*
- 7. Il dipendente autorizzato allo svolgimento dell'attività in lavoro agile deve rendersi disponibile telefonicamente o con altri mezzi telematici alla partecipazione delle attività svolte nell'ambito della Fondazione e rendersi reperibile nell'arco della durata della prestazione giornaliera e, comunque, deve comunicare eventuali ragioni motivate e documentate che lo costringono ad allontanarsi dalla propria sede lavorativa esterna;*
- 8. Eventuali brevi periodi di sospensione dovuti all'interruzione del circuito telematico o ad altri guasti della strumentazione non imputabili al lavoratore, saranno considerati utili ai fini del completamento dell'orario di lavoro, purché il lavoratore si renda telefonicamente reperibile;*
- 9. Il mancato rispetto dei precedenti punti 7 e 8, dovrà essere considerato ai fini disciplinari;*

10. *Nel caso in cui dovesse sopravvenire un impedimento personale o familiare che non consente di svolgere l'attività in lavoro agile, il dipendente - già autorizzato per tale modalità - dovrà far pervenire la richiesta di giustificativo dell'assenza utilizzando gli istituti contrattuali previsti;*
11. *La prestazione giornaliera svolta in lavoro agile è rilevata quale presenza in servizio del dipendente in relazione alla durata della giornata lavorativa, secondo l'orario contrattualmente stabilito dal CCNL di riferimento;*
12. *Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro in modalità agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive, né permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzione di orario;*
13. *La prestazione di lavoro in modalità agile verrà svolta per intere singole giornate; non è ammessa la frazionabilità in ore;*
14. *Non è configurabile la corresponsione del buono pasto né il riconoscimento dell'indennità sostitutiva della mensa;*
15. *La sede di lavoro dovrà essere idonea al pieno esercizio dell'attività lavorativa, secondo i criteri di sicurezza dell'integrità fisica del lavoratore, all'uso delle strumentazioni telematiche, anche a garanzia di massima riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni, secondo i parametri di sicurezza sul lavoro indicati da INAIL. Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa; il lavoratore è, inoltre, tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali. Nell'esecuzione dell'attività di lavorativa in agile, il dipendente è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi della disciplina vigente;*
16. *La prestazione lavorativa è consentita tramite l'uso di strumenti informatici nella disponibilità del dipendente, qualora non siano forniti dalla Fondazione stessa; in tale caso non opera l'art. 18, comma 2, L. n. 81/2017 ovvero in merito alla responsabilità del datore di lavoro relativamente alla sicurezza ed al buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati.*

B. Modalità

1. *I Responsabili, nel predisporre il piano di rotazione, assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo. I Responsabili assicurano lo svolgimento dell'attività in modalità agile, accogliendo principalmente le richieste pervenute da:*
 - *Dipendenti in quarantena in quanto contatti stretti di positivo per la durata della quarantena;*
 - *Dipendenti genitori di figli minori fino a 14 anni compiuti in caso di chiusura della scuola/classe per motivi dovuti alla pandemia;*
 - *Dipendenti in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologia oncologica o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, compresi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, della L. 104/1992) e ciò fino al 28 febbraio 2022 (articolo 26, comma 2-bis, del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 e dal D.L. 24 dicembre 2021 n. 221), affetti da patologie da individuarsi con apposito Decreto del Ministero della Salute;*
2. *I Responsabili, per assicurare l'adempimento di quanto sopra, per ciascun dipendente che accede alla modalità in parola, avranno cura di predisporre una puntuale rendicontazione mensile, da mantenere agli atti della propria struttura e rendere disponibile su richiesta della Direzione,*

relativa alle attività svolte e al raggiungimento degli obiettivi dei dipendenti afferenti alla propria struttura indicando:

- gli obiettivi specifici affidati al lavoratore, anche al fine dell'esercizio del potere di controllo dei risultati attesi e il numero di dipendenti di cui si prevede il coinvolgimento*
 - le attività interessate;*
 - i tempi e le modalità di realizzazione;*
 - i criteri di verifica;*
 - le modifiche organizzative, ove necessarie;*
 - le tecnologie utilizzate;*
 - i risultati raggiunti;*
- 3. Nella valutazione relativa alla compatibilità dell'accesso al lavoro agile, i responsabili favoriscono la conciliazione dei tempi vita-lavoro dei dipendenti, tenendo conto, rispetto al rischio di esposizione a contagio, eventuali condizioni peculiari di disagio e di fragilità del personale interessato ovvero della presenza di patologie preesistenti e di quanto previsto relativamente alle condizioni personali o familiari e a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione (misure a sostegno dei genitori in caso di didattica a distanza, malattia o quarantena dei figli).*
- 4. La periodicità dell'accesso al lavoro agile è stabilito dal responsabile favorendo la rotazione del personale tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, tenendo, comunque, conto delle prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale nonché adeguando la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei protocolli di sicurezza e nei documenti di valutazione dei rischi.*
- 5. Il Responsabile avrà cura di adottare soluzioni organizzative tali da non consentire al lavoratore in modalità agile la continuità dell'assenza con altri istituti contrattuali (ferie, festività, congedi, L. 104, etc.);*
- 6. Le giornate di lavoro agile sono programmate con congruo preavviso dal Responsabile in base all'esigenze funzionali e organizzative dell'attività da svolgere, garantendo il rientro in presenza di almeno tre giorni su base settimanale, tramite il modello di programmazione qui allegato;*
- 7. Tale modello dovrà essere inviato all'UOC Sviluppo e Gestione Risorse Umane [...].*
- 8. [...]."*

Al termine del periodo di efficacia della predetta direttiva (31/03/2022), è stato comunicato a tutto il personale della Fondazione che, essendo terminato lo stato di emergenza ed in assenza di proroghe disposte dal recente D.L. n. 24/2022, dal 01/04/2022 è stato ristabilito il lavoro in presenza, nelle more della regolamentazione del lavoro agile, anche alla luce delle prossime disposizioni che saranno dettate dai rinnovi dei CCNL di categoria.

3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà

assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, Regione Lombardia ha provveduto, con D.G.R. n. XI/5658 del 30/11/2021 ha provveduto ad individuare i criteri e le procedure per la redazione dei Piani triennali di fabbisogno del personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e, in particolare:

- sono stati approvati i criteri per la redazione dei piani triennali di fabbisogno per il riennio 2021–2023 di cui all'Allegato A della DGR stessa;
- è stato approvato il format del PTFP di cui all'Allegato B, della DGR stessa;
- è stato richiesto a questa Fondazione di trasmettere alla DG Welfare entro il 28/12/2021 il Piano Triennale dei Fabbisogni 2021-2023, adottato dalla medesima, per le opportune verifiche e la successiva approvazione;

Sulla base della disciplina nazionale e dalle disposizioni regionali, la Fondazione, con deliberazione n. 5/CDA/148 del 27/12/2021 ha adottato il Piano Triennale Dei Fabbisogni Di Personale Triennio per il triennio 2021 – 2023, successivamente trasmesso a Regione Lombardia attraverso il portale di governo regionale.

La situazione assunzionale della Fondazione, al 31/12/2021, è rappresentata **nell'Allegato 6**.

Il contenuto del Piano triennale dei fabbisogni di personale della Fondazione ha il seguente contenuto:

"Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (di seguito PTFP) della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (di seguito Fondazione), in base all'art.6 del D. Lgs. 165/2001, è stato determinato, al fine di accrescere l'efficienza della Fondazione parimenti a quella dei corrispondenti Policlinici e Ospedali di riferimento, in base alle mutate esigenze di:

- *contesto normativo e linee guida regionali;*
- *modifiche organizzative e funzionali (come ad esempio riorganizzazioni delle attività come da obiettivi regionali, potenziamento dell'offerta di prestazioni, etc.);*
- *applicazione delle strategie clinico-assistenziali.*

Il PTFP 2021 – 2023 è stato, quindi, predisposto in base ai Criteri e Indicazioni Operative fornite dalla DGR XI/5658 del 30/11/2021 "Piani dei Fabbisogni di Personale Triennio 2021 - 2023 Delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS di Diritto Pubblico e AREU", consapevoli che lo stesso sarà oggetto di adeguamento a seguito dell'implementazione della riforma regionale di cui alla Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021 che rivedrà l'organizzazione degli enti.

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

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

Il PTFP è suddiviso per anno, nel rispetto dei criteri regionali, sia per la Dotazione Organica (DO), in teste, sia per il budget annuale e rappresenta la parte di fabbisogno relativa al personale dipendente (assistenza e ricerca), universitario convenzionato e c.d. atipico (interinali e libero professionisti) (espresso esclusivamente in FTE – Full Time Equivalent) così come di seguito riportato:

- **FTE e DO 2021:** *comprendente le assunzioni effettuate nel corso dell'anno solare e nei limitidi*

costo autorizzato e/o riconosciuto da Regione Lombardia, è, pertanto, coerente con la reale situazione dell'anno 2021, che risulta inferiore ai dati 2021 inseriti nel PTFP 2020-2022.

– **FTE e DO 2022:** comprende la programmazione e la pianificazione delle assunzioni da effettuare in base al fabbisogno di personale necessario per perseguire obiettivi di performance dei servizi ai cittadini e agli utenti della Fondazione, e sono in linea con i valori riportati nell'anno 2022 del PTFP 2020-2022 approvato. In ogni caso, FTE e DO saranno commisurati nel rispetto della programmazione di un Piano Assunzioni della Fondazione derivante

– **a)** dalla pianificazione delle assunzioni in base al turn over

– **b)** dai costi previsti dal budget annuale assegnato, nonché da eventuali risorse aggiuntive derivanti dalla programmazione regionale riguardanti economie e/o ulteriori risorse legate alla normativa del c.d. "Decreto Calabria". Il Piano Assunzioni della Fondazione, oltre a indicare la consistenza della dotazione organica, sarà rimodulato in base ai fabbisogni programmati e secondo il vincolo del budget annuale e ai valori di costo che potranno essere definiti in sede di eventuale assestamento di approvazione del piano e/o di bilancio.

– **FTE e DO 2023:** sono in linea con il 2022.

Il PTFP 2020-2022, secondo le indicazioni regionali, è articolato, sia per il FTE che per i costi, nelle seguenti sezioni:

a) "**ordinaria**" finalizzata alla programmazione dell'attività ordinaria dell'assistenza con il personale dipendente, universitario convenzionato e c.d. atipico (interinali e libero professionisti);

b) "**covid**" legata ai reclutamenti straordinari realizzati per fronteggiare l'emergenza pandemica;

c) "**ricerca**" che include il personale "piramidato" e il personale dipendente finanziato con la ricerca corrente.

La DO 2022, così come previsto dalla DGR XI/5658 del 30/11/2021, è stata determinata in base ai seguenti criteri:

– nella sezione **ORDINARIA** del Piano, in considerazione della riforma regionale approvata che ha rivisto l'organizzazione degli enti la dotazione organica è cautelativamente in linea con i valori riportati nell'anno 2022 del precedente PTFP 2020-2022 approvato, comprensivo del completamento delle assunzioni legate alle risorse aggiuntive statali e regionali (*personale aggiuntivo per terapie intensive*);

– nella sezione **COVID** del Piano, il costo e il fabbisogno di personale, è stimato sulla base delle proroghe e finanziamenti in corso di approvazione nella manovra di bilancio per l'anno finanziario 2022, e comunque non superiori ai valori 2021 presenti nel PTFP 2021-2023 stesso.

– nella sezione **RICERCA** del Piano sono stati confermati i valori del precedente PTFP 2020-2022 approvato

Il Piano Assunzioni 2022 della Fondazione prevedrà il reclutamento nel limite del budget dei costi autorizzati nel PTFP, ed eventualmente quelli che saranno autorizzati in sede di assestamento con decreti successivi; a tali limiti è stata riferita il computo della dotazione organica applicando il passaggio dal numero di teste al numero di FTE (full time equivalent) prevedendo delle assunzioni scaZIONATE nei mesi finali del 2022 per recuperi turn over e nuove attività in atto. Il limite del budget, fatto salvo nuove assegnazioni, sarà rispettato nel piano assunzioni attraverso il numero FTE (ad es. posticipando le entrate in servizio) e/o la riorganizzazione del turn-over 2022 applicando così le scelte strategiche della Fondazione in modo da garantire il "consolidamento" del numero di teste della DO 2022. [...]"

Tale piano è rappresentabile, per quanto attiene alla Dotazione organica con la seguente tabella:

DOTAZIONE ORGANICA 2022		R U O L O	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui ADI (DL 34 art.1)	di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	di cui RICERCA
1	DIRIGENZA MEDICA	S	589	-	-	14	5
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	68	-	-	-	3
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	2	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	6	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	3	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	10	-	-	-	1
TOTALE DIRIGENZA			678	-	-	14	9
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.311	-	-	42	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	228	-	-	-	1
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	5	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	26	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	3	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	435	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	492	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	2	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	3	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	330	-	-	-	6
	PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	101	-	-	-	101
TOTALE COMPARTO			2.936	-	-	42	108
TOTALE COMPLESSIVO			3.614	-	-	56	117

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

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

Oltre che attraverso l'espletamento dei concorsi pubblici, che rimane comunque il metodo più utilizzato, la Fondazione, per realizzare le assunzioni programmate, sempre nel rispetto della disciplina vigente, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio

diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. “mobilità fra Enti pubblici” ex art. 30 del D. lgs n. 165/2001 e s.m.i.9 e c.d. “stabilizzazione” ex art. 20 del D. lgs n. 75/2017 e s.m.i.).

Formazione e sviluppo

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

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

- a. Analisi dei bisogni formativi, analisi delle risorse e dei vincoli. Definizione degli obiettivi;
- b. Macro Progettazione, Elaborazione. Riesame, Verifica e Validazione.

Gli obiettivi prendono in considerazione:

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

I macro-obiettivi del PFA 2022 sono legati:

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

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

Ogni processo formativo genera elementi in uscita che costituiscono input per il processo successivo dando così evidenza di ciclicità. Il momento della valutazione e della ricaduta formativa sulla organizzazione è la ovvia conclusione della sequenza di un processo che, partito dalla rilevazione ed

analisi dei fabbisogni, si conclude fisiologicamente con la valutazione che rappresenta, contemporaneamente, il punto di partenza per la nuova fase di rilevazione e analisi dei bisogni. Nel suo complesso, quindi, la fase di valutazione della formazione è stata distinta in tre momenti fondamentali:

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

Piano Azioni positive - 2022-2024

Premessa

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

E' previsto dall'art. 48 del D.Lgs n. 198/2006 e mira a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità su lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

E' un documento obbligatorio per tutte le Pubbliche Amministrazioni; ha durata triennale e il mancato rispetto di tale obbligo è sanzionato con l'impossibilità per le P.A. di assumere nuovo personale.

Le Azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

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

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

Il citato art. 21, lettera c) che ha sostituito l'art. 57 del D.lgs 165/2001, ha previsto la costituzione all'interno di ogni Pubblica Amministrazione, del *"Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"* che, sostituisce, unificandoli in un solo organismo, i "Comitati per le Pari Opportunità" ed i "Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing", costituiti in applicazione della Contrattazione Collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai Contratti Collettivi relativi al personale della Amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

I compiti le funzioni di Comitati Unici di Garanzia (CUG) sono poi stati disciplinati, nel dettaglio, dalle Linee Guida emanate dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011.

La Fondazione si è inoltre dotata del "Codice etico – comportamentale", di cui sopra, approvato a

fine 2013 e aggiornato con provvedimento n. 4/C.d.A./0038 del 28 maggio 2018, il quale prevede l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dei lavoratori del San Matteo nei confronti dei suoi "portatori di interesse". Indica inoltre norme di correttezza, trasparenza e buona amministrazione a cui si deve uniformare il comportamento di dipendenti ed amministratori della Fondazione.

Parte I

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

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

Analisi delle risorse umane della Fondazione

Dalla Relazione del C.U.G. 2021 emerge che presso la Fondazione la posizione delle donne ed il rispetto delle pari opportunità sia ben tutelato nel pieno rispetto dei principi ordinamentali Italiani e dell'unione Europea, che riconoscono il diritto di Uguaglianza tra Uomini e Donne e il dovere di contrastare qualsiasi forma di discriminazione negli ambiti lavorativi, come valori fondanti dei due Ordinamenti.

Se si analizza nel dettaglio la "*Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento*" (tabella di cui infra), emerge in modo evidente che il numero di dipendenti di genere femminile (2444-70,68%), è notevolmente superiore rispetto ai dipendenti di genere maschile (1014 - 29,32%). Tuttavia, se questo dato, di per sé non risulta particolarmente indicativo, in quanto all'interno della composizione del personale rientrano profili professionali, quali quello di infermiere/ostetriche che, storicamente, sono stati oggetto di scelte da parte di donne più che di uomini, il dato risulta indubbiamente interessante, se ci si sofferma sul profilo di Dirigente Medico nel quale emerge una preponderanza di figure professionali di genere femminile. Il dato relativo alla dirigenza medica risulta ancora più rilevante se si osserva la ripartizione per età di tali figure in servizio; risulta infatti che la presenza di genere femminile è maggiormente rappresentata nelle fasce di età più giovani (da 31 a 40 anni e da 41 a 50 anni) a dimostrazione che vi è una correlazione diretta fra le nuove assunzioni, generalmente giovani e l'attuale popolazione dipendente nel profilo, che rileva come, statisticamente, il numero di professionisti medici assunti sia sempre più composto da donne. Questi dati dimostrano, in modo incontrovertibile, l'assenza di discriminazione (uomo donna) da parte dell'Amministrazione.

Classi età Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60
Dir. T. Determ.						1	1	2	3	
Dir. T. Indeterm.			2	3	3		3	11	18	21
Dir. S.C. T. Ind.		2		5	1				4	1
Dir. S.S. T. Ind.				1						
Direttori Non Sanitari				2	1					
Quadri DS		1	3	5	1	1	13	15	11	
Impiegati B				10	2			4	45	8
Impiegati Bs	1	4	4	4	1	2	13	18	20	6
Impiegati c		5	24	39	7	1	3	32	51	4
Impiegati D	6	35	18	21	10	23	82	81	80	14
Operai B	2		15	60	8		1	27	133	26
Operai Bs	8	32	72	78	6	14	41	113	174	35
SSN Med. T. Det.	1	9	3			2	14		1	
SSN Med. T. Ind.		53	49	54	41		76	102	55	25
SSN Med. SC T. Ind.			5	3	3			1		3
SSN Med. SS T. Ind.			4	8	11			1	7	4
Infermieri C				3	1				14	8
Infermieri D	70	74	84	63	6	159	213	276	274	24
Infermieri DS			2	5					27	2
Ausiliari A									2	
Convenzioni D							2	2		
Totale personale	90	212	265	353	94	208	466	675	917	178
% sul personale complessivo	2,60	6,13	7,66	10,20	2,71	6,01	13,47	19,51	26,51	5,14

Ad oggi gli incarichi di Direzione di Unità Operativa Complessa (U.O.C.) e di Unità Operativa Semplice (U.O.S.) sono ancora a favore del genere maschile.

Per quanto riguarda gli incarichi apicali negli altri profili dirigenziali la differenza tra i due generi si riduce notevolmente: su 13 UOC, 5 sono ricoperte da professioniste di genere femminile. Inoltre, tra i Direttori di Dipartimento vi è una figura di genere femminile.

Si rileva altresì che il numero di donne con Incarichi di Responsabilità organizzativa risulta essere tre volte superiore rispetto a quello degli uomini con lo stesso tipo di posizione e responsabilità, come da Tabella che segue:

Tipo Posizione di responsabilità	UOMINI							DONNE						
	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	Tot	%
Indennità di Funzione (Pos. Org.)			3	2		5	25,00		2	5	11	2	20	28,99
Indennità di Coordinamento			2	12	1	15	75		2	6	39	2	49	71,01
Totale			5	14	1	20	22,47		4	11	50	4	69	77,53

Ulteriore elemento che evidenzia l'assenza di discriminazione si ritrova nella Tabella di cui infra

riferita all'- Anzianità nei profili e livelli non dirigenziali, ripartite per età e per genere nella quale si evidenzia una permanenza nel profilo pressoché sovrapponibile fra le figure professionali di genere maschile e di genere femminile, con una differenza che va da circa 1 punto percentuale e 5,5, a favore di una minor permanenza del personale femminile nel medesimo livello (prevalentemente nel livello inferiore a 3 anni ed in quello tra 3 e 5 anni), indice di una progressione di carriera più celere.

Classi età	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Inferiore a 3 anni	80	63	39	22	4	212	27,60	182	156	84	37	2	465	21,96
Tra 3 e 5 anni	5	32	14	7	3	61	7,94	22	75	24	15	2	138	6,57
Tra 5 e 10 anni		17	20	13		50	6,51	1	50	57	32	4	144	6,86
Superiore a 10 anni		36	132	243	34	445	57,94		91	394	751	120	1356	64,60
Totale	89	148	205	285	41	768		205	372	559	835	128	2099	
Totale %	3,10	5,16	7,15	9,94	1,43		26,79	7,15	12,97	19,49	29,12	4,46		73,21

Considerazioni analoghe a quelle esposte nei paragrafi precedenti si possono desumere dai dati sul "Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio" – di cui alla Tabella seguente- dalla quale si evince, che è numericamente superiore il numero di professionisti di genere femminile in possesso di un titolo di studio superiore (Laurea, Specializzazione Post Laurea e Dottorato) rispetto al numero di unità di genere maschile con analogo titolo di studio.

Titolo di Studio	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Laurea Breve							0,00					1	1	0,29
Laurea		2		8	4	14	5,76		1	1	14	20	36	10,43
Specializzazione Post Laurea	1	62	60	58	48	229	94,24	3	93	115	68	29	308	89,28
Totale	1	64	60	66	52	243		3	94	116	82	50	345	
Totale %	0,17	10,88	10,20	11,22	8,84		41,33	0,51	15,98	19,72	13,94	8,50		58,67

Parte II:

Descrizione degli Obiettivi 2022-2024

Gli obiettivi generali del Piano delle Azioni Positive sono:

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

– promuovere e realizzare iniziative mirate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare. A parte le azioni già intraprese a livello aziendale in conformità alle proposte del CUG e dettagliatamente descritte nella relazione annuale di tale organismo, già inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica il 30/03/2022 a cui, per competenza, si rimanda, si descrivono di seguito alcune azioni che a livello “embrionale” sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2022-2024.

AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare

Obiettivo

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

Azioni

Possibilità di accedere allo Smart Working e relativa gestione dei contratti in conformità alla disciplina vigente e alle Direttive ministeriali.

Procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali.

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

Unità Operative Coinvolte

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

Periodo di realizzazione

Triennio 2022– 2024

AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione

Obiettivo

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

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

Azioni

– programmazione di eventi formativi aventi ad oggetto il CUG e il benessere organizzativo anche attraverso il confronto con altre realtà ospedaliere lombarde;

– organizzazione di corsi residenziali e *on line* per la formazione professionale specifica e l’aggiornamento dei lavoratori dell’area amministrativa; in particolare sulle seguenti tematiche: sicurezza nei luoghi di lavoro, D. Lgs. 81/2008, privacy, anticorruzione, codice degli appalti, flussi e certificazione ISO, novità legislative, competenze informatiche di base e avanzate, competenze linguistiche, tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti, stress e lavoro correlato, accoglienza del paziente straniero;

– programmazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario del comparto finalizzati alla crescita professionale in generale e in specifiche materie mirati al raggiungimento di standard assistenziali sempre più specializzati e di eccellenza. Attraverso il Piano di Formazione Aziendale, che prevede l’erogazione di circa 500 eventi formativi all’anno, viene garantita un’offerta formativa

interna pari ad almeno 25 crediti ECM per settore specialistico, per ciascun professionista sanitario;

- miglioramento della comunicazione interna attraverso la pagina Web aziendale (diffusione di tutte le informazioni inerenti convegni e congressi e attività formative organizzate a livello aziendale).

Unità Operative Coinvolte

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

Periodo di realizzazione

Triennio 2022 – 2024

AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo

Obiettivo

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

Azioni

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

Unità Operative Coinvolte

Direzione Strategica, U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie, U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Sviluppo e Gestione Risorse Umane; U.O.C. Servizio Protezione e

Prevenzione, U.O.C Sistemi Informativi Aziendali; U.O.C. Affari Generali.

Periodo di realizzazione

Triennio 2022– 2024

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

Obiettivo

- promuovere e favorire la cultura di genere, i principi di non discriminazione e insieme di attenzione alle differenze;
- realizzazione corsi sulla "Gestione dei conflitti all'interno dell'equipe multidisciplinare";
- servizi di supporto per l'interazione con l'utenza straniera a livello di interpretariato e mediazione linguistica/culturale e attivazione dell'International Office (previa verifica fattibilità).

Unità Operative Coinvolte

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

Periodo di realizzazione

Triennio 2022– 2024

SEZIONE 4. - MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Comitato di
 2. Performance – Direttore U.O.C. Controllo Direzionale;
 3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
 4. Lavoro Agile – Direttore UOC Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane;
 5. Piano Triennale dei Fabbisogni – Direttore UOC Sviluppo e Gestione delle Risorse Umane;
 6. Piano delle Azioni Positive - Responsabile dell'UPT;
- avverrà con gli strumenti e le modalità descritti in ciascuna sezione, cui si rinvia.

ALLEGATO 1

TABELLA N. 1 – OBIETTIVI DI PERFORMANCE STRATEGICI

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficienza	Piano di contrasto Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 per le somministrazioni nei centri vaccinali; Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi	Direzione Strategica, U.O. Direzione Medica Presidio, Direzione delle Professioni Sanitarie, Tecnico Patrimoniale, Sviluppo e Gestione Risorse Umane, Qualità e Risk Management, Servizi Accoglienza e Libera Professione, Affari Generali e Istituzionali, Gestione Acquisti e Servizi, Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2022	% raggiungimento target previsti
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DG Welfare	-U.O.Tecnico Patrimoniale; Direzione Medica di Presidio; Ingegneria Clinica;	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2022-2023	Stato avanzamento progettazione

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-Gestione Acquisti e Servizi -Sistemi Informativi, Prevenzione e Protezione			
Efficienza	Piano di ripresa 2022 e programmi di screening, successivamente e ridenominato Piano per le liste di attesa 2022	<p>Predisposizione del Piano Abbattimento liste di attesa 2022 secondo le indicazioni regionali (DGR n. 6002 del 21/02/2022), finalizzato al raggiungimento degli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trimestre 2022 → almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area dei ricoveri chirurgici programmati; - trimestre 2022 → almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area specialistica ambulatoriale; <p>(decorrenza obiettivo 1° aprile 2022, con valutazioni trimestrali)</p>	<p>Direzione Medica Presidio/ Direzione delle Professioni Sanitarie</p>	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2022	Rispetto del cronoprogramma/ monitoraggio delle attività UUOO

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici oncologici e non oncologici	Rispetto del tempo massimo di attesa previsto in DGR n. 5832 del 29/12/2022: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	-UOC Direzione Medica Presidio	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2022	Monitoraggio errori di gestione delle liste di attesa, correzione degli errori. Modifica dei processi di gestione delle liste di attesa.
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	-UU.OO. specifiche in base alla tipologia di investimento	Pazienti, comunità in generale, operatori sanitari e dipendenti	Anno 2022	Stato avanzamento progettazione e/o realizzazione/target
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla DG Welfare (in merito alla % di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi)	-UOC Direzione Medica Presidio -UOSD Donazione organi e tessuti	Pazienti che necessitano di trapianto organi/tessuti	Anno 2022	% raggiungimento target previsti
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Tempi di pagamento	Allineamento dei tempi di pagamento alle tempistiche previste dalla normativa vigente	-UOC Economico Finanziario -UOC Gestione Acquisti e Servizi	Aziende fornitrici e liberi professionisti	Anno 2022	% raggiungimento target previsti

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-UU.OO. coinvolte nel processo di liquidazione			
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	-UOC Affari Generali e Istituzionali (Resp. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza) -UOS Comunicazione e URP -UOC Qualità e Risk Management	Comunità in generale	Anno 2022	Adempimento obblighi di pubblicazione
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Sperimentazione e liste di Presa in Carico della prenotazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	Avvio del progetto di Presa in Carico della prenotazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (DGR n.5747 del 21/12/2021)	-UOC Direzione Medica Presidio -UOSD Servizi Accoglienza e Libera Professione	Pazienti con necessità di prestazioni sanitarie ambulatoriali	Anno 2022	% prenotazioni gestite nei tempi previsti
Efficienza	Valorizzazione attività di ricovero	Mantenimento/Incremento	-UOC erogatrici attività sanitarie -UOC Direzione Medica Presidio -UOC Sistemi Informativi -UOC Controllo Direzionale	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2022	Valore DRG Lombardi – Valore DRG fuori Regione

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficienza	Valorizzazione attività ambulatoriale	Mantenimento	-UOC erogatrici attività sanitarie -UOC Direzione Medica Presidio -UOC Sistemi Informativi -UOC Controllo Direzionale	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2022	Valore prestazioni MAC/BIC - Valore attività ambulatoriale
Efficienza	Monitoraggio indicatori di performance dell'attività di degenza	Mantenimento/Miglioramento	-UOC erogatrici attività sanitarie -UOC Direzione Medica Presidio -UOC Sistemi Informativi -UOC Controllo Direzionale	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2022	Indicatori specifici per struttura
Efficienza	Costo materiale sanitario	Rispetto delle indicazioni regionali	-UOC erogatrici attività sanitarie -UOC Direzione Medica Presidio -UOC Gestione Acquisti e Servizi -UOC Farmacia Ospedaliera -UOC Sistemi Informativi -UOC Controllo Direzionale	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2022	Costo farmaci ospedalieri - Costo DM

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Efficienza	Farmaci File F	Mantenimento	-UOC Farmacia Ospedaliera -UOC Sistemi Informativi -UOC Controllo Direzionale	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2022	Costo farmaci File F
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Applicazione POAS	100% Attivazione di tutte le strutture previste dal POAS in modo da applicare in modo completo il nuovo modello organizzativo e gestionale	-Direzione Strategica Aziendale; -Dipartimenti aziendali; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Sviluppo e Gestione Risorse Umane -UOC Provveditorato – Economato -UOC Sistemi informativi aziendali	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti.	Anno 2022-2023	% azioni attuate/programmate (Attivazione strutture)
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Adeguamenti strutturali e logistici finalizzati alla razionalizzazione e del Policlinico ad integrazione del nuovo DEA	100% Adeguamenti strutturali e logistici previsti da cronoprogramma	-Direzione Strategica Az.le -UOC Tecnico Patrimoniale -UOC Ingegneria Clinica -UOC Direzione medica Presidio -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie	-Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.	Anno 2022	% azioni attuate/programmate

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-Aziende collegate alla realizzazione strutturale			
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma di implementazione	-UOC Sistemi Informativi; -UU.OO. specifiche in base agli applicativi oggetto di intervento migliorativo; -Ditte fornitrici applicativi.	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Enti ed associazioni.	Anno 2022	% azioni attuate/programmate

TABELLA N. 2 – OBIETTIVI DI PERFORMANCE OPERATIVI

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento UOC Oncologia reparto di degenza e attività DH dal DEA al piano Padiglione 29	Miglioramento strutturale ed organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> - La razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza con accorpamento attività di degenza e ambulatoriale della UOC Oncologia con miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti; miglioramento del percorso trapianti grazie alla disponibilità di camere singole dotate di filtro; - Ripresa dell'attività chirurgica DEA grazie all'ampliamento del numero di posti letto a disposizione delle UU.OO.CC. Chirurgia Generale 1, Chirurgia Generale 2 e Chirurgia Vascolare. 	-UOC Tecnico Patrimoniale; Direzione Medica di Presidio; Direzione delle Professioni Sanitarie, Ingegneria Clinica; Provveditorato – Economato, Sistemi informativi aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti che necessitano di diagnosi e cura in ambito oncologico	Anno 2022	Avvenuto trasferimento entro il 2022
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia	Nell'ambito del riordino e la riclassificazione delle terapie intensive e sub-intensive, ottenimento dell'accREDITAMENTO di ulteriori posti letto dedicati rispetto a quelli già accREDITATI.	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio;	-Pazienti necessitanti cure in rianimazione	Anno 2020-2023	Rispetto cronoprogramma

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020		-UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Sistemi informativi aziendali.	o terapia sub-intensiva.		
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e BLS3) presso terzo piano Pad	Realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel trattamento del ricovero prolungato di Pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica. In particolare si intende creare delle unità ad alto isolamento infettivologico per fornire assistenza medica ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Ingegneria Clinica;	-Pazienti affetti da patologie altamente contagiose; -Operatori sanitari; -Comunità in generale	Anno 2020-2023	Rispetto cronoprogramma lavori sulla base del progetto redatto da ENI spa.

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della UOC Malattie Infettive	ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo.	-UOC Sistemi informativi aziendali -UOC Provveditorato – Economato -UOC Prevenzione- Sicurezza -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture.			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto ILspa "Adeguatezze strutturali ed impiantistiche finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione	Realizzazione di numerosi interventi strutturali ed organizzativi, con l'obiettivo di offrire al territorio strutture all'avanguardia, più integrate e convogliate in poli d'interesse. Ciò permetterà una minore dispersione di spazi e risorse e garantirà maggiore efficienza ed efficacia, contestualmente agli outcomes qualitativi di alta specializzazione. In particolare si interverrà sulla struttura di tre aree della Fondazione:	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Provveditorato – Economato -UOC Sistemi informativi aziendali	-Pazienti oncologici e pazienti ambulatoriali; -Operatori sanitari e personale della Fondazione	Attualmente il procedimento è bloccato per un ricorso al TAR Lombardia.	Rispetto cronoprogramma comunicato dalla Stazione Appaltante ARIA Spa

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	e del nuovo DEA”	<ul style="list-style-type: none"> - Il Padiglione 7 “ex-Ostetricia e Ginecologia” sarà completamente ristrutturato per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore con contestuale trasferimento di alcuni servizi attualmente allocati presso altri padiglioni; - In continuità con il Padiglione 10 verrà eretto un nuovo edificio in cui si avrà: trasferimento, riorganizzazione ed unificazione delle attività di Day Hospital, MAC ed ambulatoriali dedicate alle patologie oncologiche ed ematologiche al fine di consentire l’ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche (obiettivo primario dell’intervento rimane sempre il miglioramento della qualità delle cure in un ambiente più moderno e sicuro a favore dei pazienti onco ematologici in corso di trattamento chemioterapico o in follow up, in linea con l’indicazione di limitare il più possibile il ricovero ordinario del paziente oncologico), e trasferimento della UOC Radioterapia dove 	-Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture.			

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>verranno installati due acceleratori lineari LINAC per radioterapia di precisione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ristrutturazione e messa a norma del Padiglione 30 (ex Malattie Infettive) con contestuale centralizzazione delle attività ambulatoriali ancora disperse in vecchi Padiglioni extra DEA per favorire anche in questo caso la centralizzazione delle risorse ed agevolare i percorsi dei pazienti ambulatoriali. 				
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021	<p>Realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità tramite ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti. Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state individuate le sedi del Presidio di Belgioioso come Ospedale di Comunità e Casa della Comunità Spoke presso il padiglione 33 di Piazzale Golgi, come sede della Casa di Comunità Hub.</p> <p>L'obiettivo risulta quello di migliorare l'offerta territoriale tramite: l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali, e la</p>	<ul style="list-style-type: none"> -UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Provveditorato – Economato -UOC Sistemi informativi aziendali 	-Territorio della Provincia di Pavia (comunità e popolazione residente)	2022-2023	<p>Rispetto cronoprogramma di progetto.</p> <p>Indicatori specifici di accesso ed utilizzo delle strutture da parte dell'utenza e di prestazioni erogate e personale/ope</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		gestione dei ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.	-UOC Prevenzione e Protezione – Sicurezza;			ratori dedicati una volta entrate in funzione le strutture
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Ristrutturazione PS con ampliamento postazioni e OBI	<p>Il progetto si pone l'obiettivo di adeguare l'area dal punto di vista strutturale ed organizzativo alle esigenze quotidiane dell'Unità Operativa. E' stata predisposta una revisione del layout logistico organizzativo, affinché la configurazione delle aree esterne al PS e dell'ingresso consentano la massima capacità di comprensione dello spazio, delle informazioni e delle attività in corso di svolgimento.</p> <p>I focus principali del nuovo assetto organizzativo saranno: favorire l'accessibilità e la gestione dei pazienti, la creazione di un ambiente confortevole e accogliente, il supporto all'autonomia del paziente o dell'accompagnatore e la valorizzazione della relazione e della comunicazione tra membri dello staff, pazienti e accompagnatori; la flessibilità</p>	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Sistemi informativi aziendali -UOC Gestione Acquisti e Servizi -UOC Prevenzione e Protezione-Sicurezza -Azienda/e esterna/e incaricate dei	-Pazienti ed accompagnatori; -Operatori sanitari e personale della Fondazione	Anno 2020-2022	Rispetto cronoprogramma lavori

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>dello spazio sia nelle aree di attesa che di trattamento attraverso soluzioni modulari, accompagnate da predisposizioni tecnologiche ed impiantistiche.</p> <p>Alla base della progettazione è previsto un sistema di piccole attese post triage con caratteristiche e configurazioni diverse, che segua e supporti il flusso del paziente e i tempi di attesa necessari tra una visita e quella successiva.</p> <p>La proposta di revisione progettuale in fase di realizzazione prevede la rimodulazione delle varie aree (Triage, Codici Gialli e OBI, Codici Verdi, Codici Rossi), un incremento delle postazioni dedicate ai Codici Gialli e dei Posti letto di OBI.</p>	lavori e delle forniture.			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Avvio nuovi applicativi Hero che sostituiscono ADT e PS e Avvio Progetto di	Sostituzione di applicativi obsoleti con soluzioni moderne web-based strettamente integrate da utilizzarsi a supporto delle attività operative quotidiane quali la digitalizzazione della cartella clinica e la consultazione interna dei documenti. L'introduzione della	-UOC Sistemi Informativi; -UOC Direzione Medica di Presidio;	-Operatori sanitari e personale della Fondazione	Anno 2021-2022	Rispetto cronoprogramma implementazione applicativo

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	digitalizzazione della Cartella Clinica	piattaforma Hero, a regime, potrà consentire la fruizione di applicativi con maggiori funzioni, integrazione e semplicità di utilizzo, per migliorare l'efficienza dei processi informatici-operativi a servizio del personale sanitario.	-UOC Direzione delle Professioni Sanitarie; -UOC Sistemi informativi aziendali -Ditta fornitrice applicativo			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento Dermatologia da Clinica Intramoenia al padiglione 05 e della Oculistica alla Clinica Intramoenia	Il trasferimento della Dermatologia nella sua sede storica è funzionale quindi al trasferimento dell'Oculistica alla clinica Intramoenia. Questa nuova sede dell'attività di oculistica consentirà un'ottimizzazione degli spazi e della risposta ai bisogni assistenziali, anche alla luce della riorganizzazione dell'attività avvenuta negli ultimi anni.	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Sistemi informativi aziendali -UOC Provveditorato - Economato -Azienda/e esterna/e incaricate dei	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	Maggio 2022	Attivazione strutture presso le nuove sedi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			lavori e delle forniture.			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Chiusura del III piano Malattie Infettive	Con il terminare dello stato di emergenza del 31 marzo 2022, e la mancanza quindi di personale dedicato verrà chiuso il terzo piano delle malattie infettive riorganizzando attività.	-UOC Direzione Medica di Presidio -UOC Direzione delle Professioni sanitarie	-Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti;	Fine Marzo 2022	Chiusura del reparto
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento attività di sala operatoria della UOSD terapia dolore nella clinica Odontoiatrica	Il trasferimento dell'attività chirurgica di terapia del dolore è stato previsto al fine di consentire il proseguimento dell'attività di terapia del dolore che non può più proseguire nella clinica Intramoenia con il trasferimento dell'oculistica.	-UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Sistemi informativi aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture.	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	Aprile 2022	Attivazione strutture presso le nuove sedi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento della chirurgia vascolare al VII piano	<p>Alla luce del piano di ripresa che ci richiede il 110% dell'attività del 2019, per l'attività chirurgica oltre lo spazio di sala è necessario aumentare il numero dei posti letto.</p> <p>A fronte di ciò la chirurgia vascolare tornerà nella sua collocazione iniziale (VII piano), consentendo quindi anche alla chirurgia generale un ampliamento dell'attività.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -UOC Tecnico Patrimoniale; -UOC Direzione Medica di Presidio; -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Sistemi informativi aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti 	Luglio 2022	Attivazione strutture presso le nuove sedi
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 1 (area tematica Ematologia e Immunologia): Patologie	<p>Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non-responders a terapie immunomodulanti; 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol. -Reumatologia -Pediatria -Malattie Apparato Resp. 	- Pazienti affetti da patologie immunomediate ed allergiche e che necessitano di	2022-2024	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	immunomediate e immunodepressione. Immunoterapia	<ul style="list-style-type: none"> - risposta immunitaria innata ai tumori e implicazioni immunoterapeutiche; - ruolo del microbioma intestinale nelle patologie autoimmuni. Risultati attesi nel triennio: <ul style="list-style-type: none"> - definizione dei criteri per la valutazione della complessità clinica; - validazione clinica e utilizzo sul campo di biomarcatori, biochimici e genetici, di malattie immuno-mediate; - sviluppo di farmaci e approcci terapeutici innovativi volti a migliorare l'efficienza delle cure e da inserire in nuovi percorsi diagnostico-terapeutici. Valutazione della produzione scientifica, protocolli innovativi di gestione. 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Oncologia -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica 	immunoterapia; - Comunità scientifica e sanitaria		
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 2 (area tematica Ematologia e Immunologia): Malattie del sangue e	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: <ul style="list-style-type: none"> - raggiungimento di avanzamenti significativi in ambito diagnostico di precisione per le malattie ematologiche e onco-ematologiche: diagnosi molecolari somatiche 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Ematologia -Cell Factory -Oncoematologia Pediatrica -Medicina Generale 1 	- Pazienti affetti da malattie ematologiche sia in età pediatrica che in età adulta;	2022-2024	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	degli organi emopoietici	<p>leucemie e genetiche costitutive patologie ematologiche ereditarie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - espansione obiettivi di diagnosi di precisione ad un maggior numero di malattie ematologiche specie eredo-familiari; - innovazione terapeutica in ambito di protocolli chemioterapici e di terapia cellulare e dati comparativi di efficacia; - definizione storia naturale sindromi ereditarie con bone marrow failure; - stratificazione prognostica malattia specifica; - prevenzione e gestione recidive; - continuità assistenziale onco-ematologica adulto-bambino. <p>Risultati attesi nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione diagnostica di precisione, quindi fenotipi e cause/meccanismi, per malattie sia ematologiche che onco-ematologiche tra cui anemie congenite, anemia di Fanconi e leucemie; - meccanismi di malattia: per es. popolazioni neoplastiche in leucemie 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Immunoematologia e medicina trasfusionale -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica 	- Comunità scientifica e sanitaria		

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>con caratteristiche immunofenotipiche diverse che condividano stesse modificazioni geniche possono derivare da progenitori comuni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - avanzamento delle conoscenze: per es. identificazione di sub-cloni leucemici derivanti da 'founder clones' già presenti alla diagnosi; definizione del ruolo del microambiente midollare nelle anemie; - innovazione terapeutica, anche in collaborazione con la linea trapiantologica, per es. confronto tra terapia cellulare somatica con linfociti T citotossici anti-leucemia e chemioterapia convenzionale sia nella leucemia acuta linfoblastica che nella leucemia acuta mieloide rispetto alle recidive in chemioterapia. 				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 3 (area tematica Cardiologia-	<p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per malattie cardiache multifattoriali: contributi relativi al ruolo dei devices nella gestione ottimizzata dello 	-Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiochirurgia	- Pazienti affetti da malattie cardiovascolari;	2022-2024	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Pneumologia): Malattie cardiovascolari	<p>scompenso; dimostrazione dell'efficacia della correzione non-chirurgica del rigurgito mitralico nello scompenso; prevenzione delle sindromi coronariche acute; sviluppo dell'imaging non invasivo per prevenzione primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - per malattie cardiache monofattoriali genetiche: nuova pipeline (software OSM) per interpretazione patogenicità delle varianti geniche nelle malattie ereditarie cardiovascolari; linee guida per patogenicità delle varianti geniche; sviluppo di modelli gene-specifici per l'attribuzione del ruolo dei difetti genetici nelle malattie ereditarie. - per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della gestione ibrida -chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Unità Terapia Intensiva Coronarica -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Chirurgia vascolare -Radiologia diagnostica per immagini 	- Comunità scientifica e sanitaria		linea e relativo Impact Factor

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 4 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie dell'apparato respiratorio	<p>Obiettivi generali: meccanismi patogenetici delle malattie parenchimali e terapie personalizzate. Obiettivi specifici: 1-sviluppo di equazioni di riferimento per test di funzione respiratoria (spirometria, V. statici, V. ventilatorio massimo, diffusione polmonare) nella popolazione italiana adulta, che generino valori: -aggiornati per coorti di età e rappresentativi fino all'età avanzata; 2-per deficit di alfa1-antitripsina, la creazione serie di pazienti studiati in modo omogeneo per la definizione di aspetti clinici e prognostici della/e patologia/e epatica e/o polmonare. 3-definizione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante e sviluppo di terapie basate su partparticle ingegnerizzate.</p> <p>Tra i risultati attesi dalla ricerca del prossimo triennio si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di nuovi indici di riferimento per la diagnostica funzionale delle malattie polmonari; 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie dell'apparato respiratorio -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Pediatria -Radiologia diagnostica per immagini 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie respiratorie acute e/o croniche; - Comunità scientifica e sanitaria 	2022-2024	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - identificazione di meccanismi cellulomolecolari di fibrosi parenchimali; - dati di stratificazione prognostica per patologie con evoluzione end-stage di potenziale pertinenza trapiantologica; - caratterizzazione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante; - implementazione di protocolli in vitro per lo sviluppo di terapie con nanoparticelle ingegnerizzate applicate a più ambiti terapeutici di pertinenza pneumologica a supporto dello sviluppo di terapie locali piuttosto che sistemiche; - innovazione delle strategie terapeutiche per il mesotelioma pleurico; - definizione dei profili fenotipici extrapolmonari nel deficit di alfa1-antitripsina; - innovazione terapeutica per la proteinosi alveolare polmonare. 				

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 5 (area tematica Malattie Infettive): Infezioni emergenti e interazioni patogeno-ospite	<p>Gli obiettivi generali della linea di ricerca si focalizzeranno sui meccanismi fini che regolano i rapporti patogeno-ospite. Più specificamente: 1. Identificazione di polimorfismi comuni o rari di molecole coinvolte nelle risposte immunitarie innate (es. Toll-like receptors) e adattative alle infezioni. 2. Valutazione della risposta innata e adattativa ai vaccini e correlati di protezione. 3. utilizzo di cellule NK e T nella terapia delle infezioni virali croniche. 4. Sviluppo di anticorpi monoclonali umani neutralizzanti i patogeni e loro varianti. 5. Sviluppo di nuove metodiche per l'identificazione di virus emergenti caratterizzati da una elevata variabilità genetica.</p> <p>I risultati attesi nel triennio dipendono anche dall'andamento della attuale pandemia. Si prevede di raggiungere le seguenti milestones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie Infettive 1 -Malattie Infettive 2 – -Microbiologia e Virologia -Direzione Sanitaria -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie infettive; - Comunità scientifica e sanitaria 	2022-2024	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto di infezioni croniche; - ruolo del microbioma intestinale nell'evoluzione delle patologie infettive e nella risposta terapeutica; - sviluppo di test innovativi per la valutazione della memoria T e B cellulare ai patogeni; - sviluppo di biomarcatori di severità e progressione di malattia; - correlati di protezione naturale o indotta da vaccini nelle infezioni da patogeni emergenti quali SARS-CoV-2; - sviluppo di test di verifica dell'esaurimento delle risposte immuni e loro ricostituzione. 				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia):	Tra i risultati attesi: <ul style="list-style-type: none"> - le diagnosi di precisione per tutti i SOT; - l'abbattimento della domanda trapiantologica grazie al 	-Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiologia 2 - Centro Chirurgia	- Pazienti affetti da malattie trapiantabili;	2022-2024	Publicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Indicazioni al trapianto e malattie trapiantabili	<p>miglioramento, personalizzazione delle cure specie per le malattie multifattoriali degenerative;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sistematica rivalutazione clinica delle fasi evolutive delle malattie trapiantabili; - lo sviluppo di pipelines diagnostiche integrate molecolari che intregrino studi di genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica, anche single cell sequencing, finalizzati alla comprensione dei meccanismi di malattia; - l'avvio di un percorso parallelo di ricerca sui druggable genes coinvolti nelle malattie di pertinenza della ricerca dell'ente; - la generazione di linee guida per l'interpretazione corretta delle varianti geniche alla luce della necessità di re-interpretazione della varianti geniche identificate in passato; - la gestione innovativa di malattie genetiche per le quali siano recentemente emerse nuove 	<p>ipertensione polmonare</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Anestesia e Rianimazione -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi -Anatomia Patologica 	- Comunità scientifica e sanitaria		linea e relativo Impact Factor

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		possibilità terapeutiche non trapiantologiche.				
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 7 (area tematica Trapiantologia): Il trapianto e le sue complicanze	<p>L'obiettivo globale della ricerca di questa linea di ricerca è la protezione della funzione del graft nel lungo termine e la prevenzione delle complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva tra cui infezioni opportunistiche, neoplasie correlate, e comorbidità emergenti nei long-term survivors.</p> <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per trapianto di cuore, polmone e rene: 1) aumento del pool degli organi trapiantabili con preservazione ottimale di reni e polmoni da donatori a cuore non battente e di cuore a lunga distanza con perfusione ed ossigenazione ex situ; 2) identificazione di nuovi biomarcatori di allorazione umorale e di markers molecolari nella chronic graft failure; 3) caratterizzazione dei meccanismi di fibrogenesi dei graft nel rigetto cronico e ruolo di terapie locali nanoveicolate nella BOS polmonare. 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al trapianto -Chirurgia Generale 4 - Trapianti Addominali -Oculistica -Cell factory -Ematologia -Oncoematologia pediatrica -Amnestesia e Rianimazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti trapiantati; - Comunità scientifica e sanitaria 	2022-2024	<p>Publicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<ul style="list-style-type: none"> - per il trapianto HSC: 1) sviluppo di nuovi protocolli mileloablativi e di immunosoppressione nelle malattie mieloproliferative; 2) HSC in malattie genetiche rare per es. anemie di Fanconi (trapianto di CSE T-depletate HLA-aploidentico) e nelle malattie del tratto gastroenterico non altrimenti trattabili; 3) predizione, prevenzione e controllo della GVHD e delle infezioni opportunistiche. - per tutti i trapianti: ottimizzazione dei piani vaccinali dei candidati a trapianto di organi e di cellule. 	<ul style="list-style-type: none"> -Anestesia Rianimazione - Coordinamento Centro Donazioni Organi -Anatomia Patologica 			
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Travaglio/P arto	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetali/neonatali", nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; 2. proseguire l'invio delle segnalazioni all'ISS-Ministero della Salute relativi a: <ul style="list-style-type: none"> • near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido 	<ul style="list-style-type: none"> -1.2.3.UOC Ostetricia e Ginecologia -1.2.UOC Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale -3.UOC Qualità e Risk Management 	-1.2.3.Gestanti e neonati che afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali	Anno 2022-2024	<ul style="list-style-type: none"> -1.Inserimento dati nel sistema CEDAP -1.Verballi degli Audit sui trigger

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza;</p> <ul style="list-style-type: none"> • principali cause di morbilità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico, distacco di placenta, rottura d'utero, emoperitoneo spontaneo, embolia da liquido amniotico e tromboembolia; • sorveglianza della mortalità materna: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; • sorveglianza della mortalità neonatale: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; • elaborare documentazione dedicata a travaglio e parto; <p>3. proseguire l'utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, quale parte integrante della documentazione</p>				<p>-2. Invio delle segnalazioni all'ISS</p> <p>-2. Report Eventi Avversi</p> <p>-2. Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto</p> <p>-3. Presenza in Cartella clinica Scheda MEOWS</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico.				
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Infezioni-SEPSI	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <p>4. attuazione del piano operativo annuale;</p> <p>5. proseguire l'attività di analisi del contesto e di condivisione del percorso diagnostico ed assistenziale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi in ambito pediatrico ed elaborare la documentazione pertinente;</p> <p>6. promuovere l'adesione ai PDTA dedicati (sepsi in ostetricia) all'interno della Fondazione;</p> <p>7. monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni e l'adesione alla procedura aziendale sull'igiene delle mani ed ai protocolli di terapia antibiotica.</p>	<p>-4.CIO</p> <p>-5.6.7.UOC Qualità e Risk Management</p> <p>-5.UOC Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale</p> <p>-5.UOC Ematologia 2 – Oncoematologia pediatrica</p> <p>-5.UOC Pediatria</p> <p>-5.UOC Anestesia e Rianimazione I</p> <p>-5.UOC Malattie Infettive I</p> <p>-5.UOC Microbiologia e Virologia</p> <p>-5.UOC Medicina d'urgenza</p>	<p>-4.5.6.Pazienti con sepsi sospetta o accertata</p> <p>-4.5.6.Pazienti della Fondazione</p> <p>-7.Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione</p>	Anno 2022-2024	<p>-4.Monitoraggio epidemiologia microbiomi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO</p> <p>-5.Relazione finale FSC addestramento sepsi pediatrica</p> <p>-6.Audit cartelle sepsi</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-5. UOC Chirurgia Pediatrica -6.UOC Ostetricia e Ginecologia -5.7.DMP -5.7.DPS -7.UOC Farmacia Ospedaliera -7.Personale della Fondazione di tutte le UUOO			-7.Schede sopralluoghi igiene mani -7.Monitoraggio consumo gel alcolico -7.Controlli igiene ambientale
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria	Obiettivi più rilevanti: 8. svolgere sopralluoghi con la preordinata lista di controllo presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione comprese le sale di emodinamica, elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia, al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti e a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.	-8.UOC Qualità e Risk Management -8.UUOO Chirurgiche e interventistiche della Fondazione -8.UUOO di Anestesia e Rianimazione della Fondazione	-8.Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione -8.Pazienti della Fondazione che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche e/o interventi stitiche	Anno 2022-2024	-8.Verballi di sopralluogo e database rilevazioni -8.Audit documentali

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della prevenzione e del Rischio nell'utilizzo dei farmaci	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <p>9. monitorare l'implementazione della raccomandazione ministeriale n.18 "Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" attraverso la ricognizione dell'applicazione nella gestione della terapia farmacologica delle abbreviazioni/acronimi/sigle/simboli aziendali condivisi e delle loro modalità di utilizzo;</p> <p>10. monitorare l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17: "Riconciliazione della terapia farmacologica", attraverso la verifica della presenza della modulistica dedicata all'interno delle cartelle cliniche;</p> <p>11. monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure.</p> <p>12. implementare la nuova Raccomandazione Ministeriale n. 19: "Raccomandazione per la</p>	<p>-9.10.11.12.13.UO C Qualità e Risk Management</p> <p>-9.10.11.Tutte le UUOO cliniche della Fondazione</p> <p>-11.12.UOC Farmacia Ospedaliera</p> <p>-13.UUOO Programma Trapianti San Matteo Pavia</p> <p>-13.UOC Malattie Infettive I</p> <p>-13.UOC Gastroenterologia</p> <p>-13.UOC Microbiologia e Virologia</p>	<p>-9.10.11.12.13 Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione;</p> <p>-9.10.11.12.13 Pazienti a cui vengono somministrate terapie farmacologiche.</p>	Anno 2022-2024	<p>-9.10.11.Audit documentali sulle cartelle</p> <p>-11.Report semestrale EA</p> <p>-12.Elaborazione documento per manipolazione e delle forme farmaceutiche orali solide</p> <p>-13.Produzione e documentazione a supporto dell'implementazione della terapia con CAR-T e Trapianto di Microbiota</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide” 13. implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia con CAR-T e il Trapianto di Microbiota.				
Qualità dell’assistenza e sicurezza delle cure	Gestione del rischio in Pronto Soccorso	Obiettivi più rilevanti: 14. verifica documentazione clinica e analisi di alcuni indicatori di processo e/o relativi a specifici percorsi assistenziali (es. trauma grave) al fine di individuare elementi di miglioramento ed eventuali azioni correttive per ridurre il rischio clinico. 15. Revisione PDTA gestione ospedaliera dell’ICTUS	-14.15.UOC Qualità e Risk Management -14.Operatori sanitari del Pronto Soccorso -15.UOC Neurochirurgia -15.UOC Otorinolaringoiatria -15.UOC Medicina Generale I -15.UOC Radiologia Diagnostica per immagini 2 - Neuroradiologia	-14.Pazienti pronto Soccorso. -15. Pazienti affetti da ICTUS	Anno 2022-2024	-14.Audit documentali -14.Audit casi clinici (SMART) -15.Predisposizione documento revisionato
Qualità dell’assistenza e sicurezza delle cure	Gestione dei rischi in ambito di impiego	Obiettivi più rilevanti: 16. definire modelli organizzativi/buone pratiche per ridurre i pericoli derivanti	-16. UOC Qualità e Risk Management -16.UU.OO. Erogatrici di prestazioni	-16.Paziente che necessita cure attraverso radiazioni	Anno 2022-2024	-16.Produzione e documentale ad hoc

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	delle radiazioni	dall'esposizione alle radiazioni, in recepimento della direttiva europea 2013/53/EURATOM del Consiglio Europeo, al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.	mediante radiazioni. -16.UOC Radioterapia -16.UOC Medicina Nucleare -16.UOC Radiologia -16.UOC Radiologia Diagnostica per immagini 2 – Neuroradiologia -16.UOC Fisica Sanitaria			-16.Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Trasparenza nei confronti del cittadino	Obiettivi più rilevanti: 17. per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none"> • relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura; • importo dei risarcimenti erogati relativamente alle richieste in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio. 	-17.UOC Qualità e Risk Management	-17.Comunità in generale	Anno 2022-2024	-17.Pubblicazione relazione annuale di Risk Management

REGISTRO DEI RISCHI

U.O.C. PROVVEDITORATO-ECONOMATO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
	INPUT: rispetto della richiesta da parte della Regione e del Ministero di predisporre la programmazione annuale e biennale degli acquisti di beni e servizi. OUTPUT: predisposizione della programmazione annuale e biennale degli acquisti di beni e servizi.	Programmazione	Formulazione ed invio della programmazione e relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza	RUP o suo delegato	Direttore e suo delegato	D. Lgs. 50/2016, art. 21; D.M. 16/11/2018 n. 14, art. 21 co. 8	Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, finalizzata a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati; Non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il fabbisogno	Attività svolta sulla base di format e tabelle predefiniti da Regione e Ministero, che pertanto comporta un rischio minimo nonché legato a mero errore materiale commesso nella compilazione dei file.	MEDIO	Verifica programmazione Modulo Budget Sintel e verifica stato d'avanzamento gare centralizzate sul sito ARIA (già ARCA), con definizione scadenza gare d'interesse; Monitoraggi trimestrali (o, comunque, alle date riportate nelle Regole di sistema vigenti); Definizione dei fabbisogni, coinvolgendo i diversi soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma dei lavori, servizi e forniture; Individuazione degli attori interni da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare i beni/ servizi che soddisfano il fabbisogno; Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali; Ricorso ad accordi quadro e convenzioni già in essere da parte della centrale di committenza nazionale o regionale
Definizione competenze per approvazione fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi										
Verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti (accordi quadro o convenzioni) già disponibili o programmati.										
Pubblicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale										
	INPUT: rispetto della programmazione, ricezione di eventuali altri fabbisogni segnalati dalle Strutture. OUTPUT: svolgimento della procedura di gara.	Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Es. RUP o suo delegato, Direzione Strategica, Seggio di gara (Commissione amministrativa), Commissione giudicatrice (Commissione tecnica), Commissione Amministrativa integrata con esperti	Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura.	D. Lgs. 50/2016	Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici; Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando; Nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità; Manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo dei processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta; Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale; Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario	Frazionamento della fornitura, mancato rispetto dei principi di trasparenza e di pubblicità, esercizio prolungato del processo da parte di un unico operatore se non correttamente monitorato.	Medio	Continuare a garantire l'accessibilità online dell'intera documentazione di gara e/o informazioni complementari, mediante l'utilizzo della piattaforma telematica Sintel; Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione dell'offerta; Trasparenza-Obblighi di astensione ex art. 6 bis legge n. 241/90 - art. 35 bis D.Lgs. n. 165/2001; Controllo dei documenti previsti dal bando di gara; L'UOC Provveditorato-Economato svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia prospetto excel per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/regolamento, sia fac- simile di verbale delle relative sedute; Nel verbale dell'apposita seduta di gara, recepito dalla delibera di esito della procedura, sono evidenziati i presupposti documentali della dichiarata congruità dell'offerta
Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte										
Nomina commissione valutatrice										
Verifica dei requisiti di partecipazione, decreto di ammissione/esclusione										
Valutazione delle offerte tecniche										
Verifica eventuale anomalia dell'offerta										

ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI			Revoca del bando							
	INPUT: coincidenza tra Convenzioni centralizzate e fabbisogni della Fondazione. OUTPUT: adesione operativa.	Adesione	<p>Analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali e compatibilità con i bisogni espressi o non programmati</p> <p>Definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica fabbisogni non programmati, comparazione quali/quantitativa con prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali)</p> <p>Formalizzazione delle adesioni secondo regole poste in essere dalla centrale</p>	RUP o suo delegato	Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura.	D. Lgs. 50/2016, art. 37, DGR di Regione Lombardia	Non corretta analisi del contenuto e degli strumenti messi a disposizione dalle centrali, finalizzata a dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi o non programmati; Non corretta definizione dell'oggetto degli atti di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni complementari; Mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il fabbisogno	Attività svolta sulla base di format e tabelle predefiniti da Regione e Ministero, che pertanto comporta un rischio minimo nonché legato a mero errore materiale commesso nella compilazione dei file. Possibile rischio anche nell'esercizio prolungato del processo da parte di un unico operatore se non correttamente monitorato.	<u>Medio</u>	Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i fabbisogni storici in considerazione della pregressa esperienza. Per i nuovi fabbisogni o integrazioni degli stessi controllo incrociato a cura dei diversi soggetti aziendali competenti sul processo di acquisto; Adesione a convenzioni che standardizzano i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di check list dei contenuti e dei passaggi obbligatori. In caso contrario, invio della documentazione inerente alla Convenzione al DEC del contratto in essere e all'UOC competente e acquisizione di una comunicazione formale dei fabbisogni connessi all'iniziativa; Comunicazioni alla centrale delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapponibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute.
	INPUT: salvaguardia del corretto svolgimento della procedura di gara. OUTPUT: predisposizione del contratto.	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	<p>Aggiudicazione provvisoria. Verifica requisiti generali e speciali del fornitore. Aggiudicazione definitiva.</p> <p>Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto</p> <p>Rispetto tempi di stipula contrattuale</p> <p>Individuazione Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC)</p>	RUP o suo delegato	Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura.	D. Lgs. 50/2016, art. 30	Omissione, incompletezza o mancata tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti; Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari; Ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto; Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Omissione del controllo sui requisiti del fornitore, mancato rispetto delle tempistiche, individuazione di un DEC incompatibile.	<u>Medio</u>	Controllo su quanto la normativa già prevede in materia; Controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice degli appalti e delle relative tempistiche; Rispetto della normativa vigente; Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di conflitto d'interesse, in relazione all'oggetto del contratto
	INPUT: salvaguardia e controllo del corretto svolgimento delle prestazioni oggetto del contratto. OUTPUT: efficace rapporto sinallagmatico.	Esecuzione e rendicontazione	<p>Interpretazione delle condizioni contrattuali</p> <p>Contrattualizzazione / ordinazione delle prestazioni</p> <p>Comunicazione con le centrali di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche che la stessa pone in essere</p>	DEC/RUP	Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura. Collaboratori del DEC.	D. Lgs. 50/2016	Non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze di approvvigionamento; Mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; Mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, penali, sospensioni, verifiche negative di conformità e risoluzioni alla centrale di committenza che inficiano la corretta gestione degli accordi da parte della centrale e possono anche essere utilizzate allo scopo di giustificare acquisizioni autonome sovrapponibili	Omesso monitoraggio dello svolgimento del contratto da parte di RUP e DEC, mancato sanzionamento quando dovuto.	<u>Significativo</u>	Pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi; necessità di motivazione in ordine alle esigenze tecniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità; Pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti); Standardizzazione dei processi per individuazione oggetto del fabbisogno aziendale e delle relative quantità e valore economico in modo da aderire correttamente alla specifica convenzione

		Collaudo bene	Consegna bene a U.O. richiedente; verifica predisposizioni strutturali (ove necessarie); controlli di qualità per apparecchiature con emissione di radiazioni, da parte della U.O.C. Fisica Sanitaria; collaudo elettrico e funzionale; collaudo apparecchiatura da parte della ditta fornitrice; formazione personale; rilascio Mod. 019.3.1 (Verbale installazione e collaudo); Mod. 019.3.2 (Modulo scheda esame visivo); Mod.019.3.3 (Modulo cordo Istruzione utilizzo strumento)	Responsabili del processo:Vedi NOTA; Responsabili dell'attività:UOC Ingegneria Clinica; U.O. richiedenti;Fornitori beni;U.O.C. Tecnico Patrimoniale;U.O.C Fisica Sanitaria					<u>Medio</u>	
--	--	---------------	---	--	--	--	--	--	--------------	--

NOTA: U.O. richiedenti;U.O.C. Provveditorato-Economato;Direzione Aziendale; U.O.C. Tecnico-Patrimoniale;U.O.C. Fisica Sanitaria

U.O.C. INGEGNERIA CLINICA - ACQUISIZIONE RICAMBI

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio	Il processo descrive la fornitura di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio, alle U.O. che ne fanno richiesta. <u>Input</u> :invio, alla U.O.C. Ingegneria Clinica, delle richieste da parte delle U.O. che necessitano della sostituzione di parti di ricambio/accessori/consumabili. <u>Output</u> :acquisto di quanto richiesto e consegna alle U.O. richiedenti e liquidazione fatture	Richiesta di acquisizione di consumabili, accessori e parti di ricambio da parte delle UU.OO.	1) Insorgenza di necessità di acquisizione di accessori, parti di ricambio, materiali, consumabili.	Responsabili del processo: vedi NOTA 2) Responsabili dell'attività: U.O. richiedenti; U.O.C. Ingegneria Clinica.			Potenziale rischio di sovrastimare i quantitativi dei materiali per trarne beneficio personale.	1) Mancanza di misure di controllo in fase di stima dei quantitativi richiesti 2) Scarsa responsabilizzazione.	<u>Medio</u>	Regolamentazione e tracciabilità dei rapporti tra le U.O. della Fondazione ed i Fornitori
		Valutazione delle richieste da parte del personale tecnico sia dell'Ingegneria Clinica, sia del Servizio di Manutenzione Esternalizzato (SME)	1) Ricezione richieste.2) Valutazione di mercato allo scopo di individuare le ditte produttrici di quanto richiesto. 3)Ricezione dei preventivi da parte delle ditte. 4)Scelta del Fornitore. 5)	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: U.O.C. Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione Esternalizzato	1) Personale tecnico ed amministrativo di U.O.C. Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione esternalizzato. 2)Personale amministrativo di U.O.C. Provveditorato-Economato. 3) Personale U.O. richiedenti	1) Codice degli appalti .2) IO 019-2 - Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio.	Potenziale rischio di accordi economici tra Ditte Fornitrici ed i richiedenti	1) Assenza e/o inadeguatezza del controllo del processo. 2) Inadeguata diffusione della cultura della legalità	<u>Medio</u>	Diffusione dell'etica professionale e di una adeguata cultura legale
		3) Emissione ordine di acquisto, ricezione materiale, consegna al reparto richiedente.	1) Predisposizione dell'ordine di acquisto. 2) Attivazione delle procedure amministrative di acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio da parte della U.O.C. Provveditorato-Economato 3) Ricezione materiale. 4) Verifica di congruità della fornitura con quanto richiesto. 5) Consegna del materiale al reparto.	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: U.O.C. Ingegneria Clinica; U.O.C. Provveditorato-Economato; Ditte Fornitrici.					<u>Basso</u>	
		4)Liquidazione fatture	Attivazione, da parte della U.O.C. Provveditorato-Economato, delle procedure di liquidazione delle fatture	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabile dell'attività: U.O.C. Provveditorato-Economato					<u>Basso</u>	

NOTA: U.O. richiedenti; U.O.C. Ingegneria Clinica e Servizio di Manutenzione Esternalizzato; U.O.C. Provveditorato- Economato; Ditte Fornitrici.

U.O.C. TECNICO-PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		Inventariazione ed iscrizione a libro cespiti	Inserimento nel programma di contabilità del cespite (se trattasi di fabbricato di nuova costruzione) o dell'accessorio del cespite (se trattasi di interventi di ristrutturazione/manutenzione straordinaria su fabbricati esistenti)			D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i.				
		Valorizzazione iniziale	Definizione ed inserimento, nel programma di contabilità,dei dati di natura economico-patrimoniale ed amministrativi riguardante il cespite o l'accessorio del cespite							
		Ammortamento e sterilizzazione	Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla U.O.C. Economico		2					Adozione misure per agevolare ed ottimizzare la gestione dati tra le U.O.C. interessate

TENUTA INVENTARIO PATRIMONIO IMMOBILIARE	Procedura per la gestione dei beni immobili - aggiornamento libro cespiti	Incrementi	Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla U.O.C. Economico Finanziaria	Direttore U.O.C. Tecnico-Patrimoniale e Direttore U.O.C. Economico Finanziaria, per quanto di rispettiva competenza	(per quanto di competenza U.O.C. Tecnico-Patrimoniale)	Percorso della Certificabilità dei Bilanci (PAC): "P 070.2 - Procedura per la gestione dei beni immobili"; "P 070.8 - Procedura per le riconciliazioni tra il libro cespiti e contabilità generale"	Irregolare/carente gestione dei dati inerenti agli immobili per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità; Manipolazione procedura per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità.	Esercizio prolungato di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; ridotto numero di personale competente addetto al processo	<u>Medio</u>	Adozione misure di incremento, formazione e rotazione personale
		Acquisizioni	Valutazione ed autorizzazione all'acquisizione (eredità/permute/ecc..) di cespiti/i mediante Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione A seguito di apposito atto di trasferimento di proprietà, inserimento del cespiti/i mediante aggiornamento del libro cespiti			Regolamento n. 30/2011 - "Modalità e criteri per la tenuta della contabilità aziendale"				
		Dismissioni	Valutazione ed autorizzazione alla dismissione (vendite/permute/espropri/ecc..) di cespiti/i mediante Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Richiesta, a Regione Lombardia, per rilascio autorizzazione preventiva al trasferimento a terzi di diritti reali su immobili costituenti patrimonio di proprietà delle Fondazioni IRCCS Vendita cespiti/i mediante asta pubblica A seguito di apposito atto di trasferimento di proprietà, dismissione del cespiti/i mediante aggiornamento del libro cespiti			Regolamento n. 31/2011 - "Modalità per la formazione del bilancio aziendale"				
		Controlli periodici	Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla U.O.C. Economico Finanziaria							
	Obbligo di pubblicazione, da parte della Fondazione, delle informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, al fine di consentire, alla collettività, di valutare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, anche patrimoniali, nel perseguimento delle funzioni istituzionali	Verifiche preliminari	Analisi contenute del vigente "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità" della Fondazione, e relativi allegati, con particolare riferimento alle informazioni e disposizioni riscontrabili alla "Sezione II", punto "Amministrazione Trasparente"	Direttore U.O.C. Tecnico-Patrimoniale	2	Art. 30, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. - PTPCT 2020-2022 aziendale	Irregolare/carente pubblicazione dei dati inerenti agli immobili, tale da non consentire, alla collettività, di valutare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, anche patrimoniali, nel perseguimento delle funzioni istituzionali	Esercizio prolungato di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; ridotto numero di personale competente addetto al processo	<u>Basso</u>	Adozione misure di formazione e rotazione personale
Verifica normativa vigente, Delibere A.N.A.C. (Autorità Nazionale Anticorruzione) e relative Faq in materia di trasparenza										
		Raccolta informazioni ed acquisizione dati aggiornati	Analisi eventuali atti eventualmente richiesti dal Responsabile dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della Fondazione Analisi eventuali atti di alienazione (per vendite, permute, espropri, ecc..) riguardanti beni immobili di proprietà della Fondazione Analisi eventuali atti (eredità, permute, ecc..) riguardanti beni immobili acquisiti dalla Fondazione Analisi eventuali atti concernenti la detenzione, da parte della Fondazione, di beni immobili di proprietà di terzi Verifica, su sito internet Agenzia delle Entrate, elenco dei Comuni interessati da variazioni culturali, con individuazione e consultazione delle particelle catastali, di proprietà della Fondazione, eventualmente interessate dalle suddette variazioni (aggiornamento dati classamento) Acquisizione visure catastali aggiornate dei beni immobili di proprietà della Fondazione oggetto di variazioni							
		Stesura e pubblicazione della documentazione contenente le informazioni richieste	Stesura di documentazione, in formato aperto/elaborabile, recante informazioni identificative degli immobili (terreni/fabbricati) posseduti o detenuti dalla Fondazione Pubblicazione della documentazione, effettuata dalla competente U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali della Fondazione, sul sito web istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "beni immobili e gestione del patrimonio", sotto-sezione "patrimonio immobiliare"							Possibilità, per qualsivoglia utente, di verificare la veridicità delle informazioni identificative degli immobili (terreni/fabbricati) posseduti o detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web istituzionale, mediante accesso ai Servizi Catastali (per verifica dati catastali) e di Pubblicità Immobiliare (per verifica effettivo possesso/ipoteche) dell'Agenzia delle Entrate.

U.O.C. TECNICO-PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
MANUTENZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	Manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici, impianti ed aree. Le opere vengono avviate a seguito di guasti, necessità di riorganizzazione degli spazi o attività preventiva di manutenzione, con l'obiettivo di mantenere l'efficienza dei fabbricati ospedalieri	Progettazione	Redazione dei livelli di progettazione	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere	16	D.Lgs. 50/2016 Linee guida ANAC e decreti attuativi del D.Lgs. 50/2016 D.P.R. 207/2010 Codice di comportamento dei dipendenti pubblici 06/2013 Codice etico comportamentale della Fondazione D.Lgs. 81/2008	Previsione di opere manutentive esorbitanti o inferiori al necessario per favorire un terzo o se stessi.	Assenza di misure di prevenzione	Medio	Verifica e controllo delle progettazioni da parte di più soggetti
			Verifica ai fini della validazione							
			Validazione del progetto							
			Emissione del certificato di conformità del servizio							
		Gestione del cantiere	Ordine di lavori alla ditta affidataria	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			Violazione normative sulla sicurezza del lavoro in cantiere e sulla salute dei lavoratori. Comportamenti collusivi per favorire determinati soggetti a danno di altri. Violazione conflitto di interessi e comportamenti collusivi con le imprese	Esercizio del potere da parte di pochi. Inadeguatezza e scarse competenze del personale addetto al processo		Attività di formazione per il personale addetto al processo. Responsabilizzazione allargata a tutto il personale addetto al processo
			Verifica dell'idoneità tecnico professionale delle ditte esecutrici							
			Sopralluoghi di cantiere							
			Emissione di autorizzazioni per l'ingresso in cantiere delle ditte subappaltatrici							
		Contabilità dei lavori	Verifica delle misure	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			Eccessiva contabilizzazione di quantità effettivamente realizzate. Comportamenti collusivi volti a favorire la ditta affidataria	Esercizio del potere da parte di pochi. Inadeguatezza e scarse competenze del personale addetto al processo		Attività di formazione per il personale addetto al processo. Responsabilizzazione allargata a tutto il personale addetto al processo
			Identificazione dei prezzi da applicare alle lavorazioni effettuate							
			Immissione nei S.A.L. delle corrette quantità eseguite							
			Liquidazione delle lavorazioni eseguite							
		Collaudo	Verifica della corrispondenza al progetto dei lavori eseguite	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			Comportamenti collusivi volti a favorire la ditta affidataria	Esercizio del potere da parte di pochi		Responsabilizzazione allargata a tutto il personale addetto al processo
			Verifica delle misure realizzate e contabilizzate							
			Verifica della conformità burocratica dell'appalto							
			Emissione del certificato di collaudo							

U.O.C. TECNICO-PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
			Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata - affidamenti diretti in economia				Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante			
			Procedure negoziate : affidamento in esclusiva							

ACQUISTO LAVORI	Programmazione - progettazione	Individuazione della procedura per affidamento lavori		D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii.	l'improprio utilizzo della procedura negoziata o mediante l'abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti da legge, per favorire specifica impresa; Condizione di conflitto di interesse potenziale nel caso in cui i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali; Individuazione di tipologia di procedura che favorisca la scelta di un determinato fornitore, anche mediante l'elusione delle soglie comunitarie, ricorrendo ad artificioso frazionamento dei lavori; Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; Elusione delle norme sulla determinazione dell'importo finalizzata all'esclusione dall'ambito di applicazione delle disposizioni relative alle soglie europee e al frazionamento allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del codice dei contratti; Eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive; Favorire un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità; Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Un possibile esempio è l'inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la Commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare alle offerte presentate; Dilatazione dei tempi della procedura di gara per favorire l'attuale contraente		Medio	Implementazione dell'Albo fornitori; Corretta valutazione degli acquisti in esclusiva; Lo schema di contratto è soggetto a procedura di Validazione e in tale fase è effettuato il controllo; Verifica applicazione disciplina del codice dei contratti, regolamenti interni, Linee guida ANAC; Individuazione dei criteri da parte del Rup nell'ambito delle sue funzioni motivando le scelte effettuate nel provvedimento di indizione; Predisposizione di un cronoprogramma delle procedure dei tempi previsti delle diverse fasi procedurali per l'affidamento dell'appalto e relativo monitoraggio nel rispetto delle scadenze
		individuazione degli elementi essenziali del contratto						
		Determinazione dell'importo del contratto (con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto)						
		Scelta della procedura di aggiudicazione						
		Requisiti di qualificazione						
		Requisiti di aggiudicazione						
		Redazione del cronoprogramma						
	Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari		Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici; Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando; Nomina Commissione giudicatrice senza verifica delle clausole di incompatibilità; Manipolazione da parte degli attori coinvolti al governo del processo al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara; Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali; Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale; Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero, al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario		Medio	La data e l'ora di presentazione dell'offerta è indicata nel bando di gara. Le offerte presentate oltre la data e l'ora di scadenza in automatico non vengono prese in considerazione dalla piattaforma di gara. Eventuali richieste di proroga devono essere motivate e valutate dal RUP estendendole a tutti i partecipanti; Viene richiesta ai commissari nominati il rilascio di apposita autocertificazione in merito alle incompatibilità; Possesso dei requisiti documentato dagli operatori economici mediante compilazione del DGUE. Il DGUE è un documento di gara; Redazione di apposito verbale dal quale si evince la motivazione che ha indotto la commissione ad assegnare i vari punteggi. La pluralità della composizione della commissione ne garantisce l'obiettività; La verifica delle offerte anomale viene operata direttamente dal sistema di gara. La verifica viene operata a termini di legge in base alle giustificazioni adottate dall'operatore economico dalla commissione di gara e dal RUP; L'adozione da parte dell'amministrazione di apposito atto che vede così coinvolti una pluralità di soggetti che esaminano nello specifico la motivazione che ha indotto alla revoca del bando. Detto atto deve essere affisso all'albo e reso noto agli altri operatori economici che possono impugnarlo	
		Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte						
		Nomina commissione valutatrice						
		Verifica dei requisiti di partecipazione						
		Valutazione delle offerte						
Verifica eventuale anomalia dell'offerta								
Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	Revoca del bando		Omissione, incompletezza o mancata tempestività dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti; Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte dei soggetti esclusi o non aggiudicatari; Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto; Ritardo nella stipula del contratto che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto; Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; Omettere o ritardare o effettuare in modo non conforme al regolamento aziendale per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali l'inventariazione di beni procurando un danno all'Azienda		Medio	Verifica attuata tramite soggetto esterno. Tempistica, stipula contratti e modalità di stipula determinata dall'art. 32 del codice degli appalti; Pubblicazioni previste dalla normativa nelle varie fasi della procedura di affidamento dell'appalto; Compiti, funzioni e controlli del DEC sono normati dal codice (art. 111) e dalle linee guida attuative del codice emesse dall'ANAC. La nomina del DEC viene effettuata dal RUP (in caso le due figure non coincidano) nell'ambito del possesso dei requisiti di adeguata professionalità previsti dal codice e dall'ANAC e viene fatta sottoscrivere al professionista o al dipendente dichiarazione per assicurarne la terzietà ed indipendenza nei confronti dell'operatore economico.		
	Verifica requisiti generali e speciali del fornitore							
	Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, esclusioni e le aggiudicazioni - formulazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto							
	Rispetto tempi di stipula contrattuale							
	Individuazione Direttore esecutivo del contratto (DEC)							
Esecuzione del contratto	Inventario		Mancato controllo da parte della Stazione appaltante circa la sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto dei lavori oggetto del contratto; Ammissione di varianti durante la fase di esecuzione del contratto al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa; Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la		Significativo	I subappaltatori sono indicati in sede di offerta. Al momento del deposito del contratto di subappalto l'affidatario trasmette la certificazione attestante il possesso dei requisiti di qualificazione prescritti dal codice. Il contraente principale è responsabile in via esclusiva nei confronti della stazione appaltante. Nel rispetto del codice l'affidatario del subappalto non deve aver partecipato alla procedura per l'affidamento dell'appalto. (art.105 comma 4). Il Rup con i propri collaboratori controlla tutta la documentazione acquisita e richiede la verifica di cui all'ex 80. Viene altresì applicato il patto di integrità; Il RUP verifica l'ammissibilità della variante ai sensi dell'art. 106 del codice degli appalti sulla base della proposta del direttore dei lavori /DEC. Le sospensioni dei lavori e le relative riprese dei lavori vengono documentate da apposito verbale di sospensione e ripresa lavori nel quale vengono esplicitate le motivazioni/cause che ne hanno determinato la sospensione; Lo stato di avanzamento lavori viene accertato in contraddittorio tra direzione lavori		
	Autorizzazione al subappalto							
	Variante in corso di esecuzione del contratto							
	Verifiche in corso di esecuzione del contratto							

			Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione							risoluzione del contratto. Accettazione materiali in cantiere non conforme al capitolato; Utilizzo ingiustificato/autorizzato materiali fuori contratto; Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità liquidazione fatture senza relativi giustificativi (collaudi, regolare esecuzione); pagamenti effettuati senza i necessari controlli (verifiche Equitalia, ecc..)	ed impresa e documentato dal libretto misure e registro di contabilità. Il certificato di pagamento è invece redatto dal RUP su proposta del direttore dei lavori. Il direttore dei lavori deve accertare la congruenza dei materiali utilizzati dalla ditta appaltatrice e collaudatori nell'atto di collaudo certificato la conformità delle opere con quanto previsto dal progetto. L'ufficio prima di liquidare la fattura si accerta della rispondenza della fattura con l'ordine, della regolarità del DURC e dell'esistenza dei documenti necessari al pagamento. La verifica viene attuata tramite un soggetto esterno incaricato da questo Ente. La liquidazione viene effettuata dal RUP/Direttore di Struttura tramite l'utilizzo della procedura informatica.
		Rendicontazione del contratto	Procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione incluso ammontare delle fatture liquidate							Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli dell'Azienda; Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici; Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera; Elusione delle norme o rendicontazione non corretta al fine di favorire l'aggiudicatario	Viene controllato da parte del RUP il rispetto dei termini contrattuali per l'emissione dei diversi documenti e le eventuali riserve che l'appaltatore avanza. Le riserve vengono esaminate dal direttore dei lavori, dal collaudatore e dal RUP che valutando le relazioni riservate dei soggetti precedenti propone all'amministrazione l'eventuale accoglimento; Per gli affidamenti diretti ossia affidamento di lavori/servizi/forniture di importo inferiore ad € 40.000,00 il pagamento viene effettuato solo a seguito dell'accertamento e della sottoscrizione della fattura da parte dei tecnici incaricati a seguire i lavori.
			Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento								

U.O.C. TECNICO-PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	
RIFIUTI GENERICI (NON SANITARI)	rifiuti prodotti dai lavori edili ed impiantistici	Modalità di smaltimento, confezionamento e conferimento dei rifiuti non sanitari	Raccolta dei rifiuti non sanitari nei contenitori appropriati, ponendo attenzione a differenziare da subito le diverse tipologie di rifiuti, ed evitando, in particolare, commistioni e/o miscele fra diverse tipologie di rifiuti pericolosi fra di loro, nonché ad evitare di raccogliere e depositare rifiuti pericolosi assieme a tipologie di rifiuti non pericolosi.	Responsabile tecnico ditte appaltatrici			Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità; Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità	False indicazioni sui formulari con conseguente risparmio sugli oneri di smaltimento		Verifiche effettuate in piattaforma ecologica e nelle sedi esterne; Sui rifiuti cd. a specchio (es. carico di toner) vengono richieste alla Concessione/appaltatore analisi di laboratorio per definirne o meno la pericolosità; Verifiche sul campo e sulle modalità di conferimento non programmate, attestate da verbali.	
		Ritiro rifiuti dalle unità di produzione e trasporto interno dei rifiuti non sanitari	Operazione di carico dei rifiuti raccolti differenziatamente nei punti di deposito provvisori ubicati all'interno delle unità produttive sui carrelli dedicati ai rifiuti del servizio di trasporto pesante e loro convogliamento fino alle aree ecologiche aziendali con il tramite del servizio dei trasporti pesanti infrazziendale	Responsabile tecnico ditte appaltatrici			Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.			A campione si verifica che l'affermimento avvenga correttamente nella piattaforma ecologica. E' attivo un monitoraggio sul quantitativo di rifiuti smaltiti.	
		Gestione deposito temporaneo/area ecologica	Provvedere al conferimento delle diverse tipologie di rifiuti non sanitari nei contenitori specificatamente dedicati posizionati presso le aree ecologiche ubicate all'interno dell'Ente	Responsabile tecnico ditte appaltatrici				Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.		<u>Medio</u>	Nell'ambito delle verifiche a campione viene accertato l'adeguata miscelazione del rifiuto e verbalizzato su specifico modulo.
		Gestione documentazione	Verificare la corretta tenuta delle isole ecologiche aziendali, assicurando che in ogni contenitore ivi posizionato sia conferita solo ed esclusivamente la specifica tipologia di rifiuto a cui detto contenitore è dedicato	Responsabile tecnico ditte appaltatrici				Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.			Effettuazione dei raffronti sulla documentazione del Concessionario con i formulari (FIR) obbligatori della Fondazione
			Predisposizione dei formulari di identificazione di tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Analisi di laboratorio ex combinato disposto di cui all'art. 184, comma 4, D.L.vo n° 152/2006 e di cui alla Direttiva del Ministero dell'Ambiente 09.04.2002, comma 6	Responsabile tecnico ditte appaltatrici							
			Tenuta del Registro di Carico e di Scarico per tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Rendicontazione annuale	Responsabile tecnico ditte appaltatrici							
			Aggiornamento dell'iscrizione all'Albo Nazionale Gestori	Responsabile tecnico ditte appaltatrici							

Ambientali, con riferimento alla categoria 2/bis relativa all'autorizzazione al trasporto in proprio di alcune specifiche tipologie di rifiuti

Analisi di laboratorio ex combinato disposto di cui all'art. 184, comma 4, D.L.vo n° 152/2006 e di cui alla Direttiva del Ministero dell'Ambiente 09.04.2002, comma 6.

Trasporto esterno

Effettuazione del trasporto su strada fino agli impianti di recupero e/o di smaltimento per tutti i rifiuti non sanitari prodotti dalla Fondazione

Responsabile tecnico ditte appaltatrici

Trasporto dei rifiuti senza formulario oppure indicazione nel formulario di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità; Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti; Abbandono e deposito in modo incontrollato dei rifiuti; Smaltimento di rifiuti pericolosi in modo non idoneo al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.

Viene effettuato un raffronto dei formulari FIR del Concessionario e delle altre ditte. Inoltre, viene effettuato un controllo mensile per verificare la corrispondenza tra i dati dell'Ente con i dati in possesso al Concessionario e un ulteriore controllo contabile a cadenza trimestrale.

U.O.C. S.I.A.

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO	
ATTIVITA' PRELIMINARI E CONSEGUENTI LE PROCEDURE D'ACQUISTO	IL PROCESSO È INNESCATO DAL FABBISOGNO INFORMATICO IL QUALE, UNA VOLTA INDIVIDUATO, IMPLICA L'INDIVIDUAZIONE DI POSSIBILI PROPOSTE DI MERCATO CHE POTREBBERO SODDISFARE IL FABBISOGNO. IL PROCESSO PASSA POI AL PROVVEDITORATO PER LA PROCEDURA D'ACQUISTO. UNA VOLTA CONCLUSA LA PROCEDURA IL PROCESSO TORNA ALLA STRUTTURA UOC SIA PER L'ESECUZIONE DEL CONTRATTO E IL RAPPORTO COI FORNITORI	INDIVIDUAZIONE DEI FABBISOGNI	ANALISI DEI BISOGNI ORGANIZZATIVI	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	TUTTO IL PERSONALE DEL SIA IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA		RISCHIO DI FAVORIRE UN'AZIENDA NELLA FASE DI INDIVIDUAZIONE DEL FABBISOGNO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESS E FUNZIONI ALLE STESS E PERSONE	<u>Medio</u>	MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA	
			INDIVIDUAZIONE DEL FABBISOGNO TECNICO INFORMATICO								
		PROPOSTA AL PROVVEDITORATO	STESURA NOTA DESCRITTIVA DEL BENE OGGETTO DELL'ACQUISTO	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC		RISCHIO DI FAVORIRE UN'AZIENDA NELLA FASE DI INDICAZIONE DEL FABBISOGNO AL PROVVEDITORATO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESS E FUNZIONI ALLE STESS E PERSONE	<u>Medio</u>	MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA	
			TRASMISSIONE INFORMAZIONI SULLE POSSIBILI MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEL BENE								
		GESTIONE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO	GESTIONE RAPPORTI CON IL FORNITORE								
			MONITORAGGIO DEL CORRETTO ADEMPIMENTO DEL CONTRATTO DA PARTE DEL FORNITORE	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	TUTTO IL PERSONALE DEL SIA IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA		RISCHIO DI FAVORIRE UN'AZIENDA NELLA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESS E FUNZIONI ALLE STESS E PERSONE	<u>Significativo</u>	MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA	
			EVENTUALI SEGNALAZIONI AL RUP								
		RAPPORTO COI FORNITORI		ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	TUTTO IL PERSONALE DEL SIA IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA				<u>Basso</u>		

U.O.C. S.I.A.

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
RILASCIO E REVOCA DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA	LE STRUTTURE, A FIRMA DEL DIRETTORE DELLE STESSÉ, RICHIEDONO, ATTRAVERSO APPOSITO MODULO (INTRANET) ALL'UOC SIA IL RILASCIO O LA REVOCA DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AI DIVERSI SISTEMI IN USO	VERIFICA DEI DATI DEL RICHIEDENTE E RILASCIO DELLE CREDENZIALI SECONDO LE ISTRUZIONI OPERATIVE IN QUALITA'	RICEZIONE FAX DEL MODULO FIRMATO DAL DIRETTORE DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	TUTTO IL PERSONALE DEL SIA IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA	IO 079.2 GESTIONE DELLE RICHIESTE DI ACCESSO AI PROGRAMMI APPLICATIVI INFORMATICI	FORNIRE AUTORIZZAZIONI IMPROPRIE A PERSONALE NON AUTORIZZABILE	ERRORE NELLA VERIFICA DEI DATI AZIONE VOLONTARIA NON CONSENTITA	<u>Basso</u>	ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA
			VERIFICA DEI DATI DEL SOGGETTO DA ABILITARE							
			CREAZIONE DELLE ABILITAZIONI							
			COMUNICAZIONE AL RICHIEDENTE DELLE ABILITAZIONI							
			ARCHIVIAZIONE MODULO							
		VERIFICA DEI DATI DEL RICHIEDENTE LA REVOCA E REVOCA DELLE CREDENZIALI SECONDO LE ISTRUZIONI OPERATIVE IN QUALITA'	DISATTIVAZIONE UTENTI SEGNALATI	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE UOC	TUTTO IL PERSONALE DEL SIA IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA	IO 079.3 GESTIONE DELLE RICHIESTE DI REVOCA AI PROGRAMMI APPLICATIVI INFORMATICI	RITARDO NELLA REVOCA REVOCA ERRATA (NON RICHIESTA O CON TEMPI NON COERENTI)	MANCANZA DI INFORMAZIONI DIFETTO COMUNICAZIONE TRA LE STRUTTURE		ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA ADERENZA ALLE PROCEDURE DI COMUNICAZIONE TRA LE STRUTTURE
			ARCHIVIAZIONE DEL MODULO							

U.O.C. FARMACIA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO (Breve descrizione del processo con gli elementi in ingresso che lo innescano (input) e il risultato atteso (output))	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)			
Tracciabilità del farmaco dalla gestione dei fabbisogni, all' approvvigionamento, alla corretta conservazione in magazzino fino alla consegna alle UU.OO., Puntuale ed effettiva associazione farmaco-UU.OO. Monitoraggio mensile delle scadenze dei farmaci a magazzino.		Approvvigionamento	Controllo sotto-scorta prodotti a giacenza magazzino e proposta d'ordine	UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore Tecnico / Dirigente Farmacista	PP 070.14 – Procedura Rimanenze 3.1 - Gestione magazzini di primo livello (farmaceutico ed economico), PP 070.15 – Procedura Rimanenze 3.2 Rilevazioni inventariali presso i magazzini di primo livello), PP 070.16 – Procedura Rimanenze 3.3 Gestione e rilevazioni inventariali presso i centri utilizzatori. Regolamento per il funzionamento della Commissione Farmaci	Definizione di fabbisogno non corrispondente a criteri di efficienza, efficacia ed economicità		<u>BASSO</u>	Gestione informatizzata dell'approvvigionamento ai fini della corretta movimentazione dei farmaci. Gestione dei farmaci attraverso Prontuario Terapeutico Ospedaliero. Analisi dei consumi dei farmaci acquistati presso grossista esterno come farmaci extra-PTO per specifico paziente. Valutazione dell'appropriatezza e dell'impatto economico. Costante attività di monitoraggio e verifica periodica del consumo farmaci, in collaborazione con il Controllo di Gestione.			
			Predisposizione di richiesta d'approvvigionamento	UU.OO.	Medico prescrittore/ Coordinatore Infermieristico UUOO								
			Verifica e autorizzazione richiesta di approvvigionamento	UOC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista								
			Ordine di consegna	UOC Farmacia Ospedaliera	Personale Amministrativo e Dirigente Farmacista								
		Stoccaggio	Ricezione	Centro Unico Ricevimento Merci / UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore del CURM e Operatore Tecnico di Magazzino UOC Farmacia		Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco.						Verifiche attraverso l'applicazione delle procedure e l'utilizzo del gestionale aziendale. Registrazione e gestione delle non conformità in caso di incongruenze quali-quantitative; L'accesso alle aree di stoccaggio è limitato al personale autorizzato che garantisce la sorveglianza, nel rispetto della normativa cogente. Alcuni farmaci sono stoccati in locali/armadi chiusi a chiave, secondo le norme vigenti. Sono installate apparecchiature di videosorveglianza collegate con la centrale allarmi aziendale ed è attiva la sorveglianza delle Guardie Giurate (per i Magazzini di Primo Livello)
			Carico a magazzino	Centro Unico Ricevimento Merci / UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore del CURM e Operatore Tecnico di Magazzino UOC Farmacia								
			Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello	UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista								
			Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (UU.OO.)	UU.OO.	Coordinatore Infermieristico e Personale Infermieristico UUOO								

GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO	Distribuzione	Richiesta di reintegro scorte	UU.OO.	Coordinatore Infermieristico e Personale Infermieristico	(Deliberazione n. 5/C.d.A./0114 del 26 settembre 2019)	Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco.		<i>MEDIO</i>	Nella PP 070.14 – Procedura Rimanenze 3.1 - Gestione magazzini di primo livello (farmaceutico ed economale) sono dichiarate le modalità di evasione delle richieste. La gestione informatizzata tramite software aziendale consente di rilevare eventuali incongruenze temporali. Il materiale farmaceutico sanitario è accompagnato da distinta di consegna siglata dall'operatore di magazzino di Farmacia e controfirmata dal personale di UOC alla consegna del materiale in reparto. Le UUOO devono segnalare alla Farmacia eventuali incongruenze entro 48H dalla consegna e rendere la distinta firmata entro 10 giorni		
		Elaborazione della richiesta e distribuzione	UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista							
		Consegna alle UU.OO.	UOC Farmacia Ospedaliera	Operatore Tecnico di Magazzino							
		Gestione scadenze e giacenze	Verifica delle scadenze	UOC Farmacia Ospedaliera					Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista		
			Verifica delle giacenze	UOC Farmacia Ospedaliera					Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista		
			Smaltimento farmaci scaduti/alterati/revocati	UOC Farmacia Ospedaliera					Operatore Tecnico di Magazzino		
	Ispezioni annuali nelle UUOO per la verifiche della gestione e della corretta conservazione delle sostanze stupefacenti.	Vigilanza ed ispezione farmaci nelle UUOO detenenti stupefacenti	Verifica delle giacenze di farmaci stupefacenti	UOC Farmacia Ospedaliera	Direttore di Farmacia e Dirigente Farmacista	IO 10.4_ Gestione Medicinali Stupefacenti e sostanze psicotrope	Non corretta gestione e conservazione di farmaci stupefacenti secondo le norme vigenti.		<i>BASSO</i>	Ispezioni nelle UUOO con redazione di verbale mod. Mod 10.4.1 nel rispetto della IO 10.4.	
			Verifica della corretta conservazione di farmaci stupefacenti	UOC Farmacia Ospedaliera							
	Informazione scientifica sul farmaco con i medici prescrittori. Attività di Farmacovigilanza con raccolta delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaco	Attività di informazione scientifica e di farmacovigilanza	Informazione scientifica sul farmaco	UOC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista e Specializzando Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera	PPQ 010 – Presentazione politica della Qualità. PP 010.7- Gestione delle attività di Farmacovigilanza	Riduzione delle prescrizioni inappropriate di farmaci e non in linea con le schede di Monitoraggio AIFA. Sottosegnalazione delle reazioni avverse da farmaci.		<i>BASSO</i>	Attività d'informazione e di educazione sul farmaco nell'ottica di una costante attenzione ad un uso appropriato ed economicamente sostenibile. Incontri tramite media multidisciplinari. Monitoraggio delle prescrizioni di Farmaci sottoposti a Registri di Monitoraggio AIFA e relative dispensazioni. Partecipazione alla stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali (P.D.T.A.), di protocolli e di linee guida. Gestione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e attività di sorveglianza della sicurezza dei farmaci per meglio definire il loro profilo beneficio/rischio nel contesto della pratica clinica quotidiana.	
			Farmacovigilanza	UOC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista						
GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO SPERIMENTALE	Gestione dei medicinali destinati ai fini sperimentali o per uso terapeutico individuale. Processo in cui la UOC Farmacia Ospedaliera ha un ruolo istituzionale.	Ricezione, controllo e consegna allo Sperimentatore	Ricezione del campione sperimentale	UOC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista /Operatore del CURM/Operatore Tecnico di Magazzino	IO 010.07 Gestione Campioni destinati alle Sperimentazioni Cliniche presso la SC Farmacia; IO 010.8 - Gestione medicinali per Uso Terapeutico presso la U.O.C. Farmacia; Procedura del Processo Produttivo PP 010.4 Allestimento antiblastici	Campione sperimentale pervenuto rotto o avariato, anche solo in parte, o senza garanzia del rispetto della temperatura di conservazione prevista (anche tramite rilevazione di appositi temp-tale accompagnatori).		<i>BASSO</i>	Verifica puntuale di ogni aspetto legato alla ricezione del farmaco (integrità del collo e affissione delle etichette di spedizione con riferimento alla Farmacia Ospedaliera e allo sperimentatore, corretta temperatura di conservazione secondo le indicazioni riportate sul collo e secondo quanto riportato sul dispositivo di registrazione in continuo della temperatura TLOG, firma del documento di trasporto per il corriere). Ove presenti anomalie informare il promotore e accantonare il farmaco come momentaneamente non utilizzabile in attesa di istruzioni, mantenendo il campione sperimentale in quarantena.	
			Controllo quali, quantitativo e registrazione su apposita modulistica interna		Dirigente Farmacista						Mancata approvazione dello studio da parte del Comitato Etico, mancata corrispondenza tra quanto indicato sulla documentazione di trasporto e il materiale ricevuto, farmaco senza etichetta indicante studio, campione sperimentale e caratteristiche, lotto, scadenza,.
			Allestimento di farmaci sperimentali presso il Laboratorio Antiblastici		Dirigente Farmacista						Protocollo di terapia sprimentale non inserito nel programma informatico di prescrizione, ritardi nella consegna del farmaco da parte del personale delegato.
			Stoccaggio e consegna allo sperimentatore		Dirigente Farmacista						Errato stoccaggio, al di fuori dei range di temperatura concessi. Alterazione della temperatura all'interno del locale sperimentazioni o del frigorifero. Mancato invio di comunicazione di pronta disponibilità del campione sperimentale per il ritiro.
			Registrazione movimentazione su programma informatico e archiviazione		Dirigente Farmacista/Operatore Tecnico di Magazzino						Mancata registrazione sul programma informatico e errata archiviazione.

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

U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
Procedure di gara per acquisizione di beni e servizi	Gestione attività relativa ai contratti, affidamento lavori e servizi, partecipazione alla stesura del capitolato tecnico oppure partecipazione alla commissione di gara	Attività conseguenti ai contratti, all'affidamento di lavori, servizi e forniture	1 fase di ricognizione necessità delle UOC sanitarie; 2 fase di stesura del Capitolato tecnico; 3 valutazione offerte tecniche in sede di commissione di gara; 4 fase di esecuzione del contratto	UOC Provveditorato	Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio a turno e per competenza	Codice appalti	Considerazione di richieste di dispositivi/lavori non effettivamente necessari. Stesura del capitolato di gara favorente un partecipante nello specifico, valutazione offerte tecniche senza criteri trasparenti. Mancato controllo della corretta esecuzione del contratto.	Adozione di criteri non uniformi o non trasparenti in tutte le fasi del processo. Presenza di rapporti diretti con le imprese in questione.	<u>Medio</u>	Assicurare la massima trasparenza e accurata valutazione tecnica dei prodotti/servizi oggetto della gara. Verifiche puntuali e strutturate, preferibilmente attraverso gruppi di lavoro.
Incarichi extra istituzionali	Richiesta da parte dei dirigenti medici della Fondazione di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali (Art 53 D. Lgs 165/01)	Valutazione e autorizzazione incarichi extra istituzionali (Art 53 D. Lgs 165/01)	1 fase di richiesta del Dir Medico corredata dalle autocertificazioni necessarie 2. Valutazione ed autorizzazione da parte del Direttore di UOC 3 Valutazione e autorizzazione da parte del Direttore Medico di Presidio	UOC Risorse Umane	Direttore Medico di Presidio	Art 53 D. Lgs 165/01; Reg. n. 37/2014	Gli incarichi extra-istituzionali vengono validati dal Direttore Medico di Presidio che potrebbe favorire attività che non rispettano i criteri stabiliti dall'Ente per autorizzazione	Mancato confronto con il Responsabile dell'unità operativa prima di concedere l'autorizzazione. Presentazione richieste incomplete.	<u>Medio</u>	Verifica completezza e congruità della richiesta. Confronto con direttore di UOC per evidenza del rispetto dei criteri richiesti per autorizzazione o di eventuali delucidazioni in casi dubbi
Medicina necroscopica	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione attività necroscopica, attività di regolamentazione della camera mortuaria nonché delle modalità di comunicazione con i parenti del de cuius	1 comunicazioni relative al decesso ai familiari da parte del personale di reparto 2 trasporto della salma in Camera Mortuaria 3 visita necroscopica da parte dei medici necroscopi della DMP 4 vestizione da parte di operatori interni a titolo gratuito	Direzione Medica di Presidio	Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio a turno	DPR 285/90; I.O. Medicina Necroscopica, Regolamento camera mortuaria	Segnalazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri in reparto o in Camera Mortuaria. Accettazione di denaro dai parenti per la vestizione o altre attività gratuite.	Mancata adozione di procedure riservate per la comunicazione del decesso, mancato rispetto del regolamento interno pubblicato sul sito internet, affisso presso la Camera mortuaria e consegnato/illustrato ai parenti dal personale e su richiesta .	<u>Medio</u>	Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese che si sono occupate del funerale (che vengono puntualmente registrate). Verifica quotidiana durante il giro salme del medico necroscopo di Direzione Medica e ispezioni a sorpresa in camera mortuaria per controllo processi in corso e dell'eventuale presenza nei locali riservati al personale di soggetti non autorizzati. Diffusione ampia del Regolamento interno con evidenza sul sito internet istituzionale.
Libera Professione	Autorizzazione Attività libero professionale	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione, in intramoenia allargata o presso studi professionali privati	1 richiesta di autorizzazione all'esercizio della LP intramoenia anche allargata da parte del Dir Medico; 2 verifica del possesso dei requisiti 3 autorizzazione 4 controlli periodici come definiti dal Regolamento della Fondazione	Direttore Medico di Presidio	Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio	Art. 2, comma 4, legge 120/07 e s.m.i.; Reg. n. 17/2008	False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia; Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale; Espletamento da parte del personale medico dell'attività libero professionale ambulatoriale durante l'orario di lavoro, in base alle timbrature documentate dal sistema di rilevazione presenze; Errate indicazioni al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime istituzionale; Trattamento più favorevole riservato ai pazienti gestiti in libera professione; Non congruità del processo di prenotazione-esecuzione-fatturazione e incasso delle prestazioni erogate	Autorizzazione senza previa verifica dei requisiti necessari. Mancato monitoraggio periodico dei volumi di prestazioni rispetto all'attività istituzionale. Mancata istruttoria in caso di segnalazioni di non conformità nelle timbrature segnalate dall'ufficio personale.	<u>Medio</u>	Verifica preventiva e periodica circa la sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale; Verifica a campione dei volumi di attività svolta dai medici in libera professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati; Per verificare che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari della prima visita prenotata in regime libero professionale; Valutazione di casi segnalati; Implementazione e monitoraggio dei canali informativi sul sito della Fondazione, aggiornamento delle liste di attesa istituzionali; Verifica degli importi fatturati e incassati complessivamente da parte degli studi esterni per l'accertamento della congruenza
Liste d'attesa	Gestione delle liste d'attesa	Adempimenti debiti informativi correlati e modulazione delle agende di prenotazione	1. accesso del paziente alla Fondazione in regime ambulatoriale tramite prenotazione assegnata dal CUP regionale/interno secondo priorità di legge oppure in regime di ricovero tramite lista di attesa interna composta sempre secondo priorità clinica assegnata dallo specialista 2. controllo del rispetto del corretto iter di accesso ed erogazione delle prestazioni 3. monitoraggio periodico tempi di attesa delle prestazioni secondo le regole di sistema e sistematico controllo delle liste di attesa.	Responsabile Unico Liste d'Attesa (Dott. Castoldi)	Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio e personale amministrativo.	PNGLA 2019-2021	Favorire liste di attesa medio/lunghe al fine di instradare l'utenza verso attività libero-professionale o altra struttura ; Mancato ripetto delle classi di priorità; erogazione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali a favore di pazienti che non inseriti in lista d'attesa	mancato monitoraggio periodico del processo.	<u>Medio</u>	Monitoraggio periodico delle liste di attesa con rimodulazioni delle agende di prenotazione ambulatoriale o rimodulazione sedute operatorie; verifica periodica e produzione report (numero, volumi, attività in libera professione/ numero volumi attività istituzionale registrati) per prestazioni monitorate. Controllo periodico delle prestazioni monitorate erogate in libera professione con tempo di attesa=0.

U.O.C. di riferimento Risorse Umane - U.O.C. gestione trattamento Giuridico

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti (es. L.104/1992, D.Lgs. 151/2001, D.I. 278/2000, CCNL, ecc.	L'ente garantisce a tutti i dipendenti l'accesso ai vari istituti normativi e contrattuali vigenti (es: malattia, congedi, ferie, permessi, aspettative, L.104/1992, tutela e sostegno della maternità' e della paternità', diritto allo studio, ecc.) accertando l'effettivo possesso dei requisiti prima della concessione e secondo le procedure specifiche per ogni istituto.			Avv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	P 03 - Procedura gestione delle Risorse Umane	Errato Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati.		<u>Basso</u>	Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. Verifica possesso requisiti legati all'istituto.

Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decisione dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veridica, sono applicabili le sanzioni penali previste per i ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono: - il controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e raccolto sulla specificità dei singoli provvedimenti; - gli controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi qualificati che, in relazione a fatti o ad atti conoscitivi, sussistono ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato e non potrà basarsi			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	Legge n. 241/1990 e s.m.i.; DPR 184/2006 ; Legge 445/2000 e s.m.i.	Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.		Basso	Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti.
Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione	Adempimenti PerlaPA: permessi ex lege 104/92, Gedap, Gepas. Lavoro usurante notturno: comunicazione annuale al Ministero del lavoro.; Conto annuale Flussi informativi riferiti al personale a Regione Lombardia			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	Disciplina Nazionale e Regionale vigente	1) Elaborazione ed invio di dati errati o inveritieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.		Basso	Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di gestione delle assenze presenze, quanto estratto dal medesimo sistema come reportistica e quanto comunicato al Dipartimento della Fuzinoe Pubblica ed al Portale di Regione Lombardia
Reclutamento: concorsi e procedure selettive per assunzioni e partecipazione a commissioni di concorso	La Fondazione assicura, attraverso l'impiego di selezioni pubbliche e nel rispetto delle norme nazionali generali (D. lgs. n. 102/2001) e di settore (ex DPR 220/2001, DPR 483/1997, DM 3002/1998 e 31/01/11998), il reclutamento del personale, garantendo pari opportunità trasparenza amministrativa. In particolare, l'art. 35 comma 5.2 del decreto legislativo 50 marzo 2001, n. 165 prevede l'emanazione di "linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto delle normative, anche regolamentare, vigenti in materia". La disposizione è stata introdotta dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75 e si inserisce nell'ambito di un più ampio intervento riformatore finalizzato ad aggiornare e migliorare la qualità, la professionalità e la competenza del personale che opera presso le PP.AA.			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	D. lgs n. 165/2001; DPR 220/2001; DPR 483/1997; DM 3001/1998 e 31/01/11998	1) Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari. 2) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia imparzialità e trasparenza. 3) Accettazione di richieste di mobilità in cambio di denaro o altra utilità.		Medio	1) Monitoraggio composizione commissioni e conseguente controllo della rotazione dei membri. 1) Monitorare periodicamente gli adempimenti di pubblicità di competenza potenziandolo con l'ausilio sistemi informatici. 2) vigilare applicazione normativa/procedura/regolamento a garanzia imparzialità.
Analisi dei fabbisogni del personale, bandi e gestione graduatorie concorsuali	La legge delega 134 del 2015 richiama l'introduzione del fabbisogno di personale come criterio ordinatore delle politiche assunzionali. Più precisamente fa riferimento alla "... definizione di obiettivi di contenimento delle assunzioni, differenziate in base agli effettivi fabbisogni". Tra gli obiettivi indicati dalla delega vi era inoltre l'introduzione di un sistema informativo nazionale, finalizzato alla determinazione di indicatori generali e di parametri di riferimento in grado di orientare la programmazione delle assunzioni anche in relazione agli interventi di organizzazione delle amministrazioni pubbliche. Il decreto legislativo 75 del 2017 di attuazione a queste volontà legislative intervenendo sulla normativa esistente e risolvendo diversi passaggi del D. lgs. 102/2001 (art. 35, co. 5.2). Sono state pubblicate in Gazzetta la "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto delle normative, anche regolamentare, vigenti in materia" (Decreto n. 24 del 29 aprile 2018). Ogni anno l'Azienda adotta il Piano triennale del fabbisogno del personale (la succursione nel rispetto dei vincoli normativi e regionali vigenti e riconoscibile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale).			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'8 maggio 2018, recante: "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" D.G.R. n. XI/3526 del 05/08/2020 di approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale degli Enti pubblici del SSR per il triennio 2019 - 2021	1) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati". 2) Abuso dei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari. 3) Fabbisogno di personale ridondante sulla scorta di specifiche promesse da parte dei possibili assumendi dietro illecito compenso o altra utilità.		Medio	coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire. coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire. in particolare coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire.
Gestione giuridica personale, certificazione dati giuridici e stato di servizio	Gestione giuridica del personale: il compito di tutte le procedure di assunzione del personale dipendente in attuazione dei Piani Assuntive annuali approvati dalla Giunta Regionale e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti. Gestione tutte le procedure amministrative inerenti la graduatoria dei concorsi. Tramite l'Ufficio gestione giuridica personale dipendente si occupano di: • predisposizione dei contratti individuali di lavoro • sviluppo di carriera (incarichi dirigenziali, posizioni organizzative) • informazione rapporti di lavoro • cura e gestione dei fascicoli giuridici • gestione dei fabbisogni triennali (dotazioni organiche) • adempimenti regionali, ministeriali e statali varie • predisposizione dei regolamenti interni in attuazione di disposizioni contrattuali e normative. • rilascio di certificazioni di servizio a richiesta del dipendente.			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	D. lgs n. 151/2001 e s.m.i.; D lgs. 165/2001; CCNL di categoria di firerimento	Attestazione stati giuridici errate inovertieri.		Basso	1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite prima della stipula del contratto. 3) attivare denuncia alle autorità competenti per reato penale di «falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico».
Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (es. consulenze D.Lgs. 165/2001)	Il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione è caratterizzato da specifiche incompatibilità con altri impieghi. Tali incompatibilità sono prescritte dall'ordinamento in ragione dello status giuridico di dipendente pubblico. Il quale, ai sensi dell'art. 108 della Costituzione, "è al servizio esclusivo della Nazione". L'Azienda può conferire dalle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, intendendosi per tutti le attività non ricomprese nei compiti e doveri d'ufficio, da svolgere al di fuori dell'orario di servizio, così come previsto dall'art. 33 del D.lgs. n. 165/2000 e s.m.i.			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	D. lgs n. 165/2001; (Regolamento n. 37/2014)	Controllo sulle richieste di autorizzazioni non puntuale al fine di favorire un terzo.		Medio	1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite prima della stipula del contratto. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità. 3) attivare denuncia alle autorità competenti per reato penale di «falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico».
Valutazione del Personale Dipendente	La legge n. 15/09 e il d.lgs. 150/09 (cd. riforma "Borletta") sono intervenuti anche in materia di assunzioni e progressioni di carriera con l'obiettivo, più volte enunciato finché nella legge delega di obbligare le amministrazioni ad adottare ragionamenti e scelte rigorosi e principi di concorsualità e meritocrazia. La Legge sulla performance è stata modificata con il D.lgs. 74/2017, che ha rafforzato l'obbligo sull'aspetto dell'etica e, più in generale, sulla valutazione della performance organizzativa. Tali provvedimenti sono stati voluti per contrastare la deriva adempimentale che vede nella legge sulla performance un edotto meccanismo burocratico finalizzato esclusivamente a eleggere presso i Responsabili e Dirigenti e dipendenti pubblici, "a prescindere" dai meriti. Le progressioni consistono nella possibilità offerta ai dipendenti pubblici in virtù di alcuni titoli di titolo posseduti e dell'esperienza e qualifica maturata durante la sua vita lavorativa di impiegato di fare carriera lavorativa.			Avvv. Elena Galati	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	P. 4. Procedura di valutazione delle prestazioni individuali; D. lgs n. 165/2001; CCNL di Categoria; D lgs n. 1502/2009; D . Lgs n. 74/2017;	Alterazione di dati/valutazione allo scopo di riconoscere illegittimamente progressioni economiche.		Basso	Verifica a campione, da parte del Dirigente, della corretta applicazione dei criteri previsti dagli accordi sottoscritti in delegazione trattante oltre alla pubblicazione delle procedure e al controllo dei servizi effettuati presso altri enti pubblici con richiesta di certificati di servizio.

U.O.C. RISORSE UMANE E POLITICHE DEL PERSONALE - TRATTAMENTO PREVIDENZIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio					Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo			Mantenere il sistema dei controlli per quanto attiene la richiesta di assegni familiari (stato di famiglia, dichiarazione dei redditi, il datore di lavoro del coniuge) e dichiarazioni di decesso
		Elaborazione stipendi	Elaborazione dei cedolini stipendiali di tutto il personale dipendente della Fondazione - personale Dirigenza e Comparto -: voci fisse, retribuzione accessoria, indennità, detrazioni familiari a carico, assegni familiari, trattenute fiscali, previdenziali e Inail.				In sede di elaborazione mensile dei cedolini stipendiali inserimento erroneo di voci stipendiali non spettanti/ errore di matricola delle buste paga aggiunta di voci stipendiali non dovute			Controllo delle buste paga del personale abilitato e dell'eventuale personale con rapporto di parentela da inserire nel programma informatico le voci stipendiali
		Determinazione degli oneri contributivi, assicurativi e assistenziali					Errata determinazione degli importi di versamento			Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica ed il Dirigente o Collaboratore amministrativo con incarico di funzione che riconfermano la pratica
			La cessione del quinto e i prestiti dell'INPS (così denominati "prestito pluriennale" e "piccolo prestito") sono una forma di finanziamento a tasso fisso con rimborso a rate costanti, in questa forma di contratto, il rimborso delle rate non viene effettuato dal richiedente bensì dal suo datore di lavoro (o dall'Istituto previdenziale nel caso di pensionati) e il relativo importo è trattenuto direttamente dal netto in busta paga (o	Collaboratore amministrativo						

GESTIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO PREVIDENZIALE	Cessione del quinto dello stipendio e prestiti dell'INPS	dalla pensione). Il datore di lavoro è pertanto il soggetto deputato a versare le rate a favore dell'istituto che ha erogato il prestito.	con incarico di funzione. Dirigente Responsabile UOS Gestione Economico e Previdenziale (responsabile fase). Direttore UOC politiche e gestione risorse umane (Responsabile intero processo) Assistente amministrativo. Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. Direttore U.O.C. Risorse umane e politiche del personale (Responsabile intero processo)	T.U. D.P.R. 05/01/1950 N. 180 e relativo Regolamento D.P.R. 28/07/1950 n. 895 Regolamento per l'erogazione di prestiti - INPS	Certificato dello stipendio in veritiero - Certificato dello stipendio con dati errati		Basso	Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica ed il Dirigente o Collaboratore amministrativo con incarico di funzione che ricontrollano la pratica Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica e altro collaboratore che verifica la correttezza dei dati
	Progressioni di carriera				Alterazione di dati/valutazione allo scopo di riconoscere illegittimamente progressioni economiche		Verifica a campione, da parte del Dirigente, della corretta applicazione dei criteri previsti dagli accordi sottoscritti in delegazione trattante oltre alla pubblicazione delle procedure e al controllo dei servizi effettuati presso altri enti pubblici con richiesta di certificati di servizio	
	Determinazione dei compensi del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente e con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale					Alterazione compenso fisso mensile del personale borsista; Alterazione ore lavorate del personale in libera professione		Controllo a campione incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica ed il Dirigente o altro collaboratore con incarico di funzione che ricontrollano la pratica

U.O.C. Risorse Umane e Politiche del personale- Gestione trattamento economico

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
Elaborazione stipendi	Elaborazione dei cedolini stipendiali di tutto il personale dipendente della Fondazione - personale Dirigenza e Comparto -: voci fisse, retribuzione accessoria, indennità, detrazioni familiari a carico, assegni familiari, trattenute conto terzi, trattenute fiscali, trattenute previdenziali e Inail.				n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa - n.5 assistenti amministrativi cat. C - n.1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5	Procedura "6.6 Gestione del trattamento economico del personale dipendente" in via di definizione nell'ambito del Percorso attuativo della certificabilità del bilancio (PAC) di cui alla L.R. n. 23/2015.	In sede di elaborazione mensile dei cedolini stipendiali inserimento di voci stipendiali non spettanti			Controllo delle voci stipendiali inserite manualmente/caricamento automatico operate da personale abilitato diverso, rispetto a personale abilitato che ha effettuato l'inserimento dei dati in procedura stipendi. 1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite. 2) Vigilare sull'attuazione della corretta prassi di controllo. 3) Informare il RPCT di eventuali irregolarità
Cessione del quinto dello stipendio e prestiti dell'INPS	La cessione del quinto dello stipendio e i prestiti dell'INPS (così denominati "prestito pluriennale" e "piccolo prestito"), sono dei finanziamenti a tasso fisso erogati ai dipendenti da Istituti Finanziari iscritti all'albo unico degli intermediari finanziari o direttamente dall'INPS, con pagamento a rate costanti. Una volta notificato il contratto da parte degli Intermediari, oppure il tabulato di messa in quota da parte dell'Inps, il pagamento delle rate non viene effettuato dal richiedente, ma dal suo datore di lavoro che trattiene l'importo da versare direttamente dalla busta paga del dipendente. Il datore di lavoro diventa pertanto debitore ceduto.				n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa - n.5 assistenti amministrativi cat. C - n.1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5	T.U. D.P.R. 05/01/1950 N. 180 e relativo Regolamento D.P.R. 28/07/1950 n. 895 Regolamento per l'erogazione di prestiti - INPS	Certificato dello stipendio in veritiero			Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica e altro collaboratore che verifica la veridicità dei dati. 1) Vigilare sui controlli eseguiti dal personale della struttura tenendone traccia. 2) Rilevato errore attivare immediata misura correttiva 3) Informare il RPCT dell'irregolarità.
Determinazione dei compensi del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente e con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale	Elaborazione dei compensi mensili del personale non dipendente (borse di studio, collaborazioni, libere professioni) e liquidazione delle fatture (libere professioni).				n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa - n.5 assistenti amministrativi cat. C - n.1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5	Procedura "6.7 Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato al lavoro dipendente" e "6.8 Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale" in via di definizione nell'ambito del Percorso attuativo della certificabilità del bilancio (PAC) di cui alla L.R. n. 23/2015.	1) Alterazione compenso fisso mensile del personale borsista. 2) Alterazione ore lavorate del personale in libera professione		Basso	Controllo incrociato tra l'operatore che gestisce la pratica e altro collaboratore che verifica la veridicità dei dati. 1) Vigilare sui controlli eseguiti dal personale della struttura tenendone traccia. 2) Rilevato errore attivare immediata misura correttiva. 3) Informare il RPCT dell'irregolarità.

<p>Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.</p>	<p>L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. I controlli eseguiti sulle dichiarazioni sostitutive concernenti le informazioni necessarie sono:</p> <p>a) controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti;</p> <p>b) controlli in caso di ragionevole dubbio.</p> <p>I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adempimento dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili di Altre Strutture</p>			<p>Avvv. Elena Galati</p>	<p>n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa - n.5 assistenti amministrativi cat. C - n.1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5</p>	<p>Legge n. 241/1990 e s.m.i.; DPR 184/2006 ; Legge 445/2000 e s.m.i.</p>	<p>Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.</p>			<p>Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti.</p>
<p>Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione</p>	<p>Conto annuale Flussi informativi riferiti al personale a Regione Lombardia - parte economica</p>			<p>Avvv. Elena Galati</p>	<p>n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa - n.5 assistenti amministrativi cat. C - n.1 coadiutore amministrativo senior Cat.B5</p>	<p>Disciplina Nazionale e Regionale vigente</p>	<p>1) Elaborazione ed invio di dati errati o inventieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.</p>			<p>Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di e quanto comunicato al Portale di Regione Lombardia</p>

U.O.C. Risorse Umane e Politiche del personale - Gestione presenze

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

U.O.C. ECONOMICO-FINANZIARIA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO (Breve descrizione del processo con gli elementi in ingresso che lo innescano (input) e il risultato atteso (output))	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO (ove possibile si richiede l'identificazione per le singole attività)
			Recepimento Decreto Regionale di Assegnazione delle risorse e delle linee guida regionali							

Procedura generale di bilancio	Il processo di elaborazione dei Bilanci (preventivo, consuntivo e delle certificazioni economiche trimestrali), è finalizzato a garantire la completezza, l'esistenza, l'accuratezza, la valutazione, la proprietà e la presentazione dei dati contabili in bilancio, in modo da fornire informazioni corrette e complete sulla gestione patrimoniale, finanziaria ed economica della Fondazione. Affinché possa svolgere tale funzione, il bilancio deve essere redatto con chiarezza, in modo da rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. Tale processo coinvolge tutto il personale della Unità Operativa, in quanto gli elementi in ingresso sono costituiti dai singoli movimenti contabili della contabilità generale (fatturazione attiva, passiva ecc.). Il risultato finale del processo è il modello completo di Bilancio previsto dalla normativa, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Rendiconto Finanziario e Nota Integrativa, ed è corredato dalla Relazione sulla Gestione.	Gestione del bilancio preventivo economico annuale (BPE)	Predisposizione modello di bilancio preventivo e relativi allegati								
		Adozione del bilancio preventivo parte del CDA	Direttore di Unità Operativa				Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità, ecc.) per il perseguimento di interessi diversi; Mancato rispetto dei vincoli di bilancio	Mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità della normativa di riferimento	Presenza di procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali. Verifiche periodiche e parere sul bilancio preventivo espresso dal Collegio Sindacale. Parere positivo		
		Acquisizione del parere del Collegio Sindacale									
		Approvazione del bilancio preventivo da parte di Regione Lombardia									
		Gestione della rendicontazione periodica del bilancio (CET)	Recepimento Decreto Regionale di Assegnazione risorse (eventuale aggiornamento rispetto al BPE)		11 collaboratori amministrativi (di cui 1 esperto); 11 assistenti amministrativi (di cui 1 a tempo determinato); 7 coadiutori amministrativi (di cui 4 esperti)				<u>Basso</u>		
		Predisposizione dei modelli di certificazione economica (CET) e relativi allegati	Direttore di Unità Operativa				Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità, ecc.) per il perseguimento di interessi diversi; Mancato rispetto dei vincoli di bilancio	Mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità della normativa di riferimento	Presenza di procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali. Il Collegio Sindacale effettua quattro verifiche in un anno a cadenza trimestrale con successivo parere su ogni singolo CET. Quattro pareri positivi.		
		Acquisizione parere del Collegio Sindacale									
		Approvazione da parte di Regione Lombardia									
		Gestione del bilancio consuntivo (bilancio d'esercizio - BES)	Recepimento Decreto Regionale di Assegnazione risorse di consuntivo								
		Predisposizione modello di bilancio d'esercizio e relativi allegati	Direttore di Unità Operativa				Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità, ecc.) per il perseguimento di interessi diversi; Mancato rispetto dei vincoli di bilancio	Mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità della normativa di riferimento	Presenza di procedure emesse nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci e delle linee guida regionali. Il Collegio Sindacale effettua una verifica annuale sul BES, in seguito alle verifiche trimestrali, con successivo parere sul bilancio consuntivo. Parere positivo.		
		Adozione del bilancio d'esercizio da parte del CDA									
		Acquisizione parere del Collegio Sindacale									
Approvazione da parte di Regione Lombardia											

U.O.C. ECONOMICO-FINANZIARIA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
			Predisposizione Modello Piano dei flussi di cassa prospettici							

GESTIONE PIANO DEI FLUSSI DI CASSA PROSPETTICI	Il Piano dei flussi di cassa prospettici rappresenta lo strumento di programmazione finanziaria dell'Ente. Esso è parte integrante del Bilancio di Previsione e descrive le dinamiche finanziarie previste/conseguite coerentemente al decreto di assegnazione delle risorse dell'esercizio e alle regole di sistema in merito alla determinazione degli acconti del SSR. Il Piano contiene pertanto le informazioni sui flussi di cassa in entrata concordati (da Regione o ATS) o stimati (entrate proprie) con le previsioni di uscita mensilizzate. I dati di input sono le previsioni di entrata e uscita, che nel corso dell'anno vengono sostituite dalle rilevazioni mensili.	Predisposizione piano dei flussi di cassa prospettici in fase di Bilancio Preventivo	Predisposizione relazione di accompagnamento al Piano dei Flussi di cassa	Direttore di Unità Operativa			Mancato rispetto dell'equilibrio finanziario con necessità di ricorso all'anticipazione bancaria	Difficoltà della previsione in relazione all'imprevedibilità di alcuni flussi finanziari	Verifiche di cassa mensili ed analisi degli scostamenti, verifiche di cassa trimestrali del Collegio Sindacale	
			Trasmissione in Regione tramite Portale Scriba							
		Aggiornamento periodico del Piano dei flussi di cassa	Predisposizione modello con aggiornamento con dati effettivi trimestrali e adeguamento delle stime di chiusura	Direttore di Unità Operativa	1 collaboratore amministrativo, 1 assistente amministrativo, 1 coadiutore amministrativo	Linee guida regionali del Bilancio di Previsione e delle Certificazioni Trimestrali, emanate dalla Direzione Generale Welfare e dalla Direzione Centrale Programmazione, Finanza e Controllo di Gestione	Mancato rispetto dell'equilibrio finanziario con necessità di ricorso all'anticipazione bancaria	Difficoltà della previsione in relazione all'imprevedibilità di alcuni flussi finanziari dei periodi successivi	Basso	Verifiche di cassa mensili ed analisi degli scostamenti, verifiche di cassa trimestrali del Collegio Sindacale
			Trasmissione in Regione tramite Portale Scriba							
		Piano dei flussi di cassa annuale	Predisposizione modello con rilevazione dati a consuntivo	Direttore di Unità Operativa			Mancato rispetto dell'equilibrio finanziario con necessità di ricorso all'anticipazione bancaria	Difficoltà della previsione in relazione all'imprevedibilità di alcuni flussi finanziari dei periodi successivi		Verifiche di cassa mensili ed analisi degli scostamenti, verifiche di cassa trimestrali del Collegio Sindacale
			Predisposizione relazione di accompagnamento al Piano dei Flussi di cassa con analisi degli scostamenti rispetto al budget							
			Trasmissione in Regione tramite Portale Scriba							

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
PARERI/ATTIVITA' CONSULTIVA INTERNA ALL'AMMINISTRAZIONE	Attività di consulenza, supporto e parere su richiesta degli organi di Presidenza e di Direzione dell'Ente, nonché delle UU.OO ai sensi del Regolamento interno sull'Avvocatura n. 9/2008	Redazione di pareri e rilascio di consulenze	<p>1) Esame preliminare della richiesta di parere da parte Presidenza/Direzione Strategica e U.O interessata</p> <p>2) Acquisizione di relazione/documentazione da parer delle Strutture interessate</p> <p>3) Disamina della fattispecie mediante ricerche normative, dottrinali e giurisprudenziali</p> <p>4) Redazione e trasmissione del parere al soggetto richiedente</p>	UOC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 5 unità (di cui n. 4 a rotazione)	Regolamento aziendale per il funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008 e normative specifiche relative alla materia oggetto del parere	In relazione alla fase 2): criticità legata ad informazioni non corrette/non complete fornite dalla Struttura richiedente, tali da incidere sui contenuti del parere che verrà reso. In ogni caso i pareri rilasciati dall'Avvocatura non hanno efficacia vincolante per le Strutture richiedenti (per cui il rischio è minimo)	Non correttezza/incompletezza della relazione/documentazione fornita	Medio	In relazione alle fasi 2) e 3) implementare - ove possibile - l'attività di verifica delle informazioni fornite dalle Strutture richiedenti, anche attraverso incontri/confronti con il personale della Struttura interessata

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
SERVIZIO ISPETTIVO	Il processo è finalizzato all'espletamento delle verifiche disciplinate dal Regolamento Aziendale sul funzionamento del Servizio Ispettivo n. 19/2008 nei confronti dei nominativi dei dipendenti estratti a sorte.	Verificare l'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di incompatibilità, attività libero professionale intramuraria ed extramuraria, rapporto di lavoro part time, consulenze e consulti, pantouflage	1) Esame preliminare dell'elenco dei nominativi del personale estratto a sorte dalla UOC Risorse Umane e trasmesso dalla medesima Struttura 2) Informativa agli interessati dell'avvio del procedimento e trasmissione di modulo per autocertificazione delle attività extraistituzionali svolte, partecipazioni o meno in società, assenza di conflitto d'interesse, ecc. 3) Istruttoria mediante acquisizioni documentali e, ove possibile, mediante richiesta ad Enti terzi 4) Confronto esiti verifiche con le autocertificazioni acquisite 5) Eventuale istruttoria orale in contraddittorio con i soggetti interessati 6) Conclusione del procedimento 7) Informativa agli interessati degli esiti delle verifiche 8) Relazione conclusiva 9) Trasmissione della relazione conclusiva alla Direzione Generale della Fondazione ed al Dipartimento della Funzione Pubblica 10) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione	Trattasi di Servizio istituito a livello aziendale con apposita determina (cfr. Determina n. 940/D.G. del 22.09.2008) Responsabile del Servizio Ispettivo	N. 2 unità Composizione eterogenea, non necessariamente riconducibile alla UOC Avvocatura - Legale e Contenzioso	Regolamento Aziendale n. 19/2008 sul funzionamento del Servizio Ispettivo	Le criticità del processo sono minime in quanto trattasi prevalentemente di attività di controllo vincolata	Non correttezza/incompletezza della documentazione fornita al Servizio per le conseguenti verifiche	<u>Basso</u>	

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
			1) Esame preliminare della richiesta risarcitoria o della segnalazione di avvenuto danno da parte delle UOC interessate 2) Denuncia e richiesta di apertura del sinistro al broker aziendale							

NOMINA DEI CONSULENTI TECNICI DI PARTE	Conferimento di incarico consulenziale, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, a professionisti specializzati nella materia oggetto della vertenza	Conferimento d'incarico di perito di parte (stragiudiziale o giudiziale) sulla scorta delle indicazioni nominative fornite da Strutture/soggetti esterni all'ufficio legale	1) Rilevazione del fabbisogno di professionalità esterna alla Fondazione da parte di organismo diverso dalla Struttura che gestisce il processo (es: il Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale)	UOC AVVOCATURA LEGALE E CONTENZIOSO	N. 5 unità	Regolamento aziendale per il funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di collaborazione n. 14/2008; Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	In relazione alla fase 2); possibile distorsione della discrezionalità nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità. (rischio minimo e comunque gravante su soggetti estranei alla Struttura)	In relazione alla fase 2); insussistenza di elenchi/Albi professionali dedicati	<u>Medio</u>	Proposta/progetto regionale in itinere di redazione di Albo di consulenti tecnici condiviso tra le aziende sanitarie lombarde
			2) Individuazione del professionista mediante l'indicazione fornita dalle UU.OO. competenti per materia e/o dal medico legale esterno (nell'ipotesi di malpractice). La scelta del nominativo del perito è pertanto estranea alla Struttura che gestisce il processo							
			3) Istruttoria interna con acquisizione di preventivo, di dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi, eventuale nulla osta dell'Ente di appartenenza, curriculum vitae, ecc							
			4) Trasmissione del preventivo di spesa per l'approvazione da parte della Direzione Strategica							
			5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e adempimenti di legge correlati							
			6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso							
			7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica							

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
CONFERIMENTO DI INCARICO DI PATROCINIO LEGALE AD AVVOCATI ESTERNI	Proposta di provvedimento d'incarico a fronte dell'indicazione del nominativo del professionista da parte dell'Amministrazione	Istruttoria e redazione dei provvedimenti di incarico e liquidazione dei compensi in esito all'attività svolta dal professionista	<p>1) Rilevazione del fabbisogno di professionista legale esterno alla Fondazione da parte degli organi di vertice</p> <p>2) Individuazione del professionista mediante l'indicazione fornita dall'Amministrazione ai sensi del Regolamento Aziendale sul funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008</p> <p>3) Istruttoria interna con l'acquisizione di preventivo di spesa, dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi, curriculum vitae</p> <p>4) Trasmissione del preventivo per l'approvazione da parte della Direzione Strategica</p> <p>5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e</p>	RESPONSABILE UOC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 2 unità	Regolamento Aziendale sul funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Statuto della Fondazione; Elenco o Albo interno degli Avvocati	<p>Le fasi 1) e 2) sono di norma rimesse a soggetti estranei all'Avvocatura</p> <p>Le criticità del processo sono minime in quanto il conferimento d'incarico ad Avvocati esterni è residuale a fronte della presenza di un'Avvocatura interna all'Ente preposta alla gestione diretta di tutti i contenziosi.</p> <p>In relazione alla fase 2); possibile distorsione della discrezionalità nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità in relazione alla complessità e specificità della materia da trattare.</p>		<u>Basso</u>	Procedura aziendale in itinere per l'istituzione di un nuovo elenco interno degli avvocati ai quali affidare eventuale patrocinio

			adempimenti di legge correlati							
			6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso							
			7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica							

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
ISTANZA DI PATROCINIO LEGALE AVANZATA ALLA FONDAZIONE DA DIPENDENTI E AMMINISTRATORI	Il processo scaturisce da una richiesta di patrocinio legale da parte di amministratori/dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari per fatti connessi all'esercizio delle proprie funzioni e si conclude - ove ne sussistano i presupposti - con il pagamento del legale da parte dell'Azienda.	Espletamento dell'attività istruttoria e dei correlati provvedimenti per l'assunzione del patrocinio da parte dell'Azienda	1) Ricezione dell'istanza di patrocinio legale	RESPONSABILE UOC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 4 unità	Art 67 del CCNL dell'Area della Sanita' (Dirigenza Medica e Sanitaria periodo 2016-2018); Art 26 del CCNL 20.09.2001 Comparto Sanità (non abrogato dal contratto vigente); Art 25 del CCNL 1998-2001 STPA; Contratti individuali di lavoro di prestazione d'opera intellettuale; Modulo interno per istanza di patrocinio	Per le fasi 2-3 possibile distorsione della valutazione sulla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento o meno dell'istanza di patrocinio (criticità minima - coinvolgimento nel processo di soggetti estranei all'Avvocatura)		<u>Basso</u>	
			2) Valutazione sulla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento, o meno, dell'istanza, conformemente alle disposizioni dei CCNLL o del contratto individuale. In caso la richiesta provenga da Amministratori, la valutazione sulla sussistenza del conflitto d'interessi è estranea all'Avvocatura							
			3) A conclusione del procedimento giudiziale, liquidazione degli oneri al legale incaricato o rimborso al dipendente, in presenza dei presupposti ed alle condizioni del CC.NN.LL. o del contratto individuale							
			4) Formalizzazione di provvedimento autorizzativo al pagamento o al rimborso delle spese legali, ove dovuto							

U.O.C. AVVOCATURA LEGALE-CONTENZIOSO

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

U.O.C. AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		Presenza in carico della proposta di donazione	La proposta giunge tramite mail o a mani all'Ufficio Protocollo che provvede a registrarla e ad inviarla all'UOSD AA.GG. Per la presa in carico	Ufficio Protocollo, U.O.C. Economico-Finanziaria, Direzione Scientifica, U.O. sanitarie, UOSD Affari Generali	4		Perdita del documento o mancato invio dello stesso al protocollo o errata assegnazione	Lasso di tempo intercorrente tra l'arrivo del documento, la protocollazione e la presa in carico. Oggetto poco chiaro (in caso di errata assegnazione)		Nuovo sistema di protocollazione aziendale
			La proposta giunge tramite mail agli altri Uffici della Fondazione che provvedono ad inviarla all'Ufficio Protocollo o, in subordine, alla UOSD AA.GG. Nel primo caso, la proposta viene registrata/protocollata dall'Ufficio Protocollo e poi inviata alla UOSD AA.GG. per il seguito di competenza. Nel secondo caso, la proposta viene inviata dapprima all'Ufficio Protocollo che provvederà alla registrazione/protocollazione della stessa e, successivamente, all'inoltro alla UOSD AA.GG.							
			La proposta giunge tramite mail alla UOSD AA.GG. che provvede ad inoltrarla all'Ufficio Protocollo per la registrazione della stessa. L'ufficio protocollo, una volta registrata/protocollata la proposta, la inoltra alla UOSD AA.GG. per l'avvio dell'iter istruttorio.							
		Verifica elementi essenziali della proposta	Completezza degli elementi identificativi del donante (data di nascita, c.f. e partita IVA in caso di persona giuridica, telefono, mail, pec ove presente)	UOSD Affari Generali	1		Omessa o incompleta verifica degli elementi essenziali	Proposta incompleta o contraddittoria		Contatti con il donante al fine di integrare gli elementi mancanti
			Verifica oggetto della donazione (somma di denaro, fornitura di servizi, beni mobili, apparecchiature/attrezzature, beni immobili) al fine di avviare l'istruttoria della stessa							
			Verifica dell' eventuale sussistenza di vincoli/oneri a carico dell'Ente							
			Verifica del valore economico della stessa							
	Il processo consiste nell'attivazione e gestione dell'iter normativo previsto per		Verifica presenza data, firma ed eventuale Ufficio di destinazione							
			Per le donazioni aventi ad oggetto somme di denaro, occorre previamente verificare presso la UOC Economico-Finanziaria, la sussistenza o meno di un bonifico. Il bonifico, infatti, può essere effettuato dal donante contestualmente alla proposta di donazione, successivamente ad essa, oppure essere effettuato solo dopo l'avvenuta comunicazione al donante dell'accettazione formale della sua donazione da parte del C.d.A. dell' Ente.							
			Per le donazioni aventi ad oggetto somme di denaro occorre verificarne dapprima il valore. Se superiori a 1.000 euro occorre acquisire dai soggetti chiamati a rilasciare i nulla osta anche la Dichirazione di assenza di conflitto di interessi. Occorre, altresì, verificare se sulle stesse gravi un vincolo di destinazione (attività di assistenza, attività di ricerca, attività di formazione, attivazione borsa di studio, o contratto libero professionale).							
			Se la proposta ha ad oggetto somme di denaro destinate all'assistenza, va acquisito il nulla osta del Direttore Medico di Presidio; se la proposta ha ad oggetto somme di denaro							

ACQUISIZIONE ATTI DI LIBERALITA'	l'accettazione da parte dell'Ente di tutti gli atti di liberalità, aventi ad oggetto somme di denaro, forniture di servizi, beni mobili ed immobili, pervenuti da persone fisiche o giuridiche. L'elemento che innesca il processo (input) è la proposta di donazione (consistente in una mail/lettera d'intenti o modulistica specifica inoltrata all'ufficio protocollo oppure agli altri uffici della Fondazione). Il risultato atteso (output) è l'acquisizione nel patrimonio dell'Ente di quanto offerto in donazione (somme di denaro, beni, servizi e forniture) attraverso l'accettazione formale dell'atto di liberalità da parte del C.d.A.	Avvio iter istruttorio	<p>destinate alla ricerca va acquisito il nulla osta del Direttore Scientifico, se la proposta ha ad oggetto somme di denaro da destinarsi ad attività di formazione, va richiesto il nulla osta della UOC Formazione e Sviluppo, se la proposta ha ad oggetto l'attivazione di contratti libero professionali o borse di studio va richiesto il nulla osta alla UOC Risorse Umane e, in caso si tratti di contratti di ricerca libero professionali o borse di studio per attività di ricerca, va richiesto anche il nulla osta del Direttore scientifico.</p> <p>Acquisiti i nulla osta del Direttore Medico di Presidio, del Direttore Scientifico, del responsabile della Formazione, del Direttore delle Risorse Umane, per quanto di competenza, occorre acquisire i nulla osta dei Direttori/Responsabili delle UOC che concretamente beneficeranno della donazione in quanto espressamente indicate dal donante come U.O. di destinazione.</p> <p>Per le donazioni aventi ad oggetto beni mobili (suppellettili, arredi etc etc.), apparecchiature e attrezzature occorre verificare la presenza di schede tecniche, manuali d'uso e certificazioni di conformità. In caso di documentazione assente o incompleta, occorrerà fare richiesta di integrazione al donante. Per tutte le donazioni aventi ad oggetto beni mobili, attrezzature e apparecchiature occorre acquisire la Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del Direttore/responsabile della UO di destinazione.</p> <p>Verificata la completezza della documentazione a disposizione, occorrerà richiedere i nulla osta/pareri tecnici alle UOC competenti: a) per i beni mobili, UOC Provveditorato e Economato e UOC Prevenzione e Protezione, b) per le apparecchiature elettromedicali, UOC Ingegneria Clinica; c) per le apparecchiature informatiche, UOC Sistemi Informativi Aziendali; d) per beni immobili, UOC Tecnico-Patrimoniale (che avvierà in autonomia l'iter istruttorio, trattandosi di donazioni aventi ad oggetto obblighi di fare)</p> <p>Acquisiti i pareri tecnici delle U.O. competenti, la proposta va inviata alle UO di destinazione del bene offerto in donazione per i nulla osta di competenza. Contestualmente alla richiesta di nulla osta e pareri tecnici, nel caso in cui la donazione in denaro abbia un importo sup</p>	UOSD Affari Generali	1	Artt. 774 e ss. Codice Civile, Regolamento "Atti di Liberalità" n. 59/19 della Fondazione Irccs Policlinico san Matteo; Statuto della Fondazione (art. 13, lett. F); Regolamento UE n. 2016/679 sulla protezione dei dati personali, Disposizioni ANAC	Mancata acquisizione dei nulla osta/pareri tecnici necessari e/o delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse	Scarsa collaborazione dei Direttori/responsabili delle U.O. di destinazione	<u>Basso</u>
		Inoltro proposta e documenti istruttori alla Direzione Strategica	<p>Acquisiti tutti i nulla osta/pareri e dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, le proposte di donazione, unitamente alla documentazione istruttoria curata dalla UOSD AA.G.G. ed alla bozza del provvedimento di adozione vengono inoltrate alla Direzione Strategica per il parere finale evidenziando eventuali criticità emerse durante l'iter istruttorio</p> <p>La Direzione Strategica, per il tramite del Direttore Amministrativo, fa pervenire il suo nulla osta o le sue osservazioni</p> <p>Acquisito il parere finale favorevole della Direzione, le proposte di donazioni, unitamente alla documentazione istruttoria agli atti della UOSD AA.G.G.; alla proposta di delibera ed agli allegati contenenti la specifica della donazioni, vengono inoltrate tramite mail al Segretario del C.d.A. per gli adempimenti conseguenti.</p> <p>Contestualmente la proposta di delibera unitamente agli allegati costituenti parti integrante della stessa vengono caricati sul programma Archiflow</p>	UOSD Affari Generali	1	Mancata acquisizione del parere finale della Direzione	Ritardato rilascio rispetto alle tempistiche C.d.A.		
		Accettazione della proposta	La proposta viene inserita dal segretario del Cda all'odg della prima seduta utile dell'organo di indirizzo che provvederà all'accettazione formale della stessa con provvedimento espresso.	Segretario del C.d.A.	1	Omissa pubblicazione del provvedimento	Disguidi/ritardi	Monitoraggio e sollecito	
		Adempimenti conseguenti all'accettazione della proposta	Il provvedimento di accettazione viene pubblicato sull'albo pretorio e inviato alle Strutture che devono procedere all'esecuzione dello stesso. Il medesimo provvedimento viene inoltrato, su richiesta, al donante.						
			Ai donanti viene inviata una lettera di ringraziamento a firma congiunta del Presidente e del Direttore Generale.	Segreteria Presidenza	1				

CONVENZIONI -PROTOCOLLI D'INTESA -CONTRATTI DI DIRITTO PRIVATO	Convenzioni attive o passive ex art. 15 quinquies del D. Lgs 502/1992; Protocolli d'intesa; Accordi di collaborazione; Contratto di diritto comune stipulati ai sensi dell'art. 15.- <u>Accordi fra Pubbliche Amministrazioni</u> . Le Amministrazioni Pubbliche possono sempre concludere accordi tra loro per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.	Atti di impulso	Il processo ha inizio con un'istanza di parte inviata da Strutture Pubbliche o Private non accreditate oppure la richiesta può essere inoltrata dalla Fondazione stessa alla Struttura che può soddisfare le sue specifiche esigenze Istituzionali.	UOSD Affari Generali -Ufficio Archivio e Protocollo	4	Legge n. 241 del 1990; artt. 1321 e ss. Del Cod. civ; D. Lgs n.502 del 1992; Regolamento Aziendale n.36 del 2014 per le Attività a pagamento	errata valutazione dell'interesse pubblico	documentazione ricevuta non chiara	<u>Basso</u>	Confronto tra le parti in merito alla documentazione
		Istruttoria procedimentale	. Ricevuto l'atto di impulso, l'ufficio competente della UOSD AA. GG inizia l'istruttoria: -valuta la sussistenza dell'interesse pubblico; -acquista agli atti informazioni in merito alla struttura; - chiede la correzione di eventuali errori presenti nell'istanza; - chiede integrazioni documentali alla controparte; - chiede nulla osta a procedere alla Direzione Strategica; - chiede i relativi pareri ai Direttori di dipartimento e di U. O. Interessati	UOSD Affari Generali	2					
		Fase deliberativa	Predisposizione dell'atto deliberativo nel gestionale aziendale - inizio dell'iter deliberativo - conclusione dell'iter con l'adozione del Decreto del Direttore Generale	UOSD Affari Generali -Ufficio Delibere	4	Omessa pubblicazione del provvedimento amministrativo	impiego di maggior tempo per completare la procedura	<u>Basso</u>	Sollecito della procedura	
		Fase esecutiva	Sottoscrizione dell'atto, -informare le Strutture interessate dell'avvenuta conclusione del procedimento	UOSD Affari Generali	1					

U.O.S.D. SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI RICERCA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
	acquisizione di beni e servizi in economia (indicativamente entro euro 5.000,00 per singola fornitura) necessari allo svolgimento di attività di ricerca. Il processo è innescato da una richiesta del Ricercatore titolare di fondi, attraverso applicativo LotusNotes, a scalare su una specifica dotazione assegnata dalla Direzione Scientifica. Il processo si conclude con l'emissione del relativo ordinativo di spesa su relativo applicativo aziendale.	Ricezione della richiesta attraverso specifico applicativo aziendale LotusNotes	<p>verifica preventivi di spesa forniti da richiedente (se presenti)</p> <p>raccolta parere Direttore Scientifico per dichiarazioni di unicità fornitore correlata a necessità di proseguire un esperimento con il medesimo prodotto</p> <p>raccolta parere Direttore Scientifico per spese correlate alla pubblicazione di lavori scientifici</p> <p>raccolta pareri U.O.C. Ingegneria Clinica o U.O.C. Sistemi Informativi Aziendale per dichiarazione di unicità correlata alla tipologia di apparecchiatura (medicale o informatica) per la quale si chiede l'acquisizione di materiale di consumo</p>	Direttore U.O.S.D.			presentazione di dichiarazioni di unicità non rispondenti alla realtà	manca di trasparenza	<u>Basso</u>	approfondita verifica delle dichiarazioni di unicità e costante utilizzo dello strumento degli avvisi per manifestazione di interesse

GESTIONE ACQUISTI/ORDINI PER ATTIVITA' DI RICERCA	Indagine di mercato	richiesta conferma preventivi a fornitori proposti da richiedente	Direttore U.O.S.D.	n.1 Dirigente amministrativo, n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Regolamento aziendale n.48/2017	scelta fornitore non conforme alla maggiore economicità del preventivo	mancanza di trasparenza	<u>Medio</u>	vigilanza e controllo
		richiesta a U.O.C. Provveditorato-Economato pubblicazione avviso per manifestazione di interesse per prodotti per cui è stata dichiarata l'unicità/esclusività							
		scelta preventivo economicamente più conveniente							
Verifica copertura economica	richiesta impegno di spesa a U.O.C. Economico-Finanziaria	Direttore U.O.S.D.			impegno di spesa eccedente la reale disponibilità di fondi	mancanza di trasparenza	<u>Basso</u>	vigilanza e controllo	
Emissione ordinativo di spesa		Direttore U.O.S.D.			scelta fornitore non conforme alla maggiore economicità del preventivo	mancanza di trasparenza	<u>Basso</u>	vigilanza e controllo	

U.O.S. Clinical Research Operations Unit

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
	gestione delle richieste di sperimentazione clinica/ricerca conto terzi dalla valutazione ed approvazione da parte del Comitato Etico, alla formale autorizzazione allo svolgimento, fino (per gli studi profit) alla distribuzione dei relativi proventi	approvazione da parte del Comitato Etico Pavia (per gli studi che coinvolgono, soggetti umani o materiale biologico prelevato da soggetti umani)	<p>ricezione e verifica completezza della documentazione prevista dalla vigente normativa e regolamentazione in materia</p> <p>richiesta, ove necessaria, integrazione documentazione presentata sia da Promotore che da Unità Operativa interessata</p> <p>valutazione ed approvazione da parte del Comitato Etico Pavia</p> <p>trasmissione parere Comitato Etico a Promotore, Unità Operativa interessata e ad Ufficio Sperimentazioni Cliniche per il seguito</p>	Segreteria Comitato Etico Pavia			documentazione incompleta, dichiarazioni non conformi	conflitto di interessi, ingerenza di Promotori e Unità Operative interessate		approfondita verifica della documentazione
			negoziazione contratto con Promotore esterno							
			Decreto dirigenziale di autorizzazione							

GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE/RICERCHE CONTO TERZI		autorizzazione amministrativa alla esecuzione dello studio		Direttore U.O.S.D.	n.1 Dirigente Amministrativo, n.1 Dirigente Farmacista, n.1 Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria, n.3 Lavoratori Autonomi, n.2 Borsisti	Regolamento aziendale n.40/2015 (Comitato Etico) e Regolamento aziendale n.54/2017 (Ricerche conto Terzi)	negoziazione aspetti contrattuali non conformi con template AIFA	confitto di interessi, ingerenza di Promotori e Unità Operative interessate	<u>Medio</u>	rispetto puntuale delle indicazioni di AIFA e Regione Lombardia per la sottoscrizione di contratti uniformi
		raccolta sottoscrizioni contratto con Promotore esterno								
		notifica autorizzazione a Promotore e Unità Operativa interessata (inclusa trasmissione contratto a Promotore esterno)								
		distribuzione proventi da studi profit		Direttore U.O.S.D.			assenza adeguata copertura economica, dichiarazioni non conformi in tema di costi aggiuntivi	manca di trasparenza		approfondita verifica della documentazione (anche scientifica) e delle dichiarazioni presentate
		richiesta emissione fatture e verifica incassi								
		verifica richieste di distribuzione compensi da parte delle Unità Operative interessate								
		Desreto dirigenziale di distribuzione proventi								
		Liquidazione competenze a personale coinvolto extra-servizio								

U.O.S.D. SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI RICERCA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		pubblicazione avviso selezione pubblica	ricezione proposta indizione da parte del Direttore della U.O. interessata e del Responsabile del correlato progetto di ricerca	Direttore U.O.S.D.			requisiti di ammissione non conformi a reali necessità correlato progetto di ricerca	confitto di interessi	<u>Medio</u>	approfondita verifica della documentazione e degli obiettivi del correlato progetto di ricerca
	verifica completezza requisiti richiesti per concorrere, copertura economica e raccolta parere Direttore Scientifico									
	provvedimento (determinazione DG) di approvazione della selezione									
	pubblicazione avviso di selezione									
			ricezione delle domande di partecipazione alla selezione							

BORSE DI STUDIO E CONTRATTI DI RICERCA	Conferimento borse di studio ed incarichi di lavoro autonomo, di natura professionale, per lo svolgimento di attività di ricerca/supporto alla ricerca	svolgimento procedura selettiva	verifica possesso requisiti di ammissione, ammissione aspiranti e valutazione titoli	Commissione di valutazione	n.1 Dirigente amministrativo, n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, n.1 assistente Amministrativo	Regolamento aziendale n.14/2008 (Incarichi), Regolamento aziendale n.61/2019 (Borse di studio)	autocertificazioni titoli non rispondenti al vero, valutazione titoli e prova d'esame non uniforme	confitto di interessi, scarsa trasparenza	<u>Basso</u>	verifica dei titoli autocertificati, massima trasparenza ed accuratezza nei verbali delle Commissioni valutatrici
			svolgimento prova d'esame (normalmente un colloquio)				stesura verbale per graduatoria di merito			
			provvedimento (decreto dirigenziale) di esito della selezione e di approvazione della graduatoria di merito				Direttore U.O.S.D.	attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà	confitto di interessi	<u>Basso</u>
pubblicazione graduatoria di merito e conferimento incarico/borsa di studio al primo classificato. Per incarichi di lavoro autonomo sottoscrizione relativo contratto individuale.	verifica mensile attività svolta e liquidazione competenze									
verifica relazione conclusiva	eventuale prosecuzione/rinnovo	ricezione proposta prosecuzione/rinnovo da parte del Direttore della U.O. interessata e del Responsabile del correlato progetto di ricerca	Direttore U.O.S.D.	attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà	confitto di interessi	<u>Medio</u>				
verifica copertura economica e raccolta parere Direttore Scientifico	procedimento (determinazione DG) di approvazione della prosecuzione/rinnovo, comunicazione all'interessato e, per gli incarichi di lavoro autonomo, sottoscrizione nuovo contratto individuale.	verifica mensile attività svolta e liquidazione competenze, verifica relazione conclusiva								

U.O.S.D. SERVIZI AMMINISTRATIVI DI SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI RICERCA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
----------	--------------------------	-----------	--------	--	--------------------------------------	---	---	--	--	----------------------------------

SPONSORIZZAZIONI	reperimento risorse economiche esterne per supportare lo svolgimento di iniziative scientifiche (progetti ricerca - convegni/congressi)	pubblicazione avviso pubblico per raccolta offerte sponsorizzazione	ricezione e valutazione da parte del Direttore Scientifico richiesta ricerca sponsorizzazioni iniziative scientifiche	Direttore U.O.S.D.	n.1 Dirigente amministrativo, n.2 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria	Regolamento aziendale n.60/2019	richieste non conformi alle reali necessità della iniziativa scientifica	scarsa trasparenza ed assenza o carenza di adeguata motivazione	<u>Medio</u>	attenta analisi delle reali necessità di supporto economico alla iniziativa scientifica
			predisposizione provvedimento (determinazione DG) ed avviso pubblico per ricerca sponsorizzazioni							
			pubblicazione avviso pubblico ricerca sponsorizzazioni							
		accettazione offerte di sponsorizzazione	ricezione offerte di sponsorizzazione	Direttore U.O.S.D.			conflitto di interessi	conflitto di interessi	<u>Medio</u>	attenta verifica della presenza/conormità delle autocertificazioni sul conflitto di interessi e sul potenziale rischio di conflitto di interessi
			predisposizione provvedimento (determinazione DG) per accettazione sponsorizzazioni, autorizzazione svolgimento iniziativa scientifica ed utilizzo fondi raccolti							
			predisposizione contratti sponsorizzazione							
			raccolta sottoscrizioni contratti sponsorizzazione							
		utilizzo fondi da sponsorizzazione	richiesta emissione fatture a sponsor	Direttore U.O.S.D.			utilizzo fondi non conforme alle esigenze della iniziativa scientifica	scarsa trasparenza	<u>Medio</u>	attenta verifica della correlazione tra le spese da autorizzare e le esigenze della iniziativa scientifica

ALLEGATO 3

INCARICHI DI FUNZIONE - AREA SANITARIA			
CRITERI DI GRADUAZIONE	<u><i>Range</i></u>	<u><i>Livello</i></u>	<u><i>Tipo</i></u>
INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE			
AREA MATERNO INFANTILE			
Neonatologia (TIN-Patologia neonatale e Nido) degenza e ambulatoriale	28-40	3° livello	Media complessità
Ginecologia degenza e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità
Chirurgia Pediatrica degenza, prericovero e ambulatori, S.O.	16-27	2° livello	Bassa complessità
Oncoematologia pediatrica, TMO, DH e ambulatori	28-40	3° livello	Media complessità
Pediatria degenza, ambulatori, DH e MAC, PS pediatrico	28-40	3° livello	Media complessità
Ostetricia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
Sala parto, PS ostetrico	28-40	3° livello	Media complessità
Ostetricia e Ginecologia ambulatori, Progetto BRO, PMA area assistenziale	16-27	2° livello	Bassa complessità
AREA MEDICA			
Medicina Generale I	16-27	2° livello	Bassa complessità
Medicina Generale II	16-27	2° livello	Bassa complessità
Percorso ambulatoriale area medica + MAC + Reumatologia Ambulatori., DH e Dermatologia Ambulatori, DH e DS	16-27	2° livello	Bassa complessità
Endoscopia Digestiva e Ecografia Interventistica	< 15	1° livello	Base
Dialisi e Nefrologia Ambulatori. e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità
Cardiologia degenza, ambulatori e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità
UTIC e Emodinamica	28-40	3° livello	Media complessità

MAR 1-2-3 degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
MAR Ambulatori, DH, Servizi, Centro Amiloidosi	< 15	1° livello	Base
Ematologia degenza, ambulatori, DH e TMO	28-40	3° livello	Media complessità
Nefrologia e Reumatologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
Cure Palliative degenza, DH, MAC, ambulatori - Belgioioso	16-27	2° livello	Bassa complessità
Malattie Infettive degenza, DH e ambulatori	28-40	3° livello	Media complessità
Oncologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
Oncologia DH	< 15	1° livello	Base
Radioterapia, Medicina Nucleare	< 15	1° livello	Base
AREA CHIRURGICA			
Week surgery degenza, S.O. WS, ambulatori WS e Ambulatori Libera professione	16-27	2° livello	Bassa complessità
Otorinolaringoiatria degenza e ambulatori, Endoscopia ORL, Logopedia, Audiometria	16-27	2° livello	Bassa complessità
Chirurgia I, Chirurgia Senologica degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
Chirurgia II degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità
Chirurgia Vascolare degenza, ambulatori, DH, Vulnologia	16-27	2° livello	Bassa complessità
Neurochirurgia degenza e Servizio di TNFP	16-27	2° livello	Bassa complessità
Urologia, degenza, ambulatori, DH e Stomatologia	16-27	2° livello	Bassa complessità
Piastra ambulatoriale (Prericovero, Poliambulatorio chirurgico DEA)	< 15	1° livello	Base
Oculistica degenza, ambulatori, DH, S.O., Banca Occhi	16-27	2° livello	Bassa complessità
AREA SERVIZI			
Servizio Trasporti Sanitari (STS) e Fattorinaggio	28-40	3° livello	Media complessità
Piastra Radiologica Area Assistenziale (Infermieri e Operatori di supporto)	16-27	2° livello	Bassa complessità

Piastra Radiologica Area Tecnico-Sanitaria	16-27	2° livello	Bassa complessità
Servizio Immunotrasfusionale, CLV, PMA (area tecnica), LRS Area Trapiantologica Laboratori	28-40	3° livello	Media complessità
Senologia Chirurgica ambulatori, Senologia Diagnostica, Centro prelievi, TAO, LRS Area trapiantologica ambulatori, Emostasi, Odontoiatria	16-27	2° livello	Bassa complessità
Virologia e Microbiologia; Laboratorio Cell Factory	16-27	2° livello	Bassa complessità
Analisi Chimico Cliniche, Ematologia Laboratorio	16-27	2° livello	Bassa complessità
Medicina Riabilitativa	< 15	1° livello	Base
Anatomia patologica, Camera mortuaria	< 15	1° livello	Base
Coordinatore Didattico CdL TSRM, Gestione processi di qualità in ambito radiologico	16-27	2° livello	Bassa complessità
AREA INTENSIVA			
Rianimazione I, Rianimazione Regione Lombardia degenza	55-69	5° livello	Elevata complessità
Rianimazione II degenza	28-40	3° livello	Media complessità
Ortopedia degenza e ambulatori	16-27	2° livello	Bassa complessità
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	55-69	5° livello	Elevata complessità
Cardiochirurgia degenza, ambulatori., DH e Sala BEM	16-27	2° livello	Bassa complessità
Blocco Operatorio Cardiochirurgia area tecnica (TCP) e Coordinatore Didattico CdL Tecnici Cardioperfusionisti	16-27	2° livello	Bassa complessità
Blocco Operatorio DEA, Recovery Room e Centrale di Sterilizzazione	55-69	5° livello	Elevata complessità
Blocco Operatorio Ortopedia e Cardiochirurgia	41-54	4° livello	Alta complessità
AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE			
Farmacia, UMACA (Central Admixture Service)	16-27	2° livello	Bassa complessità
Nutrizione Clinica	< 15	1° livello	Base
Medicina del Lavoro (Sorveglianza Sanitaria) Assistenti Sanitarie	< 15	1° livello	Base
Centrale Dimissioni Protette, Progetto DAMA	16-27	2° livello	Bassa complessità

Coordinatore didattico CdL in Infermieristica	16-27	2° livello	Bassa complessità
Coordinamento donazione e trapianti organi e tessuti	16-27	2° livello	Bassa complessità
Responsabile Area Emergenza Urgenza	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Area Salute della Donna e del Bambino	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Area Cardio-toraco-vascolare e Area Chirurgica e Neuroscienze	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Area Oncologica ed Ematologica e Area Medica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Area Medicina Diagnostica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Programmazione e Gestione Risorse	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Ricerca e Sviluppo Competenze, Programmazione e integrazione Formazione Clinica CdL triennali e Programmazione Formazione Clinica Post Laurea	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
Responsabile Processi assistenziali e definizione fabbisogno formativo e dei processi in ambito di sicurezza sul luogo di lavoro	70-100	6° livello	Funzione organizzativa
INCARICHI PROFESSIONALI			
AREA MATERNO INFANTILE			
Case manager Percorso Oncoematlogico pediatrico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
AREA MEDICA			
Case manager Percorso Reumatologico (Fragilità ossea)	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Case manager Percorso Ematologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Case manager Percorso Malattie infettive	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Case manager Percorso Oncologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
AREA CHIRURGICA			
Case manager Percorso Breast unit	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Case manager Percorso Chirurgia Bariatrica	31-45	3° livello	Specialista 1° liv

Specialista in Vulnologia	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Esperto in Stomaterapia	< 15	1° livello	Esperto 1° liv
AREA SERVIZI			
Esperto in controllo apparecchiature radiologiche	< 15	1° livello	Esperto 1° liv
AREA INTENSIVA			
Esperto in costruzione apparecchi gessati	< 15	1° livello	Esperto 1° liv
Gestione processi di sterilizzazione	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Esperto percorso magazzini di reparto	< 15	1° livello	Esperto 1° liv
AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE			
Bed Manager	16-30	2° livello	Esperto 2° liv
Bed Manager	16-30	2° livello	Esperto 2° liv
Promotore dei processi della Formazione	16-30	2° livello	Esperto 2° liv
Promotore dei Processi di Qualità e Risk Management	31-45	3° livello	Specialista 1° liv
Esperto Gestione Operativa per monitoraggio attività ricovero e ambulatoriale	16-30	2° livello	Esperto 2° liv
Sorveglianza epidemiologica infezioni	16-30	2° livello	Esperto 2° liv

ALLEGATO 4

INCARICHI DI FUNZIONE - AREA AMMINISTRATIVA, PROFESSIONALE E TECNICA				
CRITERI DI GRADUAZIONE	<u><i>Range</i></u>	<u><i>Livello</i></u>	<u><i>Tipo</i></u>	
INCARICHI PROFESSIONALI				
Avvocatura				
Responsabile attività contenzioso	26-50	2° livello	Media specializzazione	
Responsabile liquidazione sinistri	26-50	2° livello	Media specializzazione	
Controllo Direzionale				
Responsabile Contabilità Analitica e Debito Informativo	26-50	2° livello	Media specializzazione	
Responsabile Internal Auditing	26-50	2° livello	Media specializzazione	
INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE				
Sviluppo e Gestione Risorse Umane				
Responsabile Settore Trattamento Economico	26-50	2° livello	Media complessità	
Responsabile Gestione Presenze e Assenze	26-50	2° livello	Media complessità	
Responsabile Settore Trattamento Giuridico e Fabbisogno risorse umane	26-50	2° livello	Media complessità	
Responsabile Settore Reclutamento Risorse Umane	26-50	2° livello	Media complessità	
Economico Finanziario				
Responsabile bilancio, fiscale e programmazione economica	26-50	2° livello	Media complessità	
Responsabile del ciclo attivo e pianificazione finanziaria	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Responsabile ciclo passivo e fornitori	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Gestione Acquisti e Servizi				
Rispondabile Gare e Contratti	51-75	3° livello	Alta Complessità	9.000,00

Responsabile Ordini e liquidazioni	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Responsabile Servizi Generali e Economato	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Servizi Accoglienza e Libera Professione				
Responsabile servizi accoglienza istituzionali	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Responsabile servizi accoglienza libera professione e solvenza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Prevenzione e Sicurezza				
Responsabile Organizzazione e integrazione della gestione della sicurezza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Servizio Tecnico Patrimoniale				
Responsabile progettazione, programmazione e sviluppo dei lavori	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Responsabile amministrativo dell'area tecnica	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00
Sistemi Informativi				
Amministratore di sistema RIS-PACS	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00

ALLEGATO 5

Definizione dipartimento	Centro di responsabilita'	Unità di personale presenti all'11/04/2022	Media
01 Presidenza e CdA	9010 Staff Presidenza	1	
	9020 Cda	8	
	9040 Comunicazione e Relazioni Esterne - Portavoce	5	
01 Presidenza e CdA Totale		14	4,67
04 Direzione generale	9060 Prevenzione e Protezione	40	
	9106 Ingegneria Clinica	14	
	9110 Medico Competente	14	
	9402 Avvocatura - Legale e Contenzioso-Legale e	10	
	9500 Direzione Generale	6	
	9510 Pianificazione e Controllo Direzionale - Cont	10	
	9540 Qualità e Risk Management - URP	8	
	9550 Sistemi Informativi Aziendali	30	
04 Direzione generale Totale		132	16,50
07 Dipartimento Amministrativo	9407 Risorse Umane e Politiche del Personale	41	
	9408 Provveditorato-Economato	106	
	9409 Supporto Amministrativo alla Ricerca	5	
	9414 Tecnico patrimoniale	57	
	9426 Economico Finanziaria	30	
	9430 Affari Generali	27	
07 Dipartimento Amministrativo Totale		266	44,33
08 Direzione Amministrativa	9400 Direzione Amministrativa DAzienda	170	
08 Direzione Amministrativa Totale		170	
10 Direzione sanitaria	55_1 Farmacia	49	
	69_3 Fisica Sanitaria	7	
	9100 Direzione Sanitaria Aziendale	20	
	9102 Direzione Professioni Sanitarie	403	
	9200 Direzione Medica di Presidio Pavia e Belgioio	144	
	9211 Dietetica e Nutrizione Clinica	15	
10 Direzione sanitaria Totale		638	106,33
13 Direzione scientifica	9300 Direzione Scientifica	13	
	9309 Grant Office e Documentazione Scientifica	3	
	9310 Epidemiologia Clinica e Biometria	4	
13 Direzione scientifica Totale		20	
38 Medicina Intensiva	07_1 Cardiochirurgia	58	

	07_5 CCH-Chirurgia Cardiopolmonare e Ipertensione	4	
	13_2 Chirurgia Generale - Toracica	2	
	36_3 Ortopedia e Traumatologia	67	
	49_1 Anestesia e Rianimazione I	174	
	49_3 Anestesia e Rianimazione II - Cardiopolmonare	48	
	49_6 Anestesia e Rianimazione - Terapia del Dolore	4	
	49_7 AAT di Pavia	49	
	51_1 Pronto Soccorso	126	
	69_1 Radiologia	29	
	69_2 Radiologia - Neuroradiologia diagnostica ed i	12	
	69_4 Radiologia Diagnostica per immagini - Senolog	8	
	9115 Coordinamento Centro donazioni e trapianti (C	2	
38 Medicina Intensiva Totale		583	44,85
39 Salute della donna e del bambino			
	11_1 Chirurgia Pediatrica	28	
	37_1 Ostetricia e ginecologia	126	
	37_5 Ostetricia e Ginecologia - Procreazione medic	11	
	39_1 Pediatria	65	
	62_1 Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	101	
	65_1 Ematologia - Oncoematologia Pediatrica	65	
39 Salute della donna e del bambino Totale		396	66,00
40 Scienze Mediche e Malattie Infettive			
	03_2 Laboratorio Genetica - Trapiantologia e Malat	15	
	08_1 Cardiologia	81	
	18_1 Ematologia	100	
	24_1 Malattie Infettive I	80	
	24_3 Malattie Infettive - Ecografia	4	
	26_1 Medicina Generale II	54	
	26_2 Medicina Generale I	84	
	48_1 Nefrologia e Dialisi - trapianto	84	
	50_1 Unità Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)	32	
	52_1 Dermatologia	22	
	56_1 Medicina Fisica e Riabilitazione	26	
	58_3 Medicina Generale III - Ecografia Interventis	5	
	64_1 Oncologia Medica	82	
	68_2 Pneumologia	85	
	71_1 Reumatologia	19	
	74_1 Radioterapia oncologica	19	

	80_6 Malattie Infettive II - Infettivologia ed Imm	7	
	SA_1 Cure Subacute	10	
40 Scienze Mediche e Malattie Infettive Totale		809	44,94
41 Scienze Chirurgiche	09_2 Chirurgia Generale I	30	
	09_3 Chirurgia Generale II	42	
	09_5 Chirurgia Generale - Addominale	2	
	09_6 Chirurgia Generale III - Senologica e dei tes	6	
	14_1 Chirurgia Vascolare	35	
	30_1 Neurochirurgia	37	
	34_1 Oculistica	36	
	35_2 Odontostomatologia	6	
	38_1 Otorinolaringoiatria	46	
	43_1 Urologia	31	
41 Scienze Chirurgiche Totale		271	27,10
42 Medicina Diagnostica	03_1 Anatomia Patologica	34	
	18_3 Servizio Immunoematologia e medicina Trasfusi	60	
	61_1 Medicina Nucleare	18	
	80_2 Laboratorio Analisi Chimico Cliniche	62	
	80_5 Microbiologia e Virologia	62	
	80_7 Laboratorio Biochimica - Biotecnologie e Diag	22	
	(vuoto)		
42 Medicina Diagnostica Totale		258	43,00
99 Costi comuni	9600 Costi Comuni Aziendali	4	
99 Costi comuni Totale		4	4,00
Totale complessivo		3561	

ALLEGATO 6

Dirigenza /Comparto	Macro Categoria Regionale	Profilo	n. di unità
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-ANATOMIA PATOLOGICA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	91
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-BIOCHIMICA CLINICA	3
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CARDIOCHIRURGIA	13
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CARDIOLOGIA	22
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA GENERALE	27
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA PEDIATRICA	9
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA TORACICA	2
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-CHIRURGIA VASCOLARE	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	5
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-DIREZ.MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	6
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-EMATOLOGIA	15
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-GASTROENTEROLOGIA	7
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-GENETICA MEDICA	1
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	21
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBL.	4
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	1
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	16
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MALATTIE INFETTIVE	19
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E URGENZA	28
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA INTERNA	34
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA LEGALE	3
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA NUCLEARE	4
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MEDICINA TRASFUSIONALE	12
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	6
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-NEFROLOGIA	11
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-NEONATOLOGIA	17
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-NEUROCHIRURGIA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-NEURORADIOLOGIA	4
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-ODONTOIATRIA	1
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-OFTALMOLOGIA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-ONCOLOGIA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-OTORINOLARINGOIATRIA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	2
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-PEDIATRIA	18
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-RADIOLOGIA	38
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-RADIOTERAPIA	7

Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-REUMATOLOGIA	8
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-RICERCA DI BASE	11
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	2
Dirigenza	Dirigenza Medica	MEDICI-UROLOGIA	10
Dirigenza	Dirigenza Medica	ODONTOIATRA-ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1
Dirigenza	Dirigenza Medica Totale		566
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	BIOLOGI-BIOCHIMICA CLINICA	6
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	BIOLOGI-LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	10
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	BIOLOGI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	8
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	BIOLOGI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	11
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	BIOLOGI-RICERCA DI BASE	10
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	CHIMICI-DIRIGENTE CHIMICO	1
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	FARMACISTI-FARMACIA OSPEDALIERA	12
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	FISICI-Fisica Sanitaria	6
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria	PSICOLOGI-Psicoterapia	1
Dirigenza	Dirigenza Sanitaria Totale		65
Dirigenza	Dirigenza Professioni Sanitarie	DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	2
Dirigenza	Dirigenza Professioni Sanitarie Totale		2
Dirigenza	Dirigenza Amministrativa	DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO	8
Dirigenza	Dirigenza Amministrativa Totale		8
Dirigenza	Dirigenza Professionale	DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	5
Dirigenza	Dirigenza Professionale Totale		5
Dirigenza	Dirigenza Tecnica	DIRIGENTI RUOLO TECNICO	3
Dirigenza	Dirigenza Tecnica Totale		3
Dirigenza Totale			649
Comparto	ASSISTENTE SOCIALE	COLLAB. PROF. ASSISTENTE SOCIALE	2
Comparto	ASSISTENTE SOCIALE Totale		2
Comparto	AUSILIARI	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2
Comparto	AUSILIARI Totale		2
Comparto	Dirigenza Sanitaria	FARMACISTI-FARMACIA OSPEDALIERA	1
Comparto	Dirigenza Sanitaria Totale		1
Comparto	OTA/OSS	OPERATORE SOCIO SANITARIO	486

Comparto	OTA/OSS Totale		486
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	109
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	69
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	69
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMM.VO PROF.	66
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO Totale		313
Comparto	Personale infermieristico	INFERMIERE	1216
Comparto	Personale infermieristico	INFERMIERE GENERICO	23
Comparto	Personale infermieristico	INFERMIERE PEDIATRICO	11
Comparto	Personale infermieristico	OSTETRICA	55
Comparto	Personale infermieristico	PUERICULTRICE	3
Comparto	Personale infermieristico Totale		1308
Comparto	Personale Riabilitazione	PERS. RIABIL. FISIOTERAPISTA	25
Comparto	Personale Riabilitazione Totale		25
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	ASSISTENTE TECNICO	13
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	COLLABORATORE AMM.VO PROF.	1
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	21
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	5
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO	94
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	OPERATORE TECN.SPECIALIZZATO (Sen)	22
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	OPERATORE TECNICO	260
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario	PROGRAMMATORE	8
Comparto	Personale Tecnico Non Sanitario Totale		424
Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS. TECN. SANIT. AUDIOMETRISTA	2

Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS. TECN. SANIT. FIS.CARD./PERF.CARD.	12
Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS. TECN. SANIT. LAB. BIOMED.	109
Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS. TECN. SANIT. NEURO FISIOP.	9
Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS. TECN. SANIT. RADIOL. MED.	81
Comparto	Personale Tecnico Sanitario	PERS.TECN.SAN. DIETISTA	7
Comparto	Personale Tecnico Sanitario Totale		220
Comparto	Personale Vigilanza ed ispezione	PERS.TECN.PREV. ASSISTENTE SAN.	5
Comparto	Personale Vigilanza ed ispezione Totale		5
Comparto	Ricerca (Piramide)	RICERCA O SUPPORTO RICERCA	77
Comparto	Ricerca (Piramide)	RICERCA O SuPPORTO RICERCA	1
Comparto	Ricerca (Piramide) Totale		78
Comparto Totale			2864
Totale complessivo			3513