



CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

DELIBERAZIONE n. 5/CDA/30 del 30/03/2023

Presidente: **Alessandro VENTURI**

Consiglieri:

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

Con l'assistenza del Segretario: **Stefania DAFFONCHIO**

Il Direttore Generale: **Stefano MANFREDI**

OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO - TRIENNIO 2023/2025



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Fascicolo: 2023-1.1.2/9

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Andrea FRIGNANI

DIRETTORE SANITARIO

Alberto Giovanni AMBROSIO

DIRETTORE SCIENTIFICO

Vittorio BELLOTTI

Proponente: DIREZIONE GENERALE

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 con modificazioni 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;

VISTI:

- il D.M. 24 giugno 2022, n. 132 intitolato "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*";
- il D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81 intitolato "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*" il quale individua gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO;

EVIDENZIATO che il PIAO, di durata triennale, ai sensi del D.M. e del D.P.R. sopra citati, 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;

RICHIAMATO il comunicato del Presidente dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) del 17 gennaio 2023 con il quale è stato posticipato al 31 marzo 2023 il termine per enti e pubbliche amministrazioni per la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2023-2025 al fine di garantire alle pubbliche amministrazioni il tempo necessario per predisporre al meglio il Piano anticorruzione;

CONSIDERATO che l’Organo Interno di Valutazione (OIV) della Fondazione, ha valutato la proposta di PIAO, nella seduta del 21 marzo 2023, ritenendolo conforme alla normativa vigente e rispondente alle esigenze istituzionali;

RITENUTO opportuno dotarsi del PIAO, 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 2023;

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 2023-2025, nel testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, formale e sostanziale (AL01, AL02, AL03, AL04, AL05, AL06);
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, Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) della Fondazione.

IL SEGRETARIO
(Stefania Daffonchio)
(Firmato digitalmente)

IL PRESIDENTE
(Alessandro Venturi)
(Firmato digitalmente)

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Triennio 2023-2025



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

Sommario

PREMESSA.....	3
SEZIONE 1 - LA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	4
Mission e Vision.....	6
La Fondazione IRCCS in cifre.....	10
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	19
1. Valore pubblico	19
2.1 Performance	21
2.2 Anticorruzione.....	25
Premessa.....	25
Parte Generale - Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione.....	25
Gli obiettivi strategici	29
Il processo di gestione del rischio di corruzione.....	29
Le misure generali.....	36
Codice comportamentale	36
Conflitto di interessi	36
Whistleblowing.....	39
La rotazione straordinaria	41
Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors	42
Le misure specifiche.....	43
Controllo e monitoraggio garanzie fideiussorie.....	43
Attività Libero Professionale Intramuraria e Liste d’attesa.....	46
Trasparenza	47
Il programma della trasparenza: l’attività del 2022 e gli obiettivi del 2023	48
Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)	49
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	50
3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA	50
L’Organigramma.....	50
Livelli di responsabilità organizzativa.....	55
Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione.	60
3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	62
3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale	64
Formazione e sviluppo	74
Piano Azioni positive - 2023-2025	75
Premessa	75

Parte I	76
Analisi delle risorse umane della Fondazione	76
Parte II:	79
AZIONE N. 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	79
AZIONE N. 2: Attività di formazione/informazione	80
AZIONE N. 3: Sviluppo del benessere organizzativo	80
AZIONE N. 4: Favorire la diffusione della cultura di genere e la lotta alla discriminazione e alle forme di violenza	81
SEZIONE 4. – MONITORAGGIO.....	82

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 entro il 31 gennaio di ogni anno, termine differito al 31 marzo 2023 a seguito degli ultimi interventi normativi.

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 presente Piano, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81, assorbe:

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

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

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

SEZIONE I

1. LA FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO “SAN MATTEO”

La Fondazione I.R.C.C.S. 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 (I.R.C.C.S.) 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 I.R.C.C.S. Policlinico “San Matteo” è stata costituita con Decreto del Ministero della Salute 28 aprile 2006. È un ente di rilievo nazionale e di natura pubblica, disciplinato dalle disposizioni di cui allo Statuto, recentemente modificato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5/CDA/101 del 25/11/2022, nonché dall'articolo 42 della 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. 19 (sito internet www.sanmatteo.org), codice fiscale 00303490189, partita IVA 00580590180.

1.1 Le strutture della Fondazione

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

– Struttura Ospedaliera per acuti: Policlinico San Matteo - Viale Camillo Golgi, 19 - 27100 Pavia;

- Struttura Ospedaliera Hospice: Presidio Ospedaliero Belgioioso – Via Felice Cavallotti, 123, 27011 Belgioioso (PV).

La Fondazione 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 I.R.C.S.S., è pertanto quella di perseguire *"insieme a prestazioni clinico-assistenziali di ricovero e cura"* anche *"specifiche attività di ricerca scientifica biomedica"*, oltre attività formativa.

1.1.2. Innovazioni introdotte dal PNRR e dalla L.R. 14 dicembre 2021, n. 22

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nel corso del 2021, ha contribuito all'innovazione degli interventi in campo sanitario, attraverso la realizzazione, entro il 2026, delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità. La costituzione di nuove strutture ha l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio specialmente ai soggetti anziani, e al contempo ridurre il numero delle ospedalizzazioni.

La Regione Lombardia, attraverso la L.R. n. 22 del 14 dicembre 2021 recante *"Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità)"*, ha recepito nel proprio sistema dei servizi le indicazioni contenute nel suddetto Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, inserendo le nuove unità di offerta.

Gli **Ospedali di Comunità** sono destinati a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

Tali strutture contribuiscono a fornire cure più appropriate ed hanno l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari. L'Ospedale di Comunità consente di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, dando l'opportunità alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Le **Case di Comunità** rappresentano delle nuove strutture socio-sanitarie distribuite in modo capillare sul territorio lombardo con il fine di costituire un punto di riferimento per i cittadini. All'interno di tali strutture sono presenti equipe di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri ed altri professionisti della salute, che operano in raccordo anche con la rete delle farmacie territoriali.

La Fondazione ha così intrapreso un rapporto di collaborazione con ASST di Pavia, concedendo all'Azienda l'utilizzo di parte dell'immobile sito in Viale Golgi, 5, Pavia (PV) nonché dei locali siti all'interno della struttura Ospedaliera Hospice – Presidio di Belgioioso da destinare a Casa di Comunità (Decreto N. 5/D.G./1668 e n.5/D.G./1669 del 22 dicembre 2022).

1.2. Mission e Vision

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

Provvede quindi:

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

La Fondazione programma l'attività di ricerca, coerentemente con il programma di ricerca sanitaria e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguiti in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più Enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti. Svolge parte attiva, in stretta relazione con il Ministro della Salute, con la Regione Lombardia e tramite gli organismi istituzionali, alla definizione degli orientamenti, alla valutazione delle attività sanitarie, alla promozione delle sperimentazioni, al fine di contribuire efficacemente all'applicazione delle cure e degli interventi complessi, così come pone le proprie strutture e organismi a contribuire, in coerenza con la propria qualificazione, per ogni occorrenza del Servizio Sanitario Regionale. Sviluppa, inoltre, quale compito istituzionale, la promozione e la partecipazione attiva e diretta alle attività di didattica, di formazione, di qualificazione professionale e scientifica, di addestramento del personale medico e non medico e di tutti i ruoli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale. La Fondazione svolge, in particolare, attività di alta formazione nell'ambito delle discipline ed attività di riferimento. A tal fine, promuove e/o collabora a iniziative di scambio culturale e scientifico con Strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici, convegni e stage, sia all'estero, sia presso la Fondazione. Attua, in particolare, misure idonee di collegamento e sinergia con altre Strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con Istituti di riabilitazione e con analoghe Strutture a decrescente intensità di cura, avvalendosi, principalmente, delle reti di cui all'art. 43 della citata L. n. 3/2003, all'interno delle quali realizzare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale, con l'obiettivo di garantire al Malato le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

La **Vision** è rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni

fornite, rispetto ai bisogni e alle attese, con orientamento del sistema stesso al miglioramento continuo della qualità e operando per garantire al Malato una linea prestazionale, sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l'accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane, mediante una disponibilità d'offerta che copra l'intero arco della giornata e sviluppata su tutta la settimana. La Fondazione intende essere un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del Malato, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei Cittadini.

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

A) Qualità delle cure

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

B) Integrazione e continuità delle cure

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

C) Equità delle cure

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

D) Innovazione scientifica e ricerca

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

E) Coordinamento e rete di servizi

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

F) Sicurezza

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

G) Sviluppo della qualità professionale

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

H) Sviluppo dell'etica aziendale

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

I) Efficienza e responsabilità

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

J) Partecipazione e volontariato

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

K) Rapporto con le istituzioni

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

L) Cooperazione internazionale

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

1.3. La Fondazione in cifre

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



Attività clinica

**860 posti letto
attivi**

**90.132 accessi al
Pronto Soccorso**

**31.208 pazienti
ricoverati**

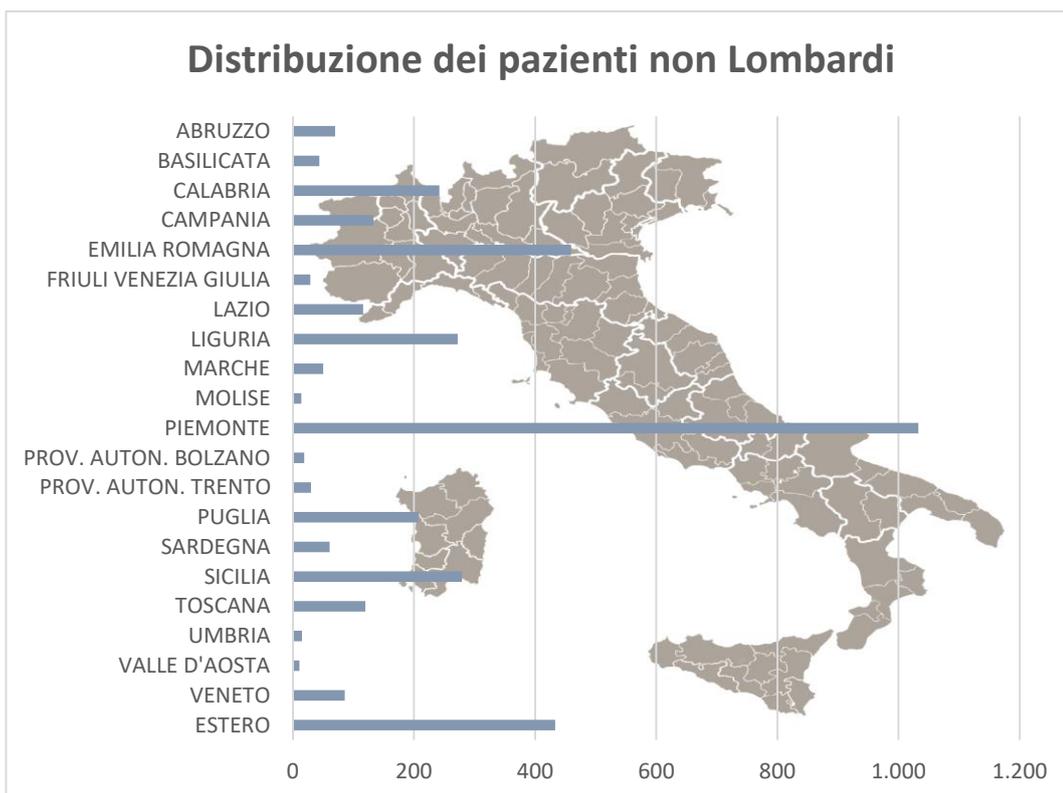
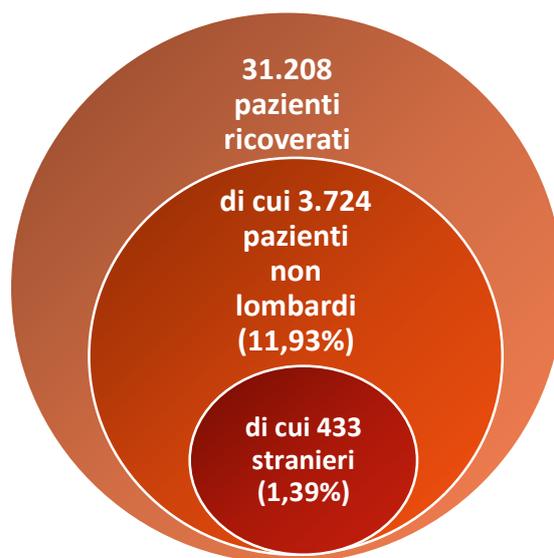
**640.582
prestazioni
erogate in
PS**

**232.509
giornate di
degenza**

**2,01 milioni di
prestazioni
ambulatoriali**

Fonte: Anno 2022

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



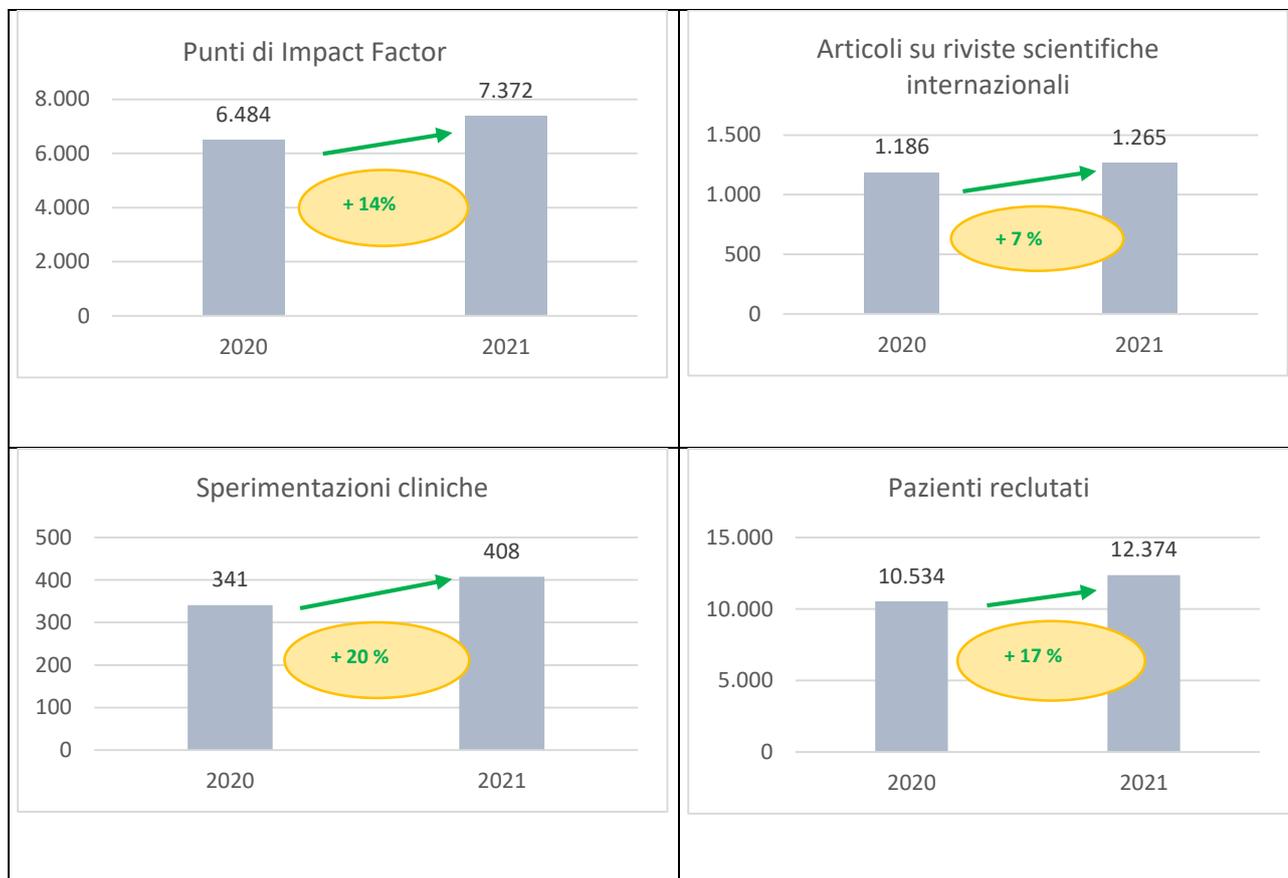
Attività di Ricerca e Didattica



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, dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie, delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, di master e dottorati di ricerca.”

Confronto anni 2020 e 2021



Fonte: Anno 2021

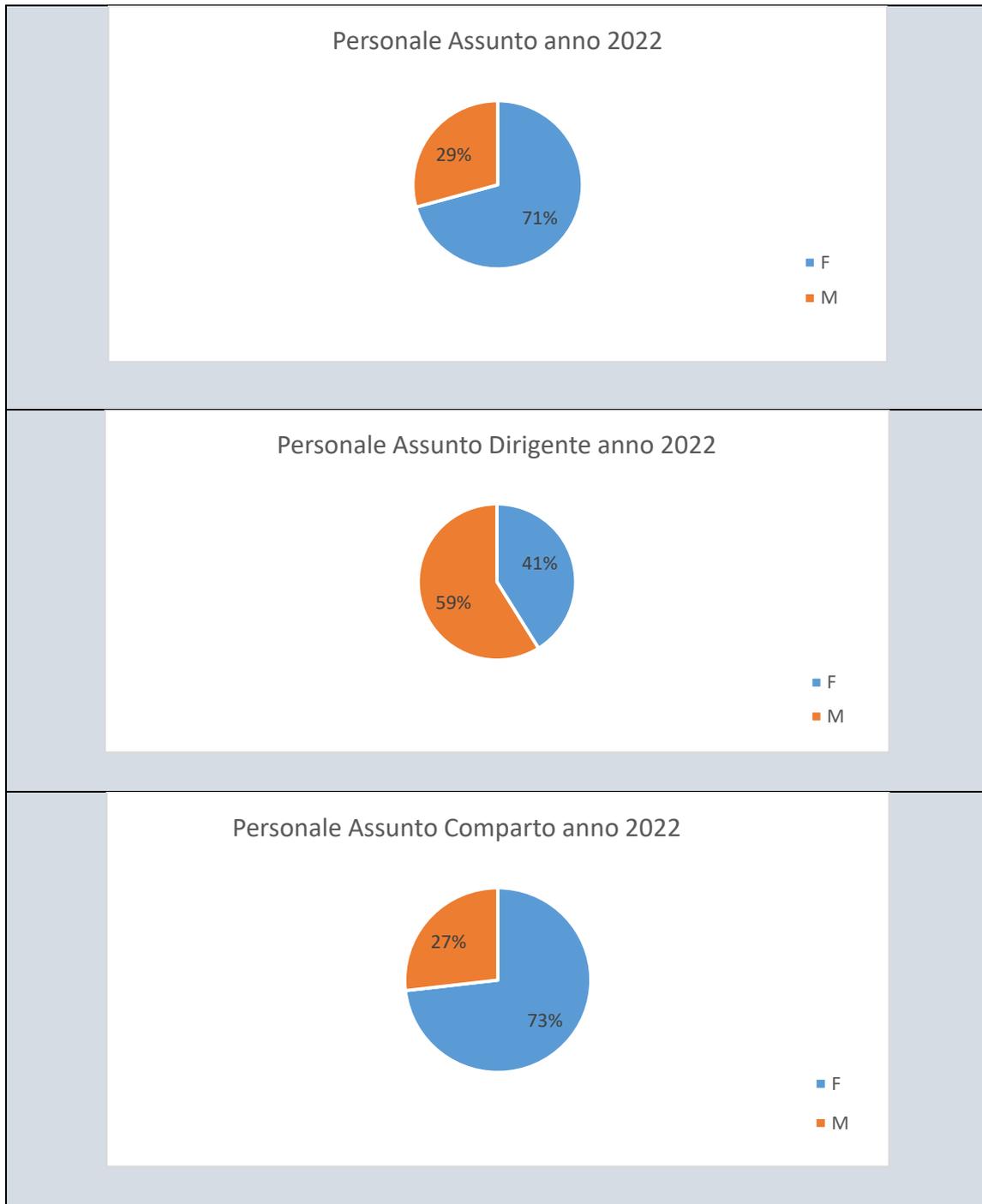
Risorse: Personale

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





I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano come vi sia, anche nel 2022, 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 2022

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

Il dato sulla dirigenza medica risulta ancora più importante se si osserva il numero di assunzioni avvenute nel 2022 e la ripartizione per età di tale personale, attualmente in servizio. Risulta infatti che il numero superiore di donne in questo profilo professionale discende dalla maggior presenza femminile nelle fasce di età più giovani a dimostrazione che vi è una correlazione diretta fra le nuove assunzioni, genericamente di personale giovane e l'attuale popolazione dipendente nel profilo che rileva come statisticamente il personale assunto come medico sia sempre di più costituito da donne e che tale fatto, in maniera incontrovertibile, dimostri l'assenza di discriminazione (uomo donna) in uno dei momenti più critici e delicati della vita lavorativa di un dipendente.



Dati di produzione

Ricavi		Costi	
Prestazioni sanitarie	301.061.436	Personale	168.327.654
Contributi in c/esercizio	117.195.499	Materiali e Servizi	194.578.776
Entrate diverse	36.503.145	Altri costi	78.057.850
Totale	454.760.080	Totale	440.964.280

Valori espressi in €

Fonte: Bilancio di esercizio 2021

Valore della produzione – Costi della produzione =
+ 13.795.800 € (Risultato operativo)

Dati economici – Risultato d'esercizio

Variazione valori di Bilancio Consuntivo 2021 rispetto al 2020 (Conto Economico)

Conto Economico (€)			
	Anno 2021	Anno 2020	Variazione
Valore della produzione	454.760.080	442.611.832	12.148.248
Costi della produzione	440.964.280	428.995.666	11.968.614
Proventi e oneri finanziari	-1.420.795	-1.586.212	165.417
Proventi e oneri straordinari	151.032	787.351	636.319
Imposte e tasse	12.526.037	12.587.960	61.923
Risultato d'esercizio	0	229.345	229.345

Conto Economico (€)			
	Anno 2021	Anno 2020	Variazione
Valore della produzione			
Prestazioni sanitarie	301.061.436	266.353.614	13%
Contributi in c/esercizio	117.195.499	133.234.192	-12%
Entrate diverse	36.503.145	43.024.026	-15%
Totale	454.760.080	442.611.832	3%
Costi della produzione			
Personale	168.327.654	169.851.546	-1%
Materiali e Servizi	194.578.776	182.169.327	7%
Altri costi	78.057.850	76.974.793	1%
Totale	440.964.280	428.995.666	3%

Bilancio di esercizio 2021

SEZIONE II

1. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

1.1. VALORE PUBBLICO

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

Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Gli IRCCS polispecialistici, come il Policlinico San Matteo, rivestono un ruolo di primaria importanza nell'ambito della ricerca nazionale ed internazionale, ponendosi al centro dei processi di cambiamento, che mirano alla tutela della salute dei pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento dell'organizzazione in termini di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza e accessibilità.

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

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

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

La Fondazione, 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 2023 con proiezione al 2025, di specifiche strategie finalizzate alla creazione di Valore Pubblico nei termini che seguono.

1.1.1 ACCESSIBILITA'

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

1.1.2 FORMAZIONE

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

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

Inoltre, le strutture del Policlinico "San Matteo" vengono utilizzate per lo svolgimento di tirocini da parte di studenti iscritti e frequentanti percorsi formativi afferenti ai Dipartimenti universitari.

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

1.1.3. DIGITALIZZAZIONE E AMMODERNAMENTO DELLE TECNOLOGIE

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

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

1.1.4. PROMOZIONE DELLA RICERCA

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

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

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

1.1.5. RISPARMIO ENERGETICO

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

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

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

1. Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione del personale, con l'inserimento nel codice di comportamento aziendale di una specifica sezione dedicata ai comportamenti orientati all'efficienza energetica;
2. Responsabilizzazione dei Dirigenti su gestione degli immobili e impiantistica;
3. Rinnovo di impianti e apparecchiature, applicando la sostituzione con nuovi sistemi ad alta efficienza energetica (caldaie, sistemi di illuminazione, serramenti, valvole termostatiche);
4. Previsione di piani di ristrutturazione degli edifici e trasferimento delle strutture volti a migliorare la razionalizzazione delle attività (adeguamenti strutturali ed impiantistici).

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").

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

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

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

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

Ciò posto, si evidenzia che la L. n. 190/2012 ed ANAC - quest'ultima in più occasioni, da ultimo con i PNA 2019-2021 e con il PNA 2022 (approvato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023) 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.

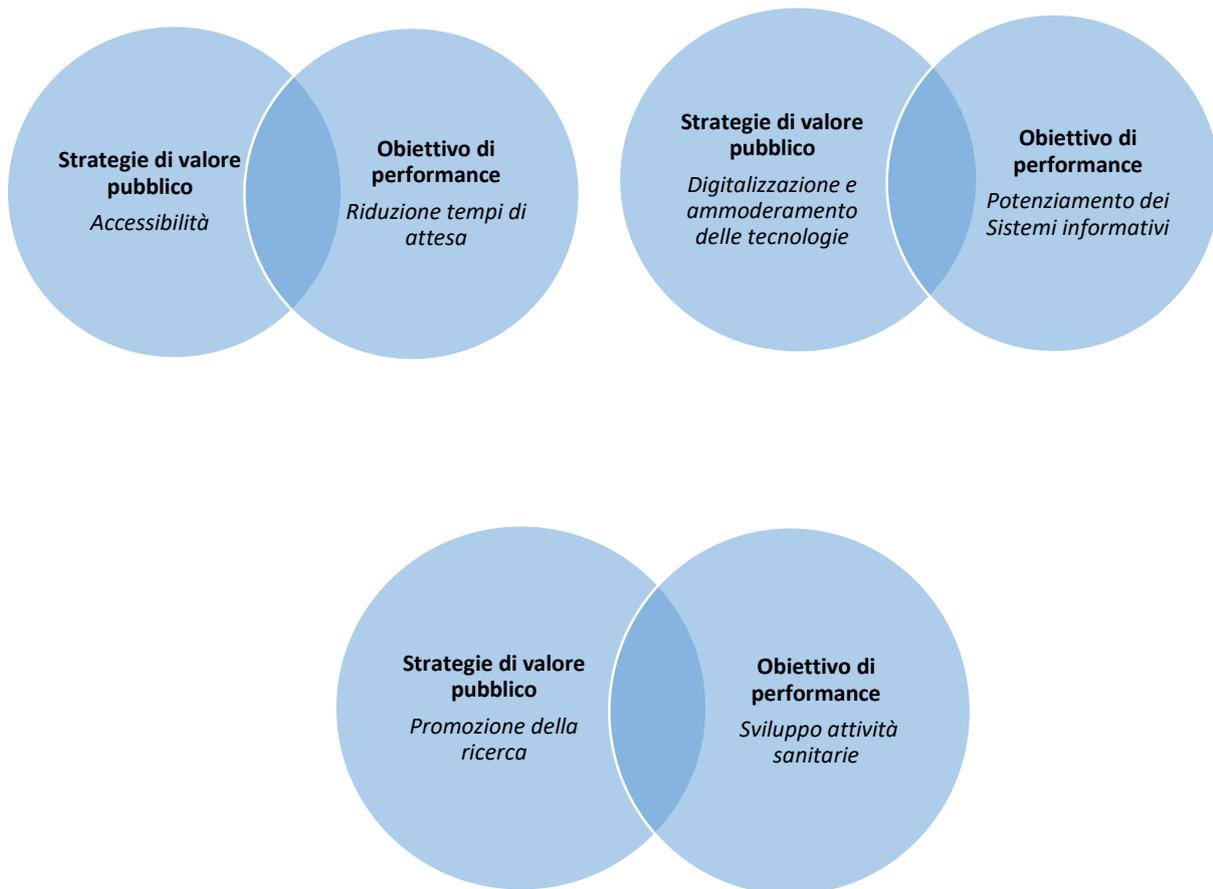
Con D.G.R. n. XI/7758 del 28/12/2022, Regione Lombardia ha comunicato gli indirizzi di programmazione per l'anno 2023 (cd. "Regole di Sistema 2023").

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

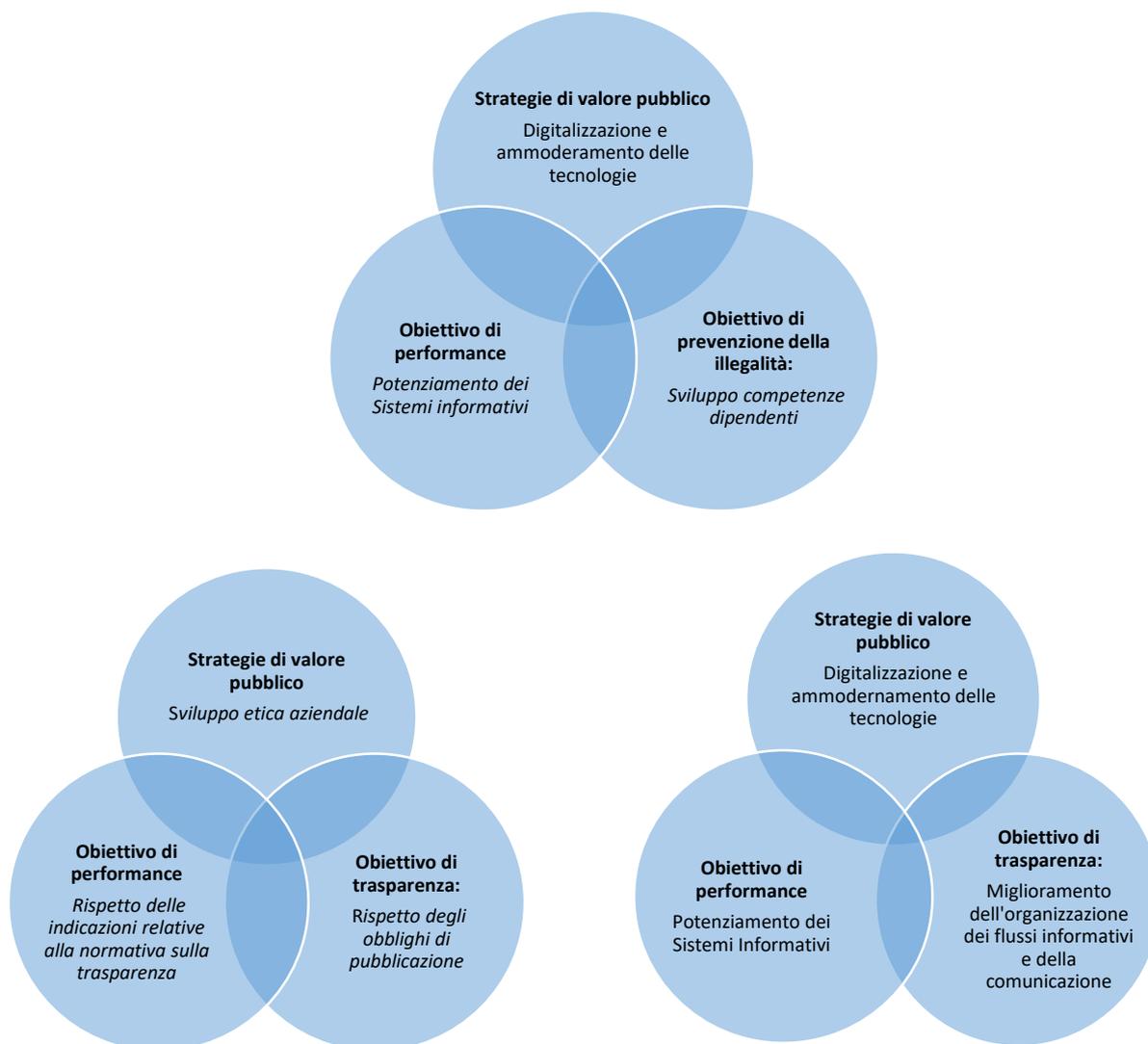
- sviluppo delle attività sanitarie;
- sviluppo dell'attività di ricerca;
- qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure.

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

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



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



2.2 ANTICORRUZIONE

Premessa

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

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

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

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

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

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

Parte Generale

Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione

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

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

I soggetti che, invece, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione 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. i Direttori di Struttura per l'area di rispettiva competenza;
5. il Nucleo Interno di Valutazione (nelle funzioni di O.I.V.);
6. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
7. la Funzione di Internal Auditing;

8. il personale della Fondazione (dirigenza e comparto);
9. 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 PIAO, secondo lo statuto adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, ivi compresi quelli che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, in via prioritaria gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza i quali non possono non tener conto degli obiettivi di valore pubblico della Fondazione.

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 Strutture/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 SC Gestione e Sviluppo 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/6026 del 1 marzo 2022 le quali prevedono la creazione di un Comitato di coordinamento dei controlli interni, presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione. 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. 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).

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

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

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

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

A tal fine:

- a) segnalano al RPCT l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché 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.

6. Il Nucleo di Valutazione

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

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza

amministrativa;

d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dalla Fondazione.

7. 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.

8. La Funzione di Internal Auditing

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

- a) al vertice aziendale, per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione;
 - b) a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.
- In particolare, la Funzione di I.A. assiste la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni, attuando, a sua volta, tre tipologie di controllo (cd. di terzo livello):
- a) conformità alle leggi ed ai regolamenti in vigore; conformità dei comportamenti alle procedure ed alle prassi interne; adeguatezza e chiarezza delle stesse alle esigenze operative: audit di conformità (compliance audit);
 - b) efficacia ed efficienza delle attività operative e dei processi, per monitorare il rispetto degli obiettivi: audit operativo (operational audit);
 - c) attendibilità delle informazioni di bilancio: audit economico-finanziario (financial audit).

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

9. Tutto il personale della Fondazione

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 della corruzione e dell'illegalità individuate dalla Fondazione.

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).

10. 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 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./100 del 25 novembre 2022, ha individuato per il 2023, obiettivi strategici programmatici di lungo termine sulla scorta dei quali il RPCT predispose la sezione anticorruzione del PIAO 2023/2025, quali:

“1.1 definizione un sistema integrato di controlli interni, anche attraverso l’opportuna costituzione del “Comitato di coordinamento dei controlli”, previsto dalla D.G.R. XI/6278 del 11 aprile 2022, il quale persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, fungendo da strumento di raccordo tra le funzioni di RPCT, Internal Auditing, Qualità, Risk Management, Ciclo performance e Privacy, con lo scopo di garantire maggiore efficienza organizzativa e assicurare il coordinamento dei controlli;

1.2 miglioramento dell’organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione sia all’interno che all’esterno della Fondazione, attraverso la partecipazione costante dei Dirigenti responsabili di struttura”.

Il primo obiettivo risponde all’esigenza di costituire un Comitato di Coordinamento dei controlli, avente l’obiettivo di creare un collegamento tra le diverse aree di indagine e quindi garantire una maggiore efficienza organizzativa, assicurando una coordinazione nei controlli delle aree esposte maggiormente al rischio corruttivo.

Infine risulta di primaria importanza migliorare la qualità dei flussi informativi, in modo da permettere agli utenti e al personale della Fondazione di poter partecipare all’attività della struttura.

Analisi dei Rischi

Analizzare i fattori di rischio corruttivo costituisce la base per l’attuazione della mappatura e l’aggiornamento dei settori esposti a tale rischio. Con il passare degli anni si è giunti ad analizzare dettagliatamente i processi, e quindi ad individuare delle misure correttive più efficaci. La collaborazione tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e i Responsabili delle strutture coinvolte, considerate a maggior rischio, ha contribuito all’individuazione di dettagliate misure correttive. Tale modalità di lavoro ha permesso ai dirigenti delle strutture interrogate di riesaminare i processi su cui si interviene con più frequenza.

Pertanto l’applicazione di tale metodo ha consentito:

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

Il processo di gestione del rischio di corruzione

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

La condivisione da parte della Fondazione 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 535.000 unità stimate, con un'età media tra le più elevate della Regione, il territorio ha una densità abitativa (185 abitanti per km²) fra le più basse in Lombardia.

A fronte di un tessuto sociale costituito da una popolazione anziana, il tessuto economico è 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.

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

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

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

Per la parte che qui interessa, si ritiene necessario segnalare le seguenti Strutture 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:

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

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

- SC Direzione Medica di Presidio;
- SC Direzione Professioni Sanitarie;
- SC Fisica Sanitaria;
- SC Farmacia Ospedaliera.

il Dipartimento Amministrativo, nelle sue articolazioni organizzative:

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

la Direzione Scientifica.

La mappatura dei processi

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

Per *"mappatura dei processi"* si intende l'individuazione e l'analisi dei processi organizzativi, un esame graduale di tutta l'attività svolta dalla Fondazione 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 2021 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 PIAO 2022-2024, 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:

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

Giova ricordare che in sede di stesura della sottosezione “*Valore Pubblico, performance, anticorruzione*” del PIAO, relativa al Triennio 2022-2024, si era dato evidenza all’avvio del percorso di mappatura dei processi aziendali (attività, peraltro, costituente obiettivo strategico per l’anno 2020/2021), con particolare riferimento a quelli soggetti a rischio corruttivo.

Con nota del 11 novembre 2022, il RPCT ha inteso condividere con i Direttori/Responsabili delle Strutture individuate la mappatura dei processi aziendali finalizzata al recepimento delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC.

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

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

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

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

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

Di seguito lo schema utilizzato:

REGISTRO DEI RISCHI										
UNITA' OPERATIVA										
PROCES SO	DESCRIZI ONE DEL PROCES SO	ATTIVI TA'	FASE /I	RESPONSA BILE DEL PROCESSO E DELL'ATTI VITA'	RISORS E UMANE IMPIEG ATE NEL PROCES SO	PROCEDU RE/ ISTRUZION I OPERATIV E/ REGOLAM ENTI VIGENTI CHE DISCIPLIN ANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFI CO/ CRITICIT A' DEL PROCES SO	FATTORI ABILITAN TI DEL RISCHIO CORRUTT IVO DEL PROCESS O	VALUTAZION E COMPLESSIV ADEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRA STO DEL PROCESS O

I processi a rischio tipicamente corruttivo sono stati suddivisi per aree di rischio generali e specifiche e per Strutture competenti, come dettagliato nel Registro dei Rischi 2022-2024: i *“Contratti pubblici (lavori, servizi e forniture)”*, l' *“Acquisizione e gestione del personale”*, la *“Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”*, *“Incarichi e nomine”*, *“Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”*, *“Affari legali e contenzioso”*, *“Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario”* e quali Aree a rischio specifico per il Settore Sanità la *“Libera professione e Liste di attesa”*, i *“Rapporti contrattuali con privati accreditati”*, la *“Farmaceutica, dispositivi e apparecchiature”* e l' *“Attività conseguenti il decesso ospedaliero”*.

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

L'analisi condotta dalle Strutture aziendali nel corso del 2022, ha portato all'individuazione di n. 54 processi, con relative misure di contrasto, a fronte dei 52 processi risultanti dalla mappatura del 2021.

Nel Registro dei rischi relativo all'annualità 2022 è stato chiesto a ciascun Direttore di Struttura di dare evidenza - per ciascun processo - dell'attuazione o mancata attuazione (quest'ultima da motivare) delle misure di contrasto e/o di prevenzione individuate, indicando le modalità adottate dal Responsabile della Struttura per renderle quanto più possibili efficaci.

Quanto sopra è illustrato nel Registro dei Rischi di cui [all'allegato 2](#) al presente PIAO.

Su tale aspetto, è emerso quanto segue:

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

L'ulteriore mappatura realizzata nel corso del 2022 ha confermato la complessità della realtà aziendale che si presenta articolata e diversificata e che, pertanto, richiederà, nel prosieguo, un costante approfondimento dei singoli processi nelle loro fasi e nelle loro attività.

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

1) SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE:

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

2) SC SISTEMI INFORMATIVI:

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

3) SC FARMACIA OSPEDALIERA:

- Processo: Gestione Infezioni SEPSI;
- Misura di contrasto: Evasione delle richieste di approvvigionamento di gel alcolico pervenute dalle Strutture identificate di concerto con il CIO, come aree maggiormente a rischio. Elaborazione di report di consumo di gel alcolico da inviare alla SC Qualità e Risk Management.

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 2022, hanno interessato l'Ente (mediante acquisizione di elementi conoscitivi dalla SC Avvocatura – Legale e Contenzioso).

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

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

Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, con riferimento ai processi attualmente individuati, la Fondazione 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.

È stata prevista nel corso del 2022 la stesura di un piano di monitoraggio annuale in cui vengono indicati:

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

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 Piani 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, di attuazione nel corso del 2023.

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

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

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

Reclutamento di docenti esterni e Tutor

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

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

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

La SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane verifica:

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

Whistleblowing

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 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 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 SC 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 2022 non sono pervenute al RPCT segnalazioni.

La rotazione straordinaria

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

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

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

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

della individuazione delle “*condotte di natura corruttiva*” che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell’articolo 16, comma 1, lett. I-*quater*), del D.Lgs. n.165/2001.

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

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

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

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

Divieto di Pantouflage o di Revolving Doors

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

Viene disciplinato così il divieto, riferito a quei dipendenti che, negli ultimi tre anni, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Pubblica Amministrazione, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale per conto dei soggetti privati, destinatari dell’attività della Pubblica Amministrazione esercitata attraverso i medesimi poteri. La disposizione è volta a scoraggiare i comportamenti impropri del dipendente che potrebbe preconstituirsì, sfruttando la posizione lavorativa antecedente, delle situazioni di vantaggio presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto grazie al precedente rapporto di lavoro. Al contempo, il divieto in questione è volto a ridurre il rischio che i soggetti privati possano esercitare pressioni sullo svolgimento dei compiti istituzionali, dando al dipendente l’opportunità di assunzione una volta cessato dal servizio alle dipendenze della P.A.

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

Il D.lgs 165/2001 Art. 53 comma 16 – ter, stabilisce che: “*i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi di contrattare con le pubbliche amministrazioni per*

i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

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

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

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

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

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

Misure Specifiche

La Fondazione, anche su sollecitazione di Regione Lombardia ed ORAC, nel corso del 2022 ha ritenuto di considerare quali misure specifiche di contrasto e prevenzione della illegalità l'istituzione del registro delle garanzie fidejussorie e la nuova disciplina ALPI che declina nel dettaglio le attività di monitoraggio in funzione dell'esigenza di garantire trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni. Tali misure continueranno ad essere adottate anche in futuro.

Controllo e Monitoraggio delle Garanzie Fideiussorie

Per l'accesso ad un'attività economica o per la partecipazione ad una gara ad evidenza pubblica, la legge impone la presentazione di una garanzia fidejussoria o reale, a difesa della prestazione oggetto dell'obbligazione. Soggetti beneficiari di tali garanzie sono le Pubbliche Amministrazioni, le quali vengono coperte dal rischio di inadempimento dell'operatore economico che chiede l'autorizzazione o partecipa alla gara.

Ai sensi dell'art. 93, comma 2, D.lgs 50/2016 *“La garanzia fideiussoria a scelta dell'appaltatore può essere rilasciata da imprese bancarie o assicurative che rispondano ai requisiti di solvibilità previsti dalle leggi che ne disciplinano le rispettive attività o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'articolo 106 del decreto legislativo ((1 settembre)) 1993, n. 385, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie e che sono sottoposti a revisione contabile da parte di una società di revisione iscritta nell'albo previsto dall'articolo 161 del decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58 e che abbiano i requisiti minimi di solvibilità richiesti dalla vigente normativa bancaria assicurativa.”*

Il Collegio dei Revisori dei Conti di Regione Lombardia e l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), hanno avviato un'attività di verifica del monitoraggio e di controllo secondo le linee guida espresse nella D.G.R. IX/1770 del 24 maggio 2011, avente ad oggetto "*Linee guida sulle modalità di acquisizione, gestione, conservazione e controllo delle garanzie fideiussorie, ai sensi della L.R. 23 dicembre 2009, n. 19*", di fondamentale importanza per disciplinare l'acquisizione, la gestione e la conservazione delle fidejussioni e per ciò che riguarda le modalità di controllo cui tutte le Direzioni Generali e Centrali della Giunta Regionale sono tenute a conformare il proprio operato, al fine di standardizzare le procedure.

Il RPCT della Fondazione è stato chiamato a svolgere la funzione di coordinatore delle attività di monitoraggio e verifica richieste da ORAC. Si è proceduto attraverso l'acquisizione degli "*indici di riferimento*" suggeriti da ORAC per l'attività di verifica, dalle Strutture interessate, ossia:

- la legittimazione del soggetto che rilascia la garanzia;
- l'affidabilità del soggetto;
- le eventuali sospensioni dell'abilitazione;
- l'oggetto della garanzia;
- l'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti;
- la durata e l'idoneità del periodo di copertura;
- le modalità di svincolo ed escussione;
- l'adeguata custodia del documento.

Le strutture coinvolte, all'interno della Fondazione sono:

- SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato);
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale.

Acquisizione delle Garanzie Fideiussorie – Registro Aziendale

La garanzia Fideiussoria viene acquisita dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità in formato cartaceo originale. La stessa viene protocollata ed inviata al Tesoriere corredata da un "*documento accompagnatorio*" di carico riportante: il numero di protocollo, il nome del fideiussore, il nome del beneficiario, l'importo della garanzia.

È stata riscontrata la mancanza di un Registro delle Garanzie Fideiussorie, così come suggerito in diverse disposizioni ANAC e nella sopra richiamata D.G.R. di Regione Lombardia. Pur non rinvenendo in nessuna disposizione l'obbligatorietà di tale Registro, la sua presenza è fortemente raccomandata poiché i dati inseriti in esso costituiscono nel medio-termine un valido supporto all'attività di monitoraggio e verifica richiesta. Il Registro delle Garanzie Fideiussorie dovrebbe riportare in numero progressivo tutte le garanzie fideiussorie e prevedere per ciascuna di esse le seguenti informazioni minime:

- Dati del beneficiario;
- Dati della domanda (anno di riferimento, numero di protocollo della domanda, importo del contributo, settore/norma/fondo/altro in base al quale il contributo è stato concesso, numero e data del provvedimento di concessione);
- Dati della garanzia (codice fiscale del fideiussore, denominazione ed eventuale dipendenza del garante, eventuale data di validazione, data delle liste di carico e scarico, estremi della lettera di svincolo/escussione).

Pertanto, accertata la necessità di dotarsi di tale Registro, La Fondazione si è attivata per verificare la fattibilità di sviluppare, all'interno del software aziendale, una nuova funzione.

Adeguata custodia delle garanzie fideiussorie

Uno degli indici di riferimento suggeriti da ORAC per l'espletamento della verifica richiesta è "l'adeguata custodia del documento". La garanzia fideiussoria, come sottolineato in precedenza, viene acquisita dalla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità in formato cartaceo e trasmessa con numero di protocollo, nome del fideiussore, nome del beneficiario ed importo della garanzia al Tesoriere. Quest'ultimo ha il compito di "tenere in custodia" le garanzie e di "tenere aggiornato" il giornale di carico e scarico, non gestisce, quindi, in alcun modo le garanzie e non effettua nessun controllo delle scadenze.

Le Strutture interessate sono state chiamate, quindi, a produrre dei documenti in cui hanno esplicitato l'attività di verifica svolta sulle garanzie in gestione.

1. SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO – ECONOMATO)

La Struttura ha evidenziato le due tipologie di fideiussioni trattate:

- Provvisoria;
- Definitiva.

Nel momento in cui viene indetta una procedura di gara, la Fondazione in qualità di Stazione Appaltante, chiede all'operatore economico di fornire, unitamente agli altri documenti, anche una garanzia provvisoria corredata dall'impegno di un fideiussore a rilasciare la garanzia fideiussoria per l'esecuzione del contratto (garanzia definitiva) qualora risultasse affidatario del contratto.

Al momento dell'apertura della busta amministrativa, vengono effettuate le seguenti verifiche:

- Sulla legittimazione del soggetto che rilascia la garanzia: Consultazione del sito IVASS e del sito della Banca d'Italia, al fine di controllare la posizione del soggetto che rilascia la garanzia;
- Sull'oggetto della garanzia: controllo sulla corrispondenza tra oggetto della garanzia e oggetto della gara;
- Sull'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti:

Qualora vi siano sospetti sull'importo della garanzia, viene attivata la procedura di consultazione di bilancio, dei siti web e di tutto quanto possa essere ritenuto utile allo scopo, e si acquisiscono le informazioni utili sulla solvibilità di chi rilascia la garanzia e sull'adeguatezza dell'importo per far fronte agli obblighi garantiti;

- Sulla durata e idoneità del periodo di copertura:

Ai sensi dell'art. 93, comma 5, D.Lgs 50/2016, la garanzia deve avere efficacia per almeno 180 giorni dalla data di presentazione dell'offerta. Nei casi in cui l'acquisizione di un bene o la prestazione di un servizio sia di particolare rilevanza, e la stazione ravvisi la necessità di prevedere una proroga tecnica, l'importo richiesto per la garanzia provvisoria ed il periodo di copertura devono essere calcolati computando anche il periodo di proroga.

A seguito dell'espletamento della procedura di gara, la SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato), al fine di garantire l'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto e del risarcimento del danno derivante da eventuale inadempimento, chiede la prestazione di garanzia definitiva.

Nello specifico, la SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) comunica l'esito della gara all'aggiudicatario, chiedendo allo stesso di provvedere alla consegna in busta chiusa di cauzione definitiva ai sensi dell'art. 103 D.Lgs 50/2016, per un valore pari al 10% del valore aggiudicato, fatte salve eventuali riduzioni, e anche ai non aggiudicatari, provvedendo nei loro confronti allo svincolo della garanzia provvisoria. In caso di mancata costituzione della garanzia definitiva, l'affidamento decade automaticamente e la SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) acquisisce la cauzione provvisoria presentata per la partecipazione alla gara.

Al ricevimento della garanzia definitiva, la SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) provvede ad inoltrarla, previa protocollazione, alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

2. SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

La tipologia di garanzia fideiussoria provvisoria maggiormente gestita dalla SC Gestione Tecnico Patrimoniale sono le polizze assicurative: si tratta, in alcuni casi, di polizze concepite per uso elettronico e verificabili, a mezzo di apposito numero di codice, sul sito internet della Società emittente, in altri casi, vengono presentate semplici scansioni di polizze fideiussorie tradizionali. In entrambi i casi, le verifiche effettuate risultano essere le seguenti:

- Qualora la Società emittente risulti poco nota o con sede estera o presenti caratteri di anomalia (es. denominazioni sociali o marchi simili a quelli di società famose), viene accertata sul sito IVASS l'effettiva abilitazione all'esercizio di attività in Italia e per lo specifico ramo delle polizze fideiussorie;
- Nei pochi casi di fideiussioni bancarie o di intermediari finanziari, qualora sussistano dubbi sugli emittenti, si verifica che le stesse siano censite negli appositi elenchi sul sito internet della Banca d'Italia;
- A tutela della stazione appaltante, l'operatore economico concorrente deve produrre, con riferimento al firmatario del soggetto garante, copia in formato elettronico del documento che ne attesti i poteri di sottoscrizione (procura o atto notorio);
- In sede di gara, nell'esame della documentazione amministrativa viene prestata particolare attenzione all'oggetto della gara, alla correttezza dell'importo e alla durata della polizza;
- Viene sempre verificata sul sito IVASS l'iscrizione dell'intermediario assicurativo nel relativo Registro;
- Viene sempre richiesta la presentazione della polizza definitiva all'aggiudicatario;
- La tipologia di garanzia fideiussoria definitiva è oggetto dei medesimi controlli effettuati sulla garanzia provvisoria.

La Fondazione, a seguito dell'attività compiuta sul tema della garanzie fideiussorie, e in ragione di quanto sopra esposto, ha definito alcune azioni di miglioramento:

1. Creazione di un Registro Aziendale delle Garanzie Fideiussorie;
2. Definizione di una procedura/istruzione operativa che preveda una Check List con il fine di effettuare il controllo/monitoraggio e la creazione di schemi di garanzie diversificati per tipologia per ogni Struttura;
3. Verificare la possibile integrazione del contratto in essere con la "Banca Popolare di Sondrio", affidando al Tesoriere il compito di verificare le scadenze, dandone così contezza alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità della Fondazione.

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

Con Deliberazione n. 5/C.d.A/147 del 27 dicembre 2021, la Fondazione ha approvato l'adozione del Regolamento n. 83/2021 in materia di attività libero professionale intramuraria.

Secondo l'art. 2 del suddetto Regolamento, per attività libero professionale intramuraria del personale medico e sanitario si intende *"l'attività che detto personale individualmente o in équipe, esercita fuori dall'orario di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, day surgery o di ricovero sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito che individua normalmente il professionista di riferimento e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 9 D.lgs. n. 502/1992."*

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

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

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

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

Trasparenza

Premessa

Come noto, ai sensi dell'articolo 9 del D.Lgs. n. 33/2013, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, nella *home page* del sito web istituzionale della Fondazione 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 2022 e gli obiettivi del 2023

Nel corso dell'anno 2022 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 RPCT ha intrapreso un percorso rivolto alla realizzazione di un *modus operandi* da parte dei Dirigenti di Struttura 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 Struttura nel quale, oltre a rammentare gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia, vengono illustrati gli aggiornamenti e/o integrazioni a cui provvedere secondo i chiarimenti, eventualmente forniti, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il monitoraggio svolto nel secondo quadrimestre del 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 Strutture competenti ai fini del conseguente adeguamento.

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

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

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

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

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

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

Si rammenta inoltre che la SC Sistemi Informativi ha predisposto un sistema di rilevazione del numero di accessi alle singole sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente" da parte degli utenti.

La SC Sistemi Informativi 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 2023 proseguirà l’attività di implementazione ed aggiornamento della Sezione sulla falsariga di quanto finora svolto, proseguendo ad assistere le Strutture interessate nel corretto assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi di quanto previsto dalla normativa in materia e di quanto chiarito dall’Autorità nazionale Anticorruzione.

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:

- 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;

Monitoraggio sulla Trasparenza

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

Di seguito lo schema utilizzato:

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

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Organigramma

Il Modello Organizzativo della Fondazione si basa sulle linee guida regionali sul Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) previste con DGR. N. XI/6062 dell'01/03/2022.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategica, rappresenta lo strumento programmatico attraverso il quale gli Enti interessati, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispongono, definiscono il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi, nel contesto delle relazioni e dei rapporti con la Regione e con il complesso degli Enti del sistema socio-sanitario regionale.

L'attuale POAS è stato approvato con DGR n. XI/6813 del 02/08/2022 ed il modello organizzativo proposto è, in sintesi così strutturato:

- **Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica:** articolazioni aziendali che rivestono carattere di trasversalità e che, per disposizioni di legge o di provvedimenti regionali, sono poste alle dirette dipendenze degli organi di vertice
- **Dipartimenti:** articolazioni aziendali che assicurano e coordinano le funzioni assegnate alle Unità Organizzative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici che li compongono, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato di tutte le risorse, per assicurare prestazioni di qualità, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza
- **Unità Organizzative Complesse:** articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari. Sono dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali
- **Unità Organizzative Semplici e Unità Organizzative Semplici Dipartimentali:** articolazioni di Unità Organizzative Complesse e/o di Dipartimento, che svolgono una funzione o un complesso di funzioni, cui sono attribuiti livelli differenziati di autonomia funzionale o gestionale, per ragioni organizzative, di efficienza e di specificità professionale
- **Incarichi professionali di alta specializzazione:** articolazioni funzionali di Struttura, connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali, che producono prestazioni 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 definito come una *"articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili"*.

La consistenza minima dei Dipartimenti è di quattro unità operative complesse con l'eccezione di

casi particolari che discendono da obblighi di legge.

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

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

- Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, rimanendo titolare della struttura complessa cui è preposto.
- L'attribuzione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri sia territoriali, comporta sia responsabilità professionali in materia clinico organizzativa, sia responsabilità di tipo gestionale delle risorse assegnate. Il Direttore di Dipartimento predispose annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione strategica nell'ambito della programmazione della Fondazione. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

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

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

La tipologia dei dipartimenti previsti dalla normativa si suddividono in:

Dipartimenti gestionali

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

Dipartimenti funzionali

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

perseguimento degli obiettivi assegnati.

Dipartimenti interaziendali funzionali

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

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

Direttore del Dipartimento

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale (previa verifica dei titoli posseduti) ad uno dei responsabili di Unità Organizzativa Complessa afferenti al Dipartimento ed è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di Unità Organizzativa Complessa. Per tutta la durata dell'incarico mantiene la responsabilità della medesima struttura; qualora il Direttore fosse impossibilitato a svolgere la responsabilità assegnatagli, l'incarico è affidato secondo le modalità previste dal CCNL.

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

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

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

Comitato di Dipartimento

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

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

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

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

Le unità organizzative si distinguono in:

Unità Organizzative Complesse (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.

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

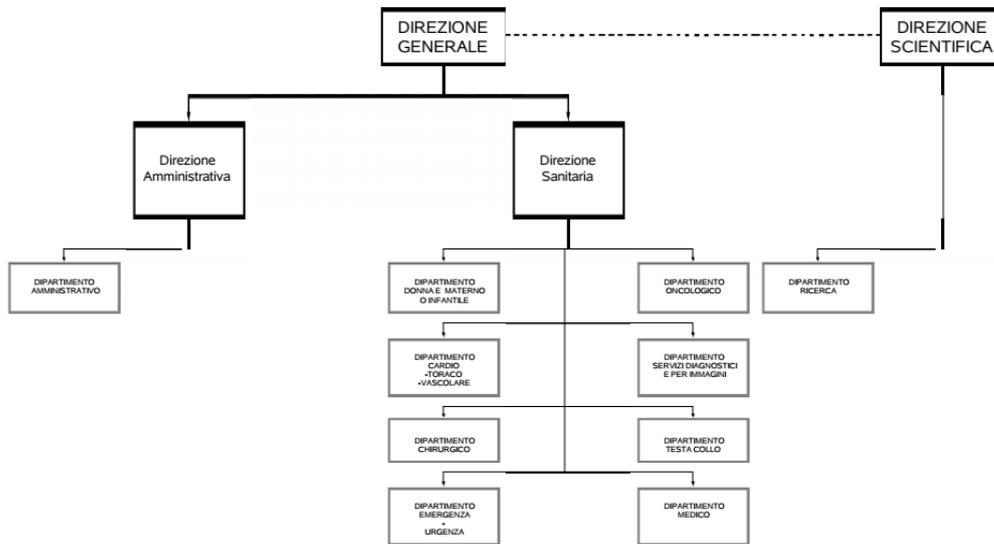
- a. trasformazione di una UOC in UOSD o in UOS;
- b. trasformazione da UOSD in altra UOSD;
- c. trasformazione da UOSD in UOS;
- d. trasformazione da UOS in altra UOS;
- e. cambio di afferenza di una UOS;
- f. ridenominazione di UOS o UOSD con modifica delle competenze.

In tutti i casi sopradescritti non deve, pertanto, verificarsi un incremento di strutture organizzative. Si potrà quindi procedere utilizzando la seguente procedura:

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

L'organigramma della Fondazione è di seguito riportato:

ORGANIGRAMMA PROPOSTO - FONDAZIONE POLICLINICO S. MATTEO - PV - Direzioni e Dipartimenti



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 Funzionali (Innovazione e Cure palliative) e altrettanti dipartimenti interaziendali (DMTE e DIPO) che rispecchiano la multidisciplinarietà che caratterizza l'Ente e agiscono, in maniera integrata, con l'attività di ricerca svolta dalla Direzione Scientifica.

Tutte le risorse necessarie al funzionamento dei Dipartimenti sanitari sono assicurate dal Dipartimento Amministrativo afferente alla Direzione amministrativa e dalle Strutture c.d. "in Staff" al Direttore Generale che guida la Direzione Strategica Aziendale secondo le direttive Nazionali e Regionale per il perseguimento degli obiettivi Aziendali come definiti dallo Statuto, dalle disposizioni Nazionali e Regionali, e raccolte ed aggiornate nel POAS di volta in volta vigente. Il modello organizzativo realizzato, si sviluppa sia "orizzontalmente" attraverso la collaborazione di professionisti che all'interno delle singole Strutture Operative, nell'ambito dei rispettivi ambiti di lavoro e responsabilità, realizzano la propria attività lavorativa, sia "verticalmente" secondo un sistema che, individuando gerarchicamente le responsabilità e competenze, consente ad un sistema complesso come quello dell'IRCCS, di comunicare in maniera ordinata ed efficiente, considerato anche che all'attività clinica assistenziale è sempre integrata quella di ricerca e tutte sono interagiscono con le attività di supporto di carattere tecnico – professionale amministrativo.

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

L'utilizzo di tale modello consente anche una facile gestione dei rapporti con gli Enti esterni della Fondazione 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'Agencia 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 quanto 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 POAS 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 e nelle more della regolamentazione della disciplina di conferimento anche degli incarichi di Altissima professionalità previsti dal nuovo CCNL, la possibilità di conferire incarichi di tale natura, graduando n. 6 diverse tipologie di incarichi. Gli incarichi di natura professionale conferibili presso la Fondazione 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 diverse fasce per tali tipologie di incarico, come di seguito riportate:

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

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

Fatta eccezione per quanto attiene al conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale di Direttore di Struttura Complessa, che sono soggette alle relative normative nazionali e Regionali succitate e agli incarichi professionali di base conferiti al superamento del periodo di prova, i restanti incarichi sono affidati sulla base delle disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicabili (cfr. art. 19 del CCNL del 19/12/2019 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:

- del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
- del Direttore di Dipartimento sentito i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento per l'incarico di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- 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:

- 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);
- dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;
- delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle

conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;

4. dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte del Nucleo di Valutazione;
5. del criterio della rotazione ove applicabile.

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

B) Il Comparto

Con l'entrata in vigore del CCNL del 02/11/2022 riferito al Comparto Sanità è stata modificata la disciplina riferita al sistema degli incarichi conferibili a tale tipologia di personale.

In particolare il capo III del CCNL (art. 24 e seguenti) definisce i principi, tipologie oltre che le e modalità di Istituzione, graduazione e conferimento.

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

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

La Fondazione, alla data di sottoscrizione del Contratto (02/11/2022), aveva già provveduto a conferire n. 95 incarichi di Funzione la cui relativa procedura di individuazione era già in corso alla data di sottoscrizione dell'ipotesi contrattuale (15/06/2022).

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

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

Successivamente, con provvedimento n. 5/D.G./1238 del 22 dicembre 2020, la Fondazione aveva provveduto ad approvare la mappatura degli incarichi di funzione (successivamente aggiornata con Decreti n. 5/D.G./812 del 20/06/2022 e n. 5/D.G./1044 del 03/08/2022), preso atto che i medesimi si confermavano 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 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 e di quello attuale approvato con D.G.R. n. XI/6813 del 02/08/2022 e recepito, a livello aziendale con Deliberazione n. 5/C.d.A./1154 del 05/09/2022.

Ai sensi dell'attuale disciplina contrattuale, i suddetti 95 incarichi conferiti come sopra descritto,

sono stati trasposti nel nuovo sistema, ai sensi dell'art. 36 del CCNL del 02/11/2022.

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

Consistenza numerica delle Unità Operative della Fondazione.

La complessità delle attività svolte dalla Fondazione 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 31/12/2022, il numero di lavoratori impiegati a vario titolo presso la Fondazione era il seguente:

Desc. Ruolo	Classificazione	Volumi
AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	319
	Ricerca	6
AMMINISTRATIVO Dirigenza	Assistenza	7
	Ricerca	1
PROFESSIONALE Comparto	Assistenza	3
PROFESSIONALE Dirigenza	Assistenza	6
SANITARIO Comparto	Assistenza	1562
	Ricerca	1
SANITARIO Dirigenza Medica	Assistenza	509
	Ricerca	5
SANITARIO Dirigenza non Medica	Assistenza	65
	Ricerca	3
TECNICO Comparto	Assistenza	905
TECNICO Dirigenza	Assistenza	3
Ricerca Piramide		86
SANITARIO Dirigenza Medica	Personale Universitario assistenza	71
	Personale Universitario ricerca	3
SANITARIO Dirigenza non Medica	Personale Universitario assistenza	3
LAVORATORI interinall	Assistenza	48
Lavoratori Fondaz. IRCCS C. Mondino	Assistenza	43
Titolari di Contratto di lavoro autonomo	Assistenza	49
	Ricerca	68
Totale Complessivo		3766

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.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

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

In applicazione di quanto previsto dal D.L. 34/2020 e s.m.i. (art. 263, comma 1) che rimanda la disciplina del lavoro agile, in ultima analisi, alla contrattazione collettiva nazionale, la Fondazione sta predisponendo apposito Regolamento aziendale che organizzi tale modalità di espletamento della prestazione lavorativa nel rispetto di quanto disposto dal CCNL del Comparto Sanità 2019/2021, sottoscritto in data 02/11/2022.

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

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

Il lavoro agile ha l'obiettivo di migliorare i servizi pubblici e l'innovazione organizzativa, garantendo l'equilibrio e i tempi di lavoro. Il Titolo VI del CCNL 2019/2021 rubricato "Lavoro a distanza", regola la disciplina del Lavoro Agile (Capo I – Artt. 76-80); il lavoro agile, così come definito ai sensi dell'art. 76, comma 1, CCNL 02/11/2022, "è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro".

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

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

Lo svolgimento della prestazione in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro. Ad esclusione dei diritti del lavoratore non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva gli stessi diritti ed obblighi del lavoro in presenza, compreso il trattamento economico, che non deve essere inferiore. Al dipendente sono inoltre garantite le stesse opportunità di

progressione di carriera, di progressioni economiche, di incentivi di performance e di iniziative formative.

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

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

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

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

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

La prestazione può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

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

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

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

- **Telelavoro domiciliare** (al domicilio del dipendente);
- **Altre forme di lavoro a distanza** (come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite).

In questa tipologia di lavoro, il dipendente ha gli stessi obblighi che nel lavoro in ufficio, in

particolare riguardo all'orario di lavoro. Sono garantiti gli stessi diritti su riposi, pause, permessi e trattamento economico.

3.3. Piano Triennale del fabbisogno del Personale

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

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

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

Sulla scorta delle determinazioni regionali, con deliberazione n. 5/C.d.A/30 del 24/03/2022, la Fondazione ha approvato il proprio Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2021-2023.

Successivamente, in data 02/08/2022, con D.G.R. n. XI/6813, Regione Lombardia ha approvato il nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico della Fondazione, la cui attuazione è stata resa esecutiva con il Decreto del Direttore Generale della Fondazione n. 5/D.G./1154 del 05/09/2022 che ha preso atto del predetto provvedimento Regionale ed ha provveduto a nominare i Direttori dei Dipartimenti previsti nel nuovo documento di programmazione organizzativa aziendale.

Successivamente, in data 07/12/2022, con nota Prot. n. 0062750/22, la D.G. Welfare di Regione Lombardia ha inviato le linee guida per la compilazione del PTFP 2023-2025, chiedendo ai vari Enti del SSR di provvedere entro il 23/12/2022.

In particolare la suddetta nota evidenziava che:

- Il PTFP deve contenere la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.
- La programmazione proposta per i PTFP 2023-2025 deve tenere conto degli assetti organizzativi dei nuovi POAS approvati con DGR dalla Regione Lombardia nel corso dell'anno 2022, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.
- Il PTFP deve altresì considerare anche le eventuali esternalizzazioni di servizi, comprese quelle temporanee per far fronte alla carenza di personale, riflettendosi in una diminuzione di FTE e costi del personale dipendente a fronte di un aumento costi del personale su beni e servizi.
- Come previsto dalla legislazione nazionale (cfr. D.L. 80/2021, convertito con Legge n. 113/2021), il PTFP, deve poi essere inserito dai vari Enti nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) da adottare entro il 31/01/2023¹.

¹ Termine poi posticipato al 31/03/2023 (Cfr. nota A.N.A.C. del 17/01/2023, reperibile su sito dell'Autorità).

Inoltre, con D.G.R. n. XI/7758 del 28/12/2022, Regione Lombardia ha adottato le proprie determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023.

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

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

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

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

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

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

A seguito del riscontro Regionale pervenuto nel mese di Gennaio, sulla base della disciplina vigente, la Fondazione, con deliberazione n. 5/CDA/12 del 13/02/2023 ha adottato il Piano Triennale Dei Fabbisogni Di Personale Triennio per il triennio 2023 – 2025, successivamente trasmesso a Regione Lombardia attraverso il portale di governo regionale.

Il contenuto del Piano triennale dei fabbisogni di personale della Fondazione 2023-2025 è il seguente:

TABELLA degli ATTIVI AL 31.12.2022					
ATTIVI AL 31.12.2022	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	576	20	100	5	581
DIRIGENZA VETERINARIA					0
DIRIGENZA SANITARIA	66			3	69
DIRIGENZA del/Ie PROFESSIONI SANITARIE	2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	3				3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7			1	8
TOTALE DIRIGENZA	660	20	100	9	669
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.249	63	245		1.249
OSTETRICA	58				58
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0				0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	221			1	222
ASSISTENTI SANITARI	5				5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	24				24
ASSISTENTI SOCIALI	2				2
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	400				400
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	490	38			490
AUSILIARI	2				2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3				3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	319			6	325
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0			87	87
TOTALE COMPARTO	2.773	101	245	94	2.867
TOTALE COMPLESSIVO	3.433	121	345	103	3.536

La Tabella “attivi al 31/12/2022” rappresenta la situazione assunzionale della Fondazione realizzata nel 2022. La stessa è conforme al Piano vigente per tale annualità (approvato con Delibera n. 5/C.d.A/30 del 24/03/2022) e rispetta i limiti di *costo autorizzato e/o riconosciuto da Regione Lombardia, riportati di seguito:*

DOTAZIONE ORGANICA 2022 DA PTFP 2021-2023 (da XXX_SCHEDA_DO2022_PTFP2021-23)					
DOTAZIONE ORGANICA 2022 del PTFP 2021-2023	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
DIRIGENZA MEDICA	584	20	100	5	589
DIRIGENZA VETERINARIA					0
DIRIGENZA SANITARIA	65			3	68
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	3				3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9			1	10
TOTALE DIRIGENZA	669	20	100	9	678
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.311	63	245		1.311
PERSONALE TECNICO SANITARIO	227			1	228
PERSONALE VIGILISPEZIONE	5				5
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	26				26
ASSISTENTI SOCIALI	3				3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435				435
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	492	38			492
AUSILIARI	2				2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3				3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	324			6	330
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				101	101
TOTALE COMPARTO	2.828	101	245	108	2.936
TOTALE COMPLESSIVO	3.497	121	345	117	3.614

Le Schede “DO 2023” e “FTE e Costi 2023” comprendono la programmazione e la pianificazione delle assunzioni da effettuare in base al fabbisogno di personale necessario per perseguire obiettivi di performance dei servizi ai cittadini e agli utenti della Fondazione, così come validati da Regione Lombardia in sede di istruttoria. Le stesse contengono anche gli incrementi di Personale autorizzati da Regione Lombardia che consentono l’assunzione di n. 24 nuove unità di Personale Dirigente dell’Area Sanità e n. 70 unità di Personale del Comparto.

DO 2023					
DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	607	22	116	5	612
DIRIGENZA VETERINARIA					0
DIRIGENZA SANITARIA	66			3	69
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	3				3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9			1	10
TOTALE DIRIGENZA	693	22	116	9	702
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.289	81	257		1.289
OSTETRICA	60				60
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0				0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	233			1	234
ASSISTENTI SANITARI	5				5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	28				28
ASSISTENTI SOCIALI	3				3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435				435
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	510	44	6		510
AUSILIARI	2				2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3				3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	330	6		6	336
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0			120	120
TOTALE COMPARTO	2.898	131	263	127	3.025
TOTALE COMPLESSIVO	3.591	153	379	136	3.727

FTE e COSTI 2023		OSPEDALE		RICERCA		TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
FABBISOGNO 2023		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blunos separativa e ANU			
DIPENDENTI	Aggruppamento profili						
	DI RIFERENZA MEDICA	803,7	21,0	58,2	8,0	803,7	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	0,0			3,0	0,0	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	5,3				5,3	
	DI RIFERENZA TECNICA	5,0				5,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	7,0			1,0	8,0	
	TOTALE DIRIGENZA	823,8	21,0	58,2	9,0	891,8	68.407.400
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	1.238,9	72,8	227,1		1.238,9	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	218,9			1,0	219,9	
	ASSISTENTI SANITARI	1,7				1,7	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	24,0				24,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	2,0				2,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	118,3				118,3	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	492,7	32,0	1,0		492,7	
	AUXILIARI	2,0				2,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,8				2,8	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	318,8	1,8		8,0	320,8		
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	77,7				77,7		
TOTALE COMPARTO	2.775,0	106,1	228,1	8,7	2.857,7	119.037.070	
TOTALE COMPLESSIVO	3.875,6	127,1	326,2	93,7	3.851,2	182.445.475	
CONFERMATO UNIVERSITARIO	DI RIFERENZA MEDICA	44,3				44,3	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	1,8				1,8	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	46,1	0,0	0,0	0,0	46,1	3.778.383
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	0,0				0,0	
	AUXILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	46,1	0,0	0,0	0,0	46,1	3.778.383	
CONVENZIONATI ADO (Com. Specialisti Amb. medicina di servizi (MST))	DI RIFERENZA MEDICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	0,0				0,0	
	AUXILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Somministrazione lavoro	DI RIFERENZA MEDICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	1,5				1,5	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	0,6				0,6	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	12,2				12,2	
	AUXILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	12,5				12,5	
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	15,7	0,0	0,0	0,0	15,7	1.927.267	
TOTALE COMPLESSIVO	15,7	0,0	0,0	0,0	15,7	1.927.267	
Incarichi di lavoro autonomo	DI RIFERENZA MEDICA	75,7			1,7	93,4	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	7,0			26,3	33,3	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	82,7	0,0	0,0	27,0	129,7	1.642.885
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	0,0				0,0	
	AUXILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	82,7	0,0	0,0	27,0	129,7	1.642.885	
00.00.00.	DI RIFERENZA MEDICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA SANITARIA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA ABILI PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DI RIFERENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (esclusa anestesia e Fbc)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFac)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUCIO TECNICO SANITARIO - OTA - OSA	0,0				0,0	
	AUXILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMATICA	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Le schede “DO 2024”, “FTE e Costi 2024”, “DO 2024” e “FTE e Costi 2025” sono in linea con le rispettive schede riferite al 2023, non prevedendo ulteriori incrementi di personale e costi.

DO 2024					
DOTAZIONE ORGANICA 2024	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	607	22	116	5	612
DIRIGENZA VETERINARIA					0
DIRIGENZA SANITARIA	66			3	69
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	3				3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9			1	10
TOTALE DIRIGENZA	693	22	116	9	702
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.289	81	257		1.289
OSTETRICA	60				60
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0				0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	233			1	234
ASSISTENTI SANITARI	5				5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	28				28
ASSISTENTI SOCIALI	3				3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435				435
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	510	44	6		510
AUSILIARI	2				2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3				3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	330	6		6	336
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0			120	120
TOTALE COMPARTO	2.898	131	263	127	3.025
TOTALE COMPLESSIVO	3.591	153	379	136	3.727

FTE e COSTI 2024							
FABBISOGNO 2024		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		RICERCA TOTALE RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, blocco operatorio e AREU			
DIPENDENTI	Raggruppamento profili						
	DIRIGENZA MEDICA	513,0		22,5	110,2	5,0	518,9
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	62,3				3,0	65,3
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,0					2,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,3					5,3
	DIRIGENZA TECNICA	3,0					3,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7,0				1,0	8,0
	TOTALE DIRIGENZA	592,6		22,5	110,2	9,0	602,5
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	1.267,9		86,1	236,1		1.267,9
	OSTETRICA	56,9					56,9
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	226,4				1,0	227,4
	ASSISTENTI SANITARI	4,7					4,7
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	27,4					27,4	
ASSISTENTI SOCIALI	2,0					2,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435,8					435,8	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	507,2		36,5	4,0		507,2	
AUSILIARI	2,0					2,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	2,5					2,5	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	321,6		6,0		6,0	327,6	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				92,0	92,0	
TOTALE COMPARTO	2.854,5		128,6	240,1	99,0	2.953,5	
TOTALE COMPLESSIVO	3.448,0		151,1	350,2	108,0	3.556,0	
117.037.970							117.037.970
182.445.475							182.445.475
CONVEGNATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	45,0					45,0
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	1,8					1,8
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0
	TOTALE DIRIGENZA	47,7		0,0	0,0	0,0	47,7
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	0,0					0,0
	OSTETRICA	0,0					0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0
ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0					0,0	
AUSILIARI	0,0					0,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	47,7		0,0	0,0	0,0	47,7	
3.778.383							3.778.383
Comenzato a CV (Conv. Specialisti Amb., medicina del servizio e MET)	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0
	TOTALE DIRIGENZA	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	0,0					0,0
	OSTETRICA	0,0					0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0
ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0					0,0	
AUSILIARI	0,0					0,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
0							0
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0
	TOTALE DIRIGENZA	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	1,5					1,5
	OSTETRICA	0,0					0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0
ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	9,5					9,5	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	12,2					12,2	
AUSILIARI	0,0					0,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	12,5					12,5	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0	
TOTALE COMPARTO	35,7		0,0	0,0	0,0	35,7	
TOTALE COMPLESSIVO	35,7		0,0	0,0	0,0	35,7	
1.927.267							1.927.267
1.927.267							1.927.267
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	75,7				17,7	93,4
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	7,0					29,3
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0
	TOTALE DIRIGENZA	82,7		0,0	0,0	47,0	129,7
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	0,0					0,0
	OSTETRICA	0,0					0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0
ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0					0,0	
AUSILIARI	0,0					0,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	82,7		0,0	0,0	47,0	129,7	
1.642.685							1.642.685
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	0,0
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0					0,0
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0					0,0
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0					0,0
	DIRIGENZA TECNICA	0,0					0,0
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0					0,0
	TOTALE DIRIGENZA	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFaC)	0,0					0,0
	OSTETRICA	0,0					0,0
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFaC)	0,0					0,0
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0					0,0
	ASSISTENTI SANITARI	0,0					0,0
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0					0,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0					0,0
ASSISTENTI SOCIALI	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0					0,0	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0					0,0	
AUSILIARI	0,0					0,0	
ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0					0,0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0					0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
0							0

DO 2025					
DOTAZIONE ORGANICA 2025	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	607	22	116	5	612
DIRIGENZA VETERINARIA					0
DIRIGENZA SANITARIA	66			3	69
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	3				3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9			1	10
TOTALE DIRIGENZA	693	22	116	9	702
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.289	81	257		1.289
OSTETRICA	60				60
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0				0
PERSONALE TECNICO SANITARIO	233			1	234
ASSISTENTI SANITARI	5				5
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	28				28
ASSISTENTI SOCIALI	3				3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435				435
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	510	44	6		510
AUSILIARI	2				2
ASSISTENTE RELIGIOSO	3				3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	330	6		6	336
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0			120	120
TOTALE COMPARTO	2.898	131	263	127	3.025
TOTALE COMPLESSIVO	3.591	153	379	136	3.727

FTE e COSTI 2025							
FABBISOGNO 2025		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza				
Categoria			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	TOTALE RICERCA		
DIPENDENTI	Raggruppamento profili						
	DIRIGENZA MEDICA	513,9	22,5	110,2	5,0	518,9	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	62,3			3,0	65,3	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,0				2,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,3				5,3	
	DIRIGENZA TECNICA	3,0				3,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	7,0			1,0	8,0	
	TOTALE DIRIGENZA	593,5	22,5	110,2	9,0	602,5	65.407.496
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.267,9	86,1	236,1		1.267,9	
	OSTETRICA	56,9				56,9	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	226,4			1,0	227,4	
	ASSISTENTI SANITARI	4,7				4,7	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	27,4				27,4	
	ASSISTENTI SOCIALI	2,0				2,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	435,8				435,8	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	507,2	36,5	4,0		507,2	
	AUSILIARI	2,0				2,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,5				2,5	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	321,6	6,0		6,0	327,6		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				92,0	92,0		
TOTALE COMPARTO	2.854,5	128,6	240,1	99,0	2.953,5	117.037.979	
TOTALE COMPLESSIVO	3.448,0	151,1	350,2	108,0	3.556,0	182.445.475	
CONVEGNONATO UNIVESTITARIO	DIRIGENZA MEDICA	45,9				45,9	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	1,8				1,8	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	47,7	0,0	0,0	0,0	47,7	3.778.383
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0				0,0	
	AUSILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3.778.383	
TOTALE COMPLESSIVO	47,7	0,0	0,0	0,0	47,7		
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MFT)	DIRIGENZA MEDICA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0				0,0	
	AUSILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1,5				1,5	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	9,5				9,5	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	12,2				12,2	
	AUSILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	12,5				12,5	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	35,7	0,0	0,0	0,0	35,7	1.927.267	
TOTALE COMPLESSIVO	35,7	0,0	0,0	0,0	35,7	1.927.267	
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	75,7			17,7	93,4	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	7,0			29,3	36,3	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0				0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0				0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	82,7	0,0	0,0	47,0	129,7	1.642.685
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0				0,0	
	AUSILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	82,7	0,0	0,0	47,0	129,7	1.642.685	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	0,0				0,0	
	OSTETRICA	0,0				0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0				0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0				0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0,0				0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	0,0				0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0				0,0	
	AUSILIARI	0,0				0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0				0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,0				0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0				0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	

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.

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

La Fondazione, 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 SS Formazione e Sviluppo Competenze definisce le attività formative legate a tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie, normativa vigente (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), Basic Life Support Defibrillation, Privacy, risk management, neoassunti etc. e si stabiliscono le

attività formative obbligatorie che poi verranno confermate dal Comitato Scientifico Formativo;

- le proposte provenienti dai Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O., Coordinatori, Referenti Dipartimentali della Formazione con strumenti appositamente predisposti per la raccolta dei fabbisogni formativi sottoposti alla fine di ogni anno. Le U.O. utilizzano anche il riesame periodico per identificare il proprio fabbisogno formativo.

I macro-obiettivi del PFA 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 SS Formazione e Sviluppo Competenze fornisce supporto metodologico per la definizione delle tipologie formative più appropriate alle esigenze e agli obiettivi.

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

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

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

[Piano Azioni positive - 2023-2025](#)

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 e 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	%
Permane nel profilo e livello														
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 espone nei paragrafi precedenti si possono desumere dai dati sul "Personale dirigenziale suddiviso per livello e titolo di studio" – di cui alla Tabella seguente – dalla quale si evince, che 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 2023-2025

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 2023– 2025

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 2023 – 2025

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 2023 2025

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 2023– 2025

4. MONITORAGGIO

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

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

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

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della Performance

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

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

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

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

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

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

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

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

L'attività di monitoraggio è svolta dal RPCT.

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

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

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

4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

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

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

Alla luce di quanto sopra esposto, al fine di garantire maggiore efficienza organizzativa ed assicurare al contempo un efficace coordinamento dei controlli interni, con la citata Deliberazione n.5/CdA/100 del 25 novembre 2022 è stata prevista l'istituzione, all'interno della Fondazione, del "Comitato di coordinamento dei controlli interni", quale obiettivo strategico di prevenzione dell'illegalità e della corruzione.

Tale organismo risponde all'esigenza di perseguire la sinergia ed il collegamento delle diverse aree aziendali, proponendosi come strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali, come precisato

dalla DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022 recante "LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DEI PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI (POAS) DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (ASST), DELLE FONDAZIONI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) DI DIRITTO PUBBLICO DELLA REGIONE LOMBARDIA E DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA E URGENZA (AREU)".

La costituzione di tale organo risponde altresì alla necessità, evidenziata da ORAC, di avviare procedure di condivisione degli esiti dei controlli, di garantire omogeneità delle procedure, celerità ed efficienza nelle attività di monitoraggio e verifica dei processi aziendali.

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 pandemico Panflu	Implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (Panflu) 2021-2023. In particolare, attivazione, nel 2023, della verifica interna dell'operatività della declinazione locale del Piano Pandemico Influenzale 2021-23 (DCR 2477/2022,) ed aggiornamento dello stesso entro agosto 2023.	-Direzione Strategica Az.le -UOC Direzione Medica Presidio -UOC Direzione delle Professioni Sanitarie -Strutture sanitarie direttamente coinvolte	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2023	-Completamento mappatura competenze e attivazione della formazione necessaria; -100% dei medici con i requisiti richiesti dalle "Regole di Sistema 2023"; -Rafforzamento del personale per i laboratori di riferimento per la sorveglianza influenzale/Covid.
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Consolidamento del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC)	Verifica della validità delle procedure o della necessità di un aggiornamento in relazione al contesto normativo gestionale in continuo mutamento. In base anche alle linee regionali che verranno precisate con specifici atti.	-Direzione Strategica Az.le -Strutture aziendali direttamente coinvolte	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Regione; -Comunità in generale	Anno 2023	Procedure analizzate/procedure da analizzare
Efficienza	Area bilanci: completezza e tempestività dei flussi ed elaborazioni	Chiusura dei flussi e delle elaborazioni dei dati entro le scadenze stabilite (come da "Regole di Sistema 2023").	-Direzione Strategica Az.le -SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Regione; -Comunità in generale	Anno 2023	Rispetto delle scadenze previste da "Regole di Sistema 2023"
Efficienza	Pagamenti verso fornitori	Allineamento dei tempi di pagamento alle tempistiche previste dalla normativa vigente. Rafforzamento delle attività di alimentazione dei dati da aggiornare	-SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità -Strutture incaricate della liquidazione fatture	Aziende fornitrici e liberi professionisti	Anno 2023	% raggiungimento target previsti sui tempi di pagamento e corretta

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		sulla Piattaforma dei crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile				alimentazione della PCC
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Liste di attesa	Miglioramento della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie (ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici, prestazioni di specialistica ambulatoriale) in prosecuzione di quanto già attuato nel biennio 2021-2022.	-SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SSD Accoglienza, CUP e Libera Professione -Dipartimenti e Strutture sanitarie erogatrici di prestazioni	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2023	Rispetto delle disposizioni contenute nei provvedimenti adottati dalla DG Welfare per il contenimento dei tempi di attesa
Efficienza	Attività di ricovero e cura	Rispetto delle indicazioni regionali in merito ai budget assegnati	-Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Sistemi Informativi -SC Controllo di Gestione	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2023	Valorizzazioni DRG
Efficienza	Prestazioni ambulatoriali	Rispetto delle indicazioni regionali in merito ai budget assegnati	-Strutture erogatrici attività sanitarie -SC Direzione Medica Presidio -SC Sistemi Informativi -SC Controllo di Gestione	Fondazione IRCCS San Matteo	Anno 2023	Valorizzazioni prestazioni ambulatoriali
Efficacia organizzativa	POAS 2022-2024	Attivazione delle strutture previste dal POAS in modo da applicare il nuovo modello organizzativo e gestionale	-Direzione Strategica Az.le; -Dipartimenti Az.li; -SC Gestione e sviluppo delle Risorse Umane	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti.	Anno 2023-2024	Attivazione per l'anno 2023 di almeno il 50% delle strutture (SC/SS/SSD) vacanti al 31/12/2022 – % azioni attuate/programmate

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DG Welfare	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie; -UOC Ingegneria Clinica; -UOC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato); -SC Sistemi Informativi	Popolazione di riferimento e Comunità in generale	Anno 2023-2025	Stato avanzamento progettazione e rispetto cronoprogramma lavori
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	-Strutture specifiche in base alla tipologia di investimento (es. SC Tecnico Patrimoniale, SC Ingegneria Clinica; SC Sistemi Informativi; SC Direzione Medica di Presidio; ecc.); -Aziende collegate alla progettazione ed esecuzione dell'investimento	-Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.	Anno 2023	Stato avanzamento progettazione e/o realizzazione/target
Efficacia organizzativa	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	-SC Affari Generali e Istituzionali (Resp. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza) -SS Comunicazione aziendale, relazioni esterne e URP	Comunità in generale	Anno 2023	Adempimento obblighi di pubblicazione
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Adeguamenti strutturali e logistici finalizzati alla razionalizzazione del Policlinico ad integrazione del nuovo DEA	100% Adeguamenti strutturali e logistici previsti da cronoprogramma	-Direzione Strategica Az.le -SC Tecnico Patrimoniale -SC Ingegneria Clinica -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -Aziende collegate alla realizzazione strutturale	-Pazienti; -Comunità in generale; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.	Anno 2023	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Logistica ospedaliera (trasferimenti reparti)	Trasferimenti reparti ai fini di una razionalizzazione dei processi di lavoro, di ottimizzazione degli spazi e miglioramento della sicurezza e di risposta ai bisogni assistenziali	-SC Tecnico Patrimoniale -SC Direzione Medica Presidio -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica -SC Sistemi Informativi -SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) -Dipartimenti e Strutture direttamente coinvolte -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Pazienti; -Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione.	Anno 2023	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento Sistemi Informativi	Implementazione soluzioni informatiche ad hoc	-SC Sistemi Informativi; -Strutture 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 2023	% azioni attuate/programmate – Rispetto cronoprogramma
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Sviluppo di linee ed attività di ricerca	Obiettivi specifici in base alla singola linea di ricerca	-Direzione Scientifica; -Strutture sanitarie coinvolte nelle singole linee di ricerca.	-Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari); -Comunità in generale; -Ricercatori e comunità scientifica	Anno 2023-2025	Publicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Potenziamento qualità dell'assistenza e	Monitoraggio e miglioramento di pratiche gestionali, percorsi diagnostici ed assistenziali, indicatori di processo	-SC Qualità e Risk Management; -Strutture sanitarie direttamente interessate; -Direzione Medica di Presidio;	-Utenti esterni diretti ed indiretti (pazienti e loro familiari);	Anno 2023-2025	Report, relazioni di audit, schede/verbali sopralluoghi,

Dimensione di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	delle cure ai pazienti		-Direzione delle Professioni Sanitarie.	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Comunità in generale.		produzione documentazione dedicata, monitoraggio dati
Efficacia organizzativa	Formazione	Attuazione Piano Formativo aziendale, con buon riscontro partecipativo ai corsi formativi e potenziamento livello di conoscenze/competenze dei partecipanti ai corsi formativi	-SS Formazione e Sviluppo Competenze; -Tutte le SC/SSD/SS interessate dai corsi.	-Personale sanitario, tecnico ed amministrativo della Fondazione; -In generale, utenti dei servizi erogati; -In generale, Enti istituzionali che si relazionano con la Fondazione.	Anno 2023	-N° corsi effettuati / N° corsi previsti -Indice di gradimento dei corsi realizzati: % gradimento positivo / totale esiti Customer Satisfaction -Livello di superamento del test di apprendimento: tasso di superamento / fallimento del test -Numero partecipanti ai corsi

Tabella n. 2 – Obiettivi di performance operativi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento DH Oncologico dal Paglione 32 al terzo piano del Padiglione 29	Miglioramento strutturale ed organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> - La razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, accorpando l'attività di degenza e ambulatoriale della SC Oncologia - miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti; 	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi Informativi Aziendali -Dipartimento Oncologico -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH oncologico	Anno 2023	Avvenuto trasferimento entro 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020	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.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Sistemi informativi Aziendali	Pazienti necessitanti cure in rianimazione o terapia sub-intensiva.	Anno 2023-2025	Rispetto del cronoprogramma e fine lavori entro 2025

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e BLS3) presso terzo piano Pad 42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della SC Malattie Infettive	Realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel trattamento del ricovero prolungato di Pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica. In particolare, si intende creare delle unità ad alto isolamento infettivologico, con annesso laboratorio, per fornire assistenza medica ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi Informativi Aziendali -Dipartimento Medico -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Pazienti affetti da patologie altamente contagiose; -Operatori sanitari; -Comunità in generale	2023-2025	Avvio dei lavori entro 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto ILspa "Adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione e del policlinico ad integrazione del nuovo DEA"	Realizzazione di numerosi interventi strutturali ed organizzativi, con l'obiettivo di offrire al territorio strutture all'avanguardia, più integrate e convogliate in poli d'interesse. Ciò permetterà una minore dispersione di spazi e risorse e garantirà maggiore efficienza ed efficacia, contestualmente agli outcomes qualitativi di alta specializzazione. In particolare, si interverrà sulla struttura di tre aree della Fondazione: - Il Padiglione 7 "ex-Ostetricia e Ginecologia" sarà completamente ristrutturato per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore con contestuale 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	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi Informativi Aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Pazienti oncoematologici 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, subordinato alla decisione del TAR

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>Day Hospital, MAC ed ambulatoriali dedicate alle patologie oncologiche ed ematologiche al fine di consentire l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche (obiettivo primario dell'intervento rimane sempre il miglioramento della qualità delle cure in un ambiente più moderno e sicuro a favore dei pazienti onco ematologici in corso di trattamento chemioterapico o in follow up, in linea con l'indicazione di limitare il più possibile il ricovero ordinario del paziente oncologico), e trasferimento della SC Radioterapia dove verranno installati due acceleratori lineari LINAC per radioterapia di precisione;</p> <p>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.</p>				
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021	<p>Completamento della realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità tramite ristrutturazione o rifunionalizzazione di strutture esistenti. Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state inaugurate a Novembre 2022 le case della comunità di Pavia e Belgioioso. E' prevista una ristrutturazione degli spazi esistenti, con la realizzazione di ospedale di comunità presso il presidio di Belgioioso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali 	Territorio della Provincia di Pavia (comunità e popolazione residente)	2023-2025	Realizzazione del progetto nel rispetto del cronoprogramma lavori

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Avvio nuovo applicativo Hero che sostituisce ADT e PS. Avvio foglio unico di terapia informatizzata in tutti i reparti della fondazione. Avvio della cartella clinica informatizzata nel DPT donna e materno-infantile.	L'introduzione della 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. Il foglio di terapia informatizzato consentirà il completamento e la più efficiente messa in opera dell'intera cartella informatizzata.	-SC Direzione Medica di Presidio -SC Sistemi Informativi Aziendali -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -Ditte fornitrici degli applicativi	Operatori sanitari e personale della Fondazione	2023	Avvio degli applicativi entro 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento dell'Oculistica alla Clinica Intramoenia	La 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.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Testa Collo -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	2022	Avvenuto trasferimento dell'attività entro 2023

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 piano 7 del DEA e avvio della week cardiologica	La chirurgia vascolare tornerà nella sua collocazione iniziale (piano 7 del DEA), consentendo quindi anche alla chirurgia generale un ampliamento dell'attività. In contiguità con il reparto di degenza ordinaria sarà attivata una degenza di week cardiologica, in ottica dipartimentale, al fine di garantire un ulteriore sviluppo dell'attività elettiva, in particolare in capo alla SSD Cardiologia 2, di nuova attivazione.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Cardiotoracovascolare -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Fondazione IRCCS San Matteo; -Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	2023	Avvenuto trasferimento dell'attività entro 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Predisposizione progettualità per la riorganizzazione degli spazi del DH Ematologia	Realizzazione di un progetto che consenta una nuova collocazione del DH Ematologia, dimensionandolo per il flusso di pazienti che accoglie quotidianamente.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Oncologico -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti in carico al DH ematologia	2023	Stesura del progetto entro 2023

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	Avvio progetto di realizzazione nuovo ospedale. DGR n. XI/5835 del 29/12/2021 "Programma investimenti art. 20 Legge 67/88- Nuovo atto integrativo dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari" e art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018 n. 145	Al fine di consentire il completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA e la dismissione dei padiglioni non più adeguati, si rende necessaria la realizzazione di una nuova struttura che possa contenere tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica che devono necessariamente essere ricollocate e avvicinate a quella che è la nuova sede principale dell'ospedale. L'avvio del progetto parte dalla realizzazione di un nuovo parcheggio dimensionato per accoglienza utente/caregiver e la realizzazione di una palazzina della ricerca.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento della Fondazione -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	2023-2025	Stesura del progetto del nuovo ospedale
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione medicina d'urgenza presso DEA	La mission della medicina d'urgenza consiste nell'accogliere tutti coloro che si rivolgono al Pronto Soccorso e nel gestire tutte le patologie acute in atto, i pazienti critici e le problematiche traumatiche. La continuità di cure e di competenze con il Pronto Soccorso e la possibilità di definire il percorso migliore per ogni paziente dopo le prime ore / i primi giorni di degenza (dimissione, trasferimento in degenza ordinaria, trasferimento in terapia intensiva) rappresentano il compito fondamentale della Medicina d'Urgenza.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Emergenza Urgenza	-Operatori sanitari e personale della Fondazione; -Pazienti	2025	Attivazione entro 2025

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Trasferimento Banca Occhi presso Padiglione 32	Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti.	-SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SC Ingegneria Clinica; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Dipartimento Testa Collo -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture e trasloco	-Operatori e personale della Fondazione; -Pazienti sottoposti ad attività di trapianto tessuti oculari	2023	Trasferimento entro 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Monitoraggio degli indicatori di Pronto Soccorso come indicato nella DGR XI/6893 del 05/09/2022	Nella DGR XI/6893 del 05/09/2022 sono indicati una serie di adempimenti per migliorare il flusso di pazienti in emergenza-urgenza che accedono al Pronto Soccorso. Fra questi la creazione di un cruscotto dedicato al monitoraggio dei dati indicati da regione, implementato quotidianamente	-SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -Dipartimento Emergenza Urgenza -Dipartimento medico -Dipartimento Cardiotoracovascolare	-Pazienti che accedono al Pronto Soccorso della Fondazione	2023	Compilazione secondo tempistica prevista degli indicatori richiesti da Regione per il 2023
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione day-surgery	Realizzazione di un reparto di day surgery aziendale centralizzata presso il Padiglione 29 al fine di garantire l'ottimizzazione dei percorsi per la	-SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie	-Paziente che necessitano di chirurgia elettiva minore	2023-2025	Realizzazione entro il 2025

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		chirurgia elettiva a bassa complessità in regime di DS, DH e BIC.	-Dipartimento Chirurgico -Dipartimento Emergenza Urgenza -SC Ingegneria Clinica -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Provveditorato – Economato -SC Sistemi informativi Aziendali -Azienda/e esterna/e incaricate dei lavori e delle forniture			
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attuazione degli indirizzi regionali per il governo delle liste d'attesa e programmi di screening	Con riferimento alla DGR 7475 del 30/11/2022 “Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”, sono individuate le prestazioni critiche in tema di tempi di attesa: <ul style="list-style-type: none"> • Prima visita oculistica • Prima visita dermatologica • Eco(color)dopplergrafia cardiaca • Ecografia bilaterale della mammella • Ecografia addome completo • Prima visita ortopedica • Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici • Prima visita cardiologica • Prima visita endocrinologica/diabetologica • Prima visita neurologica [neurochirurgica] L'obiettivo prevede di garantire per queste prestazioni l'erogazione di un volume pari a quello del 2019, incrementato del 10%. Oltre alle prestazioni sopra elencate, la DGR 7758 del 28/12/2022 (Allegato 3) individua come prioritarie	-SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -SSD Accoglienza e libera professione -Dipartimenti della Fondazione che erogano prestazioni ambulatoriali	-Pazienti che si rivolgono alla Fondazione per la prenotazione e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali	2023	Stesura e applicazione del Piano per il governo dei tempi di attesa 2023

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>anche le prestazioni di diagnostica strumentale, quali ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mammografie • TC • RMN 				
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Sala ibrida	Nelle more dell'attuazione del progetto per la realizzazione della sala ibrida, avvio di una progettualità intermedia che preveda l'installazione di un angiografo presso una sala operatoria del blocco Cardiotoracico al fine di garantire maggior flessibilità nell'utilizzo delle diverse tecniche chirurgiche mininvasive con possibilità di conversione degli interventi in caso di necessità, senza movimentare il paziente.	<ul style="list-style-type: none"> -SC Ingegneria Clinica -SC Tecnico Patrimoniale; -SC Direzione Medica di Presidio; -SC Direzione delle Professioni Sanitarie -Dipartimento Cardiotoracovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> - Operatori del dipartimento cardiotoracova scolare - Pazienti con necessità di interventi combinati in ambito cardiologico 	2023	Installazione angiografo
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Progetto NGS Facility	Costituzione di adeguate infrastrutture/servizi "NGS Facility" al fine di potenziare e consolidare le attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing - NGS) rendendo attuabile l'organizzazione e l'esecuzione dell'attività analitica in aree comuni a più Laboratori e con risorse tecnologiche ed umane condivise	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento Servizi Diagnostici e per Immagini - SC Direzione Medica di Presidio; - SC Direzione delle Professioni Sanitarie - SC Ingegneria Clinica 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con necessità di procedure diagnostiche con tecnologia NGS - Operatori sanitari coinvolti nell'attività diagnostica con tecnologia NGS 	Anno 2023-24	Attivazione modalità organizzativa
Lo sviluppo delle attività sanitarie	Attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas –	Con riferimento alla DGR XI/6241 del 04/04/2022 "Determinazioni in merito all'attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – (Pancreas Unit)", la definizione di "Pancreas Unit HUB" presso la Fondazione come Struttura organizzativa multidisciplinare, permetterà al paziente di seguire un percorso diagnostico-	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimenti aziendali coinvolti nel percorso delle patologie del pancreas; - SC Qualità e Risk Management 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da patologie del pancreas - Operatori sanitari coinvolti nel percorso di 	Anno 2023-24	Attivazione Unità multidisciplinare

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Pancreas Unit Hub	terapeutico assistenziale (PDTA) predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale competente e con elevati volumi di trattamento	- SC Direzione Medica di Presidio; - SC Direzione delle Professioni Sanitarie	presa in carico delle patologie del pancreas		
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 1 (area tematica Ematologia e Immunologia): Patologie immunomediate e immunodepressione. Immunoterapia	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non-responders a terapie immunomodulanti; - risposta immunitaria innata ai tumori e implicazioni immunoterapeutiche; - ruolo del microbioma intestinale nelle patologie autoimmuni. Risultati attesi nel triennio: - 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.	-Direzione Scientifica -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol. -Reumatologia -Pediatria -Malattie Apparato Resp. -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità -Oncologia -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica	- Pazienti affetti da patologie immunomediate ed allergiche e che necessitano di immunoterapia; - Comunità scientifica e sanitaria	2023-2025	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 2 (area tematica Ematologia e Immunologia): Malattie del sangue e degli organi emopoietici	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: - raggiungimento di avanzamenti significativi in ambito diagnostico di precisione per le malattie ematologiche e onco-ematologiche: diagnosi molecolari somatiche leucemie e genetiche costitutive patologie ematologiche ereditarie; - espansione obiettivi di diagnosi di precisione ad un maggior numero di malattie ematologiche specie eredo-familiari;	-Direzione Scientifica -Ematologia -Cell Factory -Oncoematologia -Pediatria -Medicina Generale 1 -Medicina Generale 2 - Centro Amiloidosi sistemiche e malattie ad alta complessità	- Pazienti affetti da malattie ematologiche sia in età pediatrica che in età adulta; - Comunità scientifica e sanitaria	2023-2025	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
		<ul style="list-style-type: none"> - innovazione terapeutica in ambito di protocolli chemioterapici e di terapia cellulare e dati comparativi di efficacia; - definizione storia naturale sindromi ereditarie con bone marrow failure; - stratificazione prognostica malattia specifica; - prevenzione e gestione recidive; - continuità assistenziale onco-ematologica adulto-bambino. <p>Risultati attesi nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innovazione diagnostica di precisione, quindi fenotipi e cause/meccanismi, per malattie sia ematologiche che onco-ematologiche tra cui anemie congenite, anemia di Fanconi e leucemie; - meccanismi di malattia: per es. popolazioni neoplastiche in leucemie con caratteristiche immunofenotipiche diverse che condividano stesse modificazioni geniche possono derivare da progenitori comuni; - avanzamento delle conoscenze: per es. identificazione di sub-cloni leucemici derivanti 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. 	<ul style="list-style-type: none"> -Immunoematologia e medicina trasfusionale -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche -Anatomia Patologica 			

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 3 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie cardiovascolari	Tra i risultati attesi: <ul style="list-style-type: none"> - per malattie cardiache multifattoriali: contributi relativi al ruolo dei devices nella gestione ottimizzata dello scompenso; dimostrazione dell'efficacia della correzione non-chirurgica del rigurgito mitralico nello scompenso; prevenzione delle sindromi coronariche acute; sviluppo dell'imaging non invasivo per prevenzione primaria. - per malattie cardiache monofattoriali genetiche: nuova pipeline (software OSM) per interpretazione patogenicità delle varianti geniche nelle malattie ereditarie cardiovascolari; linee guida per patogenicità delle varianti geniche; sviluppo di modelli gene-specifici per l'attribuzione del ruolo dei difetti genetici nelle malattie ereditarie. - per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della gestione ibrida -chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo. 	-Direzione Scientifica -Cardiologia -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Unità Terapia Intensiva Coronarica -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari -Chirurgia vascolare -Radiologia diagnostica per immagini	- Pazienti affetti da malattie cardiovascolari; - Comunità scientifica e sanitaria	2023-2025	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 4 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie dell'apparato respiratorio	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	-Direzione Scientifica -Malattie dell'apparato respiratorio -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie	- Pazienti affetti da patologie respiratorie acute e/o croniche; - Comunità scientifica e sanitaria	2023-2025	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
		<p>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 nanoparticelle ingegnerizzate.</p> <p>Tra i risultati attesi dalla ricerca del prossimo triennio si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di nuovi indici di riferimento per la diagnostica funzionale delle malattie polmonari; - identificazione di meccanismi cellulo-molecolari di fibrosi parenchimali; - dati di stratificazione prognostica per patologie con evoluzione end-stage di potenziale pertinenza trapiantologica; - caratterizzazione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante; - implementazione di protocolli in vitro per lo sviluppo di terapie con nanoparticelle ingegnerizzate applicate a più ambiti terapeutici di pertinenza pneumologica a supporto dello sviluppo di terapie locali piuttosto che sistemiche; - innovazione delle strategie terapeutiche per il mesotelioma pleurico; - definizione dei profili fenotipici extra-polmonari nel deficit di alfa1-antitripsina; - innovazione terapeutica per la proteinosi alveolare polmonare. 	<p>genetiche cardiovascolari</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pediatria -Radiologia diagnostica per immagini 			
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 5 (area tematica Malattie Infettive): Infezioni emergenti e	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.	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Malattie Infettive 1 -Malattie Infettive 2 – Infettivol. Immunol -Microbiologia e Virologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti affetti da malattie infettive; - Comunità scientifica e sanitaria 	2023-2025	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	interazioni patogeno-ospite	<p>Valutazione della risposta innata e adattativa ai vaccini e correlati di protezione. 3. utilizzo di cellule NK e T nella terapia delle infezioni virali croniche. 4. Sviluppo di anticorpi monoclonali umani neutralizzanti i patogeni e loro varianti. 5. Sviluppo di nuove metodiche per l'identificazione di virus emergenti caratterizzati da una elevata variabilità genetica.</p> <p>I risultati attesi nel triennio dipendono anche dall'andamento della attuale pandemia. Si prevede di raggiungere le seguenti milestones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto di infezioni croniche; - ruolo del microbioma intestinale nell'evoluzione delle patologie infettive e nella risposta terapeutica; - sviluppo di test innovativi per la valutazione della memoria T e B cellulare ai patogeni; - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Sanitaria -Radiologia diagnostica per immagini -Analisi Chimico Cliniche 			
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia): Indicazioni al	<p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le diagnosi di precisione per tutti i SOT; - l'abbattimento della domanda trapiantologica grazie al miglioramento, personalizzazione delle 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia 	- Pazienti affetti da malattie trapiantabili;	2023-2025	Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
	trapianto e malattie trapiantabili	<p>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 integrino studi di genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica, anche single cell sequencing, finalizzati alla comprensione dei meccanismi di malattia; - l'avvio di un percorso parallelo di ricerca sui druggable genes coinvolti nelle malattie di pertinenza della ricerca dell'ente; - la generazione di linee guida per l'interpretazione corretta delle varianti geniche alla luce della necessità di re-interpretazione delle varianti geniche identificate in passato; - la gestione innovativa di malattie genetiche per le quali siano recentemente emerse nuove possibilità terapeutiche non trapiantologiche. 	<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		e relativo Impact Factor
Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	Linea di ricerca 7 (area tematica Trapiantologia): Il trapianto e le sue complicanze	<p>L'obiettivo globale della ricerca di questa linea di ricerca è la protezione della funzione del graft nel lungo termine e la prevenzione delle complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva tra cui infezioni opportunistiche, neoplasie trapianto correlate, e comorbidità emergenti nei long-term survivors.</p> <p>Tra i risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per trapianto di cuore, polmone e rene: 1) aumento del pool degli organi trapiantabili con 	<ul style="list-style-type: none"> -Direzione Scientifica -Cardiochirurgia -Cardiochirurgia 2 - Centro Chirurgia ipertensione polmonare -Cardiologia 3 - Centro per le malattie genetiche cardiovascolari 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti trapiantati; - Comunità scientifica e sanitaria 	2023-2025	<p>Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor</p>

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>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 allorizzazione 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.</p> <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"> -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 			
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Travaglio/Parto	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetal/neonatali", nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; - Proseguire l'invio delle segnalazioni all'ISS-Ministero della Salute relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza; - Principali cause di morbilità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l'eclampsia, 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Ostetricia e Ginecologia -SC Neonatologia e Terapia intensiva Neonatale -SC Qualità e Risk Management 	-Gestanti e neonati che afferiscono alla Fondazione per le cure materno-neonatali	Anno 2023-2025	<ul style="list-style-type: none"> -Inserimento dati nel sistema CEDAP -Verbali degli Audit sui trigger -Invio delle segnalazioni all'ISS -Report Eventi Avversi -Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		<p>l'embolia di liquido amniotico, distacco di placenta, rottura d'utero, emoperitoneo spontaneo, embolia da liquido amniotico e tromboembolia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>- Proseguire l'utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico.</p>				- Presenza in Cartella clinica Scheda MEOWS
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione Infezioni-SEPSI	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del piano operativo annuale; - 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; - Promuovere l'adesione ai PDTA dedicati all'interno della Fondazione; - Monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni e l'adesione alla 	- CIO - SC Qualità e Risk Management - Tutte le SSCC cliniche della Fondazione	- Pazienti con sepsi sospetta o accertata - Pazienti della Fondazione - Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione	Anno 2023-2025	- Monitoraggio epidemiologia microorganismi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO - Relazione finale FSC addestramento sepsi pediatrica - Audit cartelle sepsi

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
		procedura aziendale sull'igiene delle mani ed ai protocolli di terapia antibiotica.				-Schede sopralluoghi igiene mani -Monitoraggio consumo gel alcolico -Controlli igiene ambientale
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria	Obiettivi più rilevanti: - Svolgere sopralluoghi con la preordinata lista di controllo presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione comprese le sale di emodinamica, elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia, al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti e a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.	-SC Qualità e Risk Management -SSCC Chirurgiche e interventistiche della Fondazione -SSCC di Anestesia e Rianimazione della Fondazione	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione -Pazienti della Fondazione che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche e/o interventi stitiche	Anno 2023-2025	-Verbali di sopralluogo e database rilevazioni -Audit documentali
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione della prevenzione del Rischio nell'utilizzo dei farmaci	Obiettivi più rilevanti: - 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 (Cartella Clinica Elettronica); - Monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure; - Implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia con CAR-T e il Trapianto di Microbiota; - Elaborazione documento per manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.	-SC Qualità e Risk Management -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione -SC Farmacia Ospedaliera -SSCC Programma Trapianti San Matteo Pavia -SC Malattie Infettive 1 -SC Gastroenterologia -SC Microbiologia e Virologia	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione; -Pazienti a cui vengono somministrate terapie farmacologiche	Anno 2023-2025	-Audit documentali sulle cartelle -Report semestrale EA -Produzione di documentazione a supporto dell'implementazione della terapia con CAR-T e Trapianto di Microbiota

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 del rischio in Pronto Soccorso	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Revisione PDTA gestione ospedaliera dell'ICTUS (2022: PDTA-R Interaziendale - Ictus Cerebrale, IST. Mondino). 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -14.SC Medicina d'Urgenza -SC Anestesia e Rianimazione 1 -SC Cardiochirurgia -SC Ortopedia e Traumatologia -SC Radiologia per immagine 2 -SC Ostetricia e Ginecologia -SC Neonatologia -SC Chirurgia Pediatrica -SC Chirurgia Generale 1 -SC Chirurgia Generale 2 -SC Chirurgia Vascolare -SC Neurochirurgia -SC Urologia -SC ORL -SC SIMT -SC Chirurgia Toracica 	<ul style="list-style-type: none"> -Pazienti pronto Soccorso. -Pazienti affetti da ICTUS 	Anno 2023-2025	<ul style="list-style-type: none"> -Audit documentali -Audit casi clinici (SMART) -Predisposizione documento
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Gestione dei rischi in ambito di impiego delle radiazioni	<p>Obiettivi più rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definire modelli organizzativi/buone pratiche per ridurre i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni, in recepimento della direttiva europea 2013/53/EURATOM del Consiglio Europeo, al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti. 	<ul style="list-style-type: none"> -SC Qualità e Risk Management -SSCC Erogatrici di prestazioni mediante radiazioni. -SC Radioterapia -SC Medicina Nucleare -SC Radiologia 	-Paziente che necessita cure attraverso radiazioni	Anno 2023-2025	<ul style="list-style-type: none"> -Produzione documentale ad hoc -Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali

Obiettivi specifici a livello organizzativo						
Area di performance	Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Soggetti coinvolti	Beneficiari	Tempistica di attuazione	Indicatori di monitoraggio
			-SC Radiologia Diagnostica per immagini 2 – Neuroradiologia -SC Fisica Sanitaria			
Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure	Trasparenza nei confronti del cittadino	Obiettivi più rilevanti: - Per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione dei seguenti documenti: - Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura.	-SC Qualità e Risk Management	-Comunità in generale	Anno 2023-2025	-Pubblicazione relazione annuale di Risk Management
Sicurezza nella pratica trasfusionale	Sviluppo PBM	Obiettivi più rilevanti: - Implementazione del modello culturale ed organizzativo del Patient Blood Management tra i professionisti sanitari.	-SC Qualità e Risk Management -SC SIMT -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione - Pazienti della Fondazione	Anno 2023-2025	-Redazione e pubblicazione della Procedura Aziendale PBM
Sicurezza nella pratica trasfusionale	Promozione sicurezza processo trasfusionale	Obiettivi più rilevanti: - Acquisire conoscenze atte a prevenire eventi avversi e near miss correlati alla pratica trasfusionale. - Migliorare l'appropriatezza, favorire la salute del paziente e ridurre il rischio trasfusionale.	-SC Qualità e Risk Management -SC SIMT -Tutte le SSCC cliniche della Fondazione	-Operatori sanitari e dipendenti della Fondazione -Pazienti della Fondazione	Anno 2023-2025	-Report semestrale EA -Audit casi clinici -Relazione finale FSC "Emotrasfusione: le fasi del processo e i rischi correlati"

REGISTRO DEI RISCHI

ALLEGATO 2

SC GESTIONE ACQUISTI (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
			<p>Formulazione ed invio della programmazione e relativi aggiornamenti nei tempi previsti dalla centrale di committenza</p> <p>Definizione competenze per approvazione fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi</p> <p>Verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti (accordi quadro o convenzioni) già disponibili o programmati.</p> <p>Publicazione della programmazione e monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori della centrale</p>	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 del file.	MEDIO	Verifica programmazione Modulo Budget Sintel e verifica stato d'avanzamento gare centralizzate sul sito ARIA (già ARCA), con definizione scadenziario 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
			<p>Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari</p> <p>Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte</p> <p>Nomina commissione valutatrice</p> <p>Verifica dei requisiti di partecipazione, decreto di ammissione/esclusione</p> <p>Valutazione delle offerte tecniche</p> <p>Verifica eventuale anomalia dell'offerta</p> <p>Revoca del bando</p>	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; La SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia prospetto excel per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/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
ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI			<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 del file. Possibile rischio anche nell'esercizio prolungato del processo da parte di un unico operatore se non correttamente monitorato.	MEDIO	Confronto con utilizzatori che hanno espresso i fabbisogni o con i fabbisogni storici in considerazione della 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.
			<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.	MEDIO	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

			Interpretazione delle condizioni contrattuali							
			Contrattualizzazione / ordinazione delle prestazioni							
	INPUT: salvaguardia e controllo del corretto svolgimento delle prestazioni oggetto del contratto. OUTPUT: efficace rapporto sinallagmatico.	Esecuzione e rendicontazione	Comunicazione con le centrali di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche che la stessa pone in essere	DEC/RUP	Tutti gli operatori, con differenziazione in base al valore della procedura. Collaboratori del DEC.	D. Lgs. 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.	<i>Significativa</i>	Publicazione 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

SC INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE- ACQUISIZIONE APPARECCHIATURE

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 DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHIATURE (ambito ospedaliero)	Il processo descrive le fasi da percorrere per l'acquisto di tecnologie elettromedicali. <u>Input</u> : richieste di acquisizione da parte delle Strutture che necessitano delle apparecchiature. <u>Output</u> : ingresso in Fondazione delle apparecchiature e consegna delle stesse alle Strutture richiedenti	Compilazione on-line dei moduli di richiesta di dispositivi medici /apparecchiature elettromedicali	Richiesta Sostituzione apparecchiature	Responsabili del processo: Vedi NOTA . Responsabili dell'attività: SC richiedenti.	Personale di: SC Ingegneria Clinica Aziendale; Strutture richiedenti; SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato	Piano Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2021/2023. Regolamento per affidamento di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie comunitarie (Reg. n° 48/2017. Procedura Aziendale P9.Codice degli appalti.Determina N.5/D.G. /0009 del 07 gennaio 2020:Funzionamentodei comitati aziendali - commissione HTA e dispositivi medici.Determina N5/D.G. del 09/01/2019:Attribuzione ai Dirigenti di responsabilità in ordine all'adozione di atti amministrativi in attuazione dei principi dettati dal D.Lgs 30 marzo 2001 N. 165. Nota della Direzione Amministrativa P-2016000020 Prot. D.A. 20170000074del 21/09/2017 - Contratti di manutenzione apparecchiature elettromedicali.Istruzione Operativa Ingegneria Clinica IO 019.1 - Programmazione Acquisti Tecnologie.Modulo MOD 019.1.1 - Relazione a supporto delle motivazioni di esclusività infungibilità 019.2 Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio	Compilazione on-line dei moduli di richiesta di dispositivi medici /apparecchiature elettromedicali - 1) nel caso di richiesta di un dispositivo esclusivo sussiste il rischio di forzare e/o falsificare le motivazioni affinché un unico operatore economico risulti idoneo a soddisfare in maniera adeguata il bisogno evidenziati. 2) Aumento artificioso delle necessità per favorire un preciso fornitore e ottenere compensi, regali e altre utilità.	1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti.	<i>Basso</i>	Maggior tracciabilità e controllo del processo; sviluppo di procedure standard anche controllate informaticamente;richiesta second opinion
			Richiesta Potenziamento apparecchiature							
			Richiesta Innovazione apparecchiature							
			Richiesta Acquisizione dispositivi medici infungibili e/o esclusivi							
		Ricezione richieste	<p>Coinvolgimento direzione valutazione /selezione richieste individuazione di eventuali motivi di urgenza; se presenti è necessaria l'approvazione della Direzione Aziendale</p> <p>Eventuale convocazione della commissione HTA, nel caso in cui l'oggetto della richiesta presenti un elevato impatto a livello tecnologico e/o economico e/o organizzativo o per valutare infungibilità e/o esclusività in particolari casistiche.</p> <p>Nel caso di convocazione, la valutazione finale è in carico alla Direzione Aziendale</p>	Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica Aziendale; Direzione Aziendale		1) Possibile richiesta di dispositivi con caratteristiche estremamente particolari e specifiche per procedure ristrette, che non comportano un effettivo giovamento delle procedure e riduzione dei rischi delle operazioni, ma solamente un aumento dei costi economici	1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. 3)Poca evidenza scientifica e sul territorio	<i>Basso</i>	Maggiore coinvolgimento dei medici per una spiegazione maggiormente dettagliata del dispositivo richiesto, valutazione dell'utilizzo di tale dispositivo in altre strutture. Maggior tracciabilità e controllo del processo; sviluppo di procedure standard anche controllate informaticamente;richiesta second opinion	
		Predisposizione capitolato	<p>Dopo acquisizione delle informazioni relative alla programmazione/pianificazione acquisti e degli importi annuali, si passa alla predisposizione del capitolato tecnico di gara</p> <p>Attivazione procedure di gara</p>	Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili delle attività: SC Ingegneria Clinica Aziendale; SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato; Strutture richiedenti; Direzione		In fase di stesura di capitolato tecnico di gara, sussiste il rischio corruttivo associato alla forzatura di caratteristiche tecniche che favoriscano un particolare operatore economico, al fine di ottenere favori personali	1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti.	<i>Medio</i>	Adeguate formazione di tutti gli attori coinvolti per quanto riguarda gli adempimenti di legge, responsabilità penali ed amministrative e conseguenze del caso	
			Programmazione e pianificazione acquisizione servizi							

		Acquisizione beni	Aggiudicazione dei servizi per i contratti di manutenzione dei dispositivi (come da nota della Direzione Amministrativa P-2016000020 Prot. D.A. 20170000074 del 21/09/2017	Responsabili del processo: Vedi NOTA Responsabili delle attività: SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato; SC Ingegneria Clinica Aziendale; Direzione					1) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti.	Medio	Adeguate formazione di tutti gli attori coinvolti per quanto riguarda gli adempimenti di legge, responsabilità penali ed amministrative e conseguenze del caso Adeguate tracciamento delle pratiche tramite programmi informatici che permettono il tracciamento delle varie fasi di lavorazione
		Collaudo bene	Consegna bene a Strutture richiedente; verifica predisposizioni strutturali (ove necessarie); controlli di qualità per apparecchiature con emissione di radiazioni, da parte della U.O.C. Fisica Sanitaia;collaudo elettrico e funzionale; collaudo apparecchiatura da parte della ditta fornitrice; formazione presonale; rilascio Mod. 019.3.1 (Verbale installazione e collaudo); Mod. 019.3.2 (Modulo scheda esame visivo); Mod.019.3.3 (Modulo cordo Istruzione utilizzo strumento)	Responsabili del processo: Vedi NOTA; Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica Aziendale; Strutture richiedenti;Fornitori beni; SC Gestione Tecnico Patrimoniale; SC Fisica Sanitaria			1)Ridotto coinvolgimento delle figure professionali e tecniche per la verifica della documentazione richiesta.	1) Mancanza di controllo, di trasparenza e tracciabilità 2) Esercizio esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti. 3)ridotta conoscenza in ambiti specifici che devono essere certificati da personale non pienamente qualificato per, mancanza di coinvolgimento del personale	Medio	maggiore coinvolgimento delle figure professionali afferenti al dispositivo medico collaudato	

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

SC INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE - 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 Strutture che ne fanno richiesta. Input: invio, alla SC Ingengeria Clinica Aziendale, delle richieste da parte delle Strutture che necessitano della sostituzioni di parti di ricambio/accessori/consumabili. Output: acquisto di quanto richiesto e consegna alle Strutture richiedenti e liquidazione fatture	Richiesta di acquisizione di consumabili, accessori e parti di ricambio da parte delle Strutture	1) Insorgenza di necessità di acquisizione di accessori, parti di ricambio, materiali, consumabili. 1) Invio della richiesta di acquisizione via mail alla U.O.C. Ingegneria Clinica, da parte delle Strutture che necessitano del materiale.	Responsabili del processo: vedi NOTA 2) Responsabili dell'attività: Strutture richiedenti; SC Ingegneria Clinica Aziendale.	1) Personale tecnico ed amministrativo di SC Ingegneria Clinica Aziendale e Servizio di Manutenzione esternalizzato. 2)Personale amministrativo di SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato. 3) Personale Strutture richiedenti	1) Codice degli appalti. 2) IO 019.2 - Gestione dell'acquisizione di materiali consumabili, accessori e parti di ricambio.	Potenziale rischio di sovrastimare i quantitativi dei materiali per trarne beneficio personale.	1) Mancanza di misure di controllo in fase di stima dei quantitativi richiesti 2) Scarsa responsabilizzazione.	Medio	Regolamentazione e tracciabilità dei rapporti tra le Strutture della Fondazione ed i Fornitori
		Valutazione delle richieste da parte del personale tecnico sia dell' Ingengeria Clinica, sia del Serzizio di Manutenzione Esternalizzato (SME)	1) Ricezione richieste.2) Valutazione di mercato allo scopo di individuare le ditte produttrici di quanto richiesto. 3)Ricezione dei preventivi da parte delle ditte. 4)Scelta del Fornitore.	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica Aziendale e Servizio di Manutenzione Esternalizzato		Potenziale rischio di accordi economici tra Ditte Fornitrici ed i richiedenti	1) Assenza e/o inadeguatezza del controllo del processo. 2) Inadeguata diffusione della cultura della legalità	Medio	Diffusione dell'etica professionale e di una adeguata cutura 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 SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato 3) Ricezione materiale. 4) Verifica di congruità della fornitura con quanto richiesto. 5) Consegna del materiale al reparto.	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabili dell'attività: SC Ingegneria Clinica Aziendale; SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato; Ditte Fornitrici.		Ritardi nella consegna del materiale richiesto rispetto ai tempi prestabiliti	1)Assenza e/o inadeguatezza del controllo del processo.	Basso	Diffusione dell'etica professionale e di una adeguata cutura legale, maggiore applicazione di penali o richiami scritti	
		4)Liquidazione fatture	Attivazione, da parte della SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato, delle procedure di liquidazione delle fatture	Responsabili del processo: vedi NOTA Responsabile dell'attività: SC Gestione Acquisti Provveditorato-Economato		Ritardi nel caricamento dei dati di collaudo	1) Inadeguato controllo dell'aggiornamento del caricamento dei dati nei portali	Basso	Modifica dei portali per la segnalazione dell'aggiornamento per ogni pratica caricata	

NOTA: Strutture richiedenti; SC Ingengeria Clinica Aziendale e Servizio di Manutenzione Esternalizzato; SC Gestione Acquisti Provveditorato- Economato; Ditte Fornitrici.

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		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		2					Adozione misure per agevolare ed ottimizzare la gestione dati tra le Strutture interessate
		Ammortamento e sterilizzazione	Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità			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"				
		Incrementi	Come da PAC (Percorso della Certificabilità dei Bilanci), responsabilità dell'attività affidata alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità							

(per quanto di competenza SC Gestione

	<p>Procedura per la gestione dei beni immobili - aggiornamento libro cespiti</p>	<p>Acquisizioni</p>	<p>Valutazione ed autorizzazione all'acquisizione (eredità/permute/ecc...) di cespiti/ mediante Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione</p> <p>A seguito di apposito atto di trasferimento di proprietà, inserimento del cespiti/ mediante aggiornamento del libro cespiti</p>	<p>Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale e Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, per quanto di rispettiva competenza</p>	<p>Tecnico Patrimoniale)</p>	<p>Regolamento n. 30/2011 - "Modalità e criteri per la tenuta della contabilità aziendale"</p>	<p>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.</p>	<p>Esercizio prolungato di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; ridotto numero di personale competente addetto al processo</p>	<p><u>Medio</u></p>	<p>Adozione misure di incremento, formazione e rotazione personale</p>
<p>TENUTA INVENTARIO PATRIMONIO IMMOBILIARE</p>	<p>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</p>	<p>Verifiche preliminari</p>	<p>Analisi contenuti 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"</p> <p>Verifica normativa vigente, Delibere A.N.A.C. (Autorità Nazionale Anticorruzione) e relative Faq in materia di trasparenza</p> <p>Analisi adempimenti eventualmente richiesti dal Responsabile dell'Ufficio per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della Fondazione</p>	<p>Direttore SC Gestione Tecnico Patrimoniale</p>	<p>2</p>	<p>Art. 30, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. - PTPCT 2020-2022 aziendale</p>	<p>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</p>	<p>Esercizio prolungato di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; ridotto numero di personale competente addetto al processo</p>	<p><u>Basso</u></p>	<p>Adozione misure di formazione e rotazione personale</p> <p>Le informazioni identificative degli immobili (terreni/fabbricati) posseduti o detenuti dalla Fondazione, pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web istituzionale, devono essere comunicate annualmente al Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento del Tesoro, ai sensi dell'art. 2, comma 222, L. 191/2009</p> <p>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.</p>
		<p>Raccolta informazioni ed acquisizione dati aggiornati</p>	<p>Analisi eventuali atti di alienazione (per vendite, permuta, espropri, ecc...) riguardanti beni immobili di proprietà della Fondazione</p> <p>Analisi eventuali atti (eredità, permuta, ecc...) riguardanti beni immobili acquistati dalla Fondazione</p> <p>Analisi eventuali atti concernenti la detenzione, da parte della Fondazione, di beni immobili di proprietà di terzi</p> <p>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)</p> <p>Acquisizione visure catastali aggiornate dei beni immobili di proprietà della Fondazione oggetto di variazioni</p>							
		<p>Stesura e pubblicazione della documentazione</p>	<p>Stesura di documentazione, in formato aperto/elaborabile, recante informazioni identificative degli immobili (terreni/fabbricati) posseduti o detenuti dalla Fondazione</p>							

contenente le informazioni richieste

Pubblicazione della documentazione, effettuata dalla competente SC Sistemi Informativi della Fondazione, sul sito web istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "beni immobili e gestione del patrimonio", sotto-sezione "patrimonio immobiliare"

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO						
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			Verifica dell'idoneità tecnico professionale delle ditte esecutrici	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 allargata a tutto il personale addetto al processo	Responsabilizzazione				
			Sopralluoghi di cantiere													
			Emissione di autorizzazioni per l'ingresso in cantiere delle ditte subappaltatrici													
			Verifica delle misure													
		Contabilità dei lavori	Identificazione dei prezzi da applicare alle lavorazioni effettuate	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			Immissione nei S.A.L delle corrette quantità eseguite	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					
			Liquidazione delle lavorazioni eseguite													
			Collaudo				Verifica della corrispondenza al progetto dei lavori eseguite					Direttore di struttura Dirigente Ingegnere	Verifica delle misure realizzate e contabilizzate	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 della conformità burocratica dell'appalto									
		Emissione del certificato di collaudo														

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

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

ACQUISTO LAVORI, SERVIZI E FORNITURE	Selezione del contraente in base alla tipologia di lavori/servizi/forniture necessari e delle procedure di aggiudicazione/affidamento/adesione alle convenzioni agli accordi quadro stipulati dalle centrali di committenza	Requisiti di qualificazione								
		Requisiti di aggiudicazione								
		Redazione del cronoprogramma								
		Selezione del contraente	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte Nomina commissione valutatrice Verifica dei requisiti di partecipazione Valutazione delle offerte Verifica eventuale anomalia dell'offerta Revoca del bando	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			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, 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			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
Esecuzione del contratto	Autorizzazione al subappalto Varianti in corso di esecuzione del contratto Verifiche in corso di esecuzione del contratto Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere	7	D.Lgs 50/2016 e s.m.i.; Legge 136/2010 e s.m.i.	Mancato controllo da parte della Stazione appaltante circa la sussistenza dei presupposti di fatto e di diritto per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto dei lavori oggetto del contratto; Ammissione di varianti durante la fase di esecuzione del contratto al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa; Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto. Accettazione 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.)		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 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 Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento	Direttore di struttura Dirigente Ingegnere			Mancata compilazione, da parte dell'appaltatore sulla piattaforma T&T, delle schede relative ai sub-contratti e di tutti i contratti che rientrano nella filiera		Medio	Il RUP controlla che l'appaltatore inserisca i dati richiesti andando ad interrogare la piattaforma ed avendo accesso alle schede afferenti i contratti ed i sub-contratti stipulati dall'appaltatore medesimo. In caso di mancato adempimento dell'incombenza da parte dell'appaltatore, il RUP può intimare l'applicazione delle regole T&T e, in caso di mancata osservanza da parte dell'appaltatore, applicare le penali previste dalla normativa.		
						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		Basso	Viene controllato da parte del RUP il rispetto dei termini contrattuali per l'emissione dei diversi documenti e le eventuali riserve che l'appaltatore avanza. Le riserve vengono esaminate dal direttore dei lavori, dal collaudatore e dal RUP che valutando le relazioni riservate dei soggetti precedenti propone all'amministrazione l'eventuale accoglimento; Per gli affidamenti diretti ossia affidamento di lavori/servizi/forniture di importo inferiore ad € 40.000,00 il pagamento viene effettuato solo a seguito dell'accertamento e della sottoscrizione della fattura da parte dei tecnici incaricati a seguire i lavori.	

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

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

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 infrazionale	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'affermato 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.		Nell'ambito delle verifiche a campione viene accertato l'adeguata miscelazione del rifiuto e verbalizzato su specifico modulo.
		Gestione documentazione	Tenuta del Registro di Carico e di Scarico per tutti i rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi. Rendicontazione annuale	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
		Trasporto esterno	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							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.
SC SISTEMI INFORMATIVI											

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
		INDIVIDUAZIONE DEI	ANALISI DEI BISOGNI ORGANIZZATIVI	ING. GELMETTI ANDREA - DIRETTORE	TUTTO IL PERSONALE DEI SISTEMI		RISCHIO DI FAVORIRE L'IMPRESA NELLA FASE DI INDIVIDUAZIONE	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI		MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE

ATTIVITA' PRELIMINARI 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.	INDIVIDUAZIONE DEL FABBISOGNO			INFORMATIVI IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA			RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESSA FUNZIONI ALLE STESSA PERSONE	<i>Medio</i>	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 SC	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC			RISCHIO DI FAVORIRE UN'AZIENDA NELLA FASE DI INDICAZIONE DEL FABBISOGNO AL PROVVEDITORATO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI	<i>Medio</i>	MAGGIORE TRASPARENZA ROTAZIONE DEL PERSONALE OVE APPLICABILE
			TRASMISSIONE INFORMAZIONI SULLE POSSIBILI MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEL BENE						RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESSA FUNZIONI ALLE STESSA PERSONE		CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA

SC SISTEMI INFORMATIVI

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
RILASCIO E REVOCA DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA	LE STRUTTURE, A FIRMA DEL DIRETTORE DELLE STESSA, RICHIEDONO, ATTRAVERSO APPOSITO MODULO (INTRANET) ALLA SC SISTEMI INFORMATIVI 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 SC	TUTTO IL PERSONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI 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	<i>Medio</i>	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
			VERIFICA DEI DATI DEL SOGGETTO DA ABILITARE							
CREAZIONE DELLE ABILITAZIONI										
COMUNICAZIONE AL RICHIEDENTE DELLE ABILITAZIONI										
ARCHIVIAZIONE MODULO										
RILASCIO E REVOCA DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AL SISTEMA	LE STRUTTURE, A FIRMA DEL DIRETTORE DELLE STESSA, RICHIEDONO, ATTRAVERSO APPOSITO MODULO (INTRANET) ALLA SC SISTEMI INFORMATIVI IL RILASCIO O LA REVOCA DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO AI DIVERSI SISTEMI IN USO	VERIFICA DEI DATI DEL RICHIEDENTE LA REVOCA E REVOCA DELLE CREDENZIALI SECONDO LE ISTRUZIONI OPERATIVE IN QUALITA'	DISATTIVAZIONE UTENTI SEGNALATI	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC	TUTTO IL PERSONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI 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	<i>Basso</i>	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							

SC SISTEMI INFORMATIVI

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
ATTIVITA' CONSEQUENTI LE PROCEDURE D'ACQUISTO POST AGGIUDICAZIONE RELATIVE ALLA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO - DEC	IL PROCESSO SI INNESCA UNA VOLTA CONCLUSA LA PROCEDURA DI ACQUISTO QUANDO TORNA ALLA STRUTTURA SC SISTEMI INFORMATIVI PER L'ESECUZIONE DEL CONTRATTO E IL RAPPORTO CON I FORNITORI	ESECUZIONE CONTRATTUALE - NOMINA DEL DEC	IL PROVVEDIMENTO DI NOMINA DEL DEC SPECIFICA LE RAGIONI GIURIDICHE E DI OPPORTUNITA' DELLA SCELTA DEL PROFESSIONISTA INDIVIDUATO	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC	TUTTO IL PERSONALE DEI SISTEMI INFORMATIVI IN BASE ALL'AMBITO SPECIFICO DI COMPETENZA		RISCHIO DI FAVORIRE IL FORNITORE NELLA INDIVIDUAZIONE DEL DEC	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESSA FUNZIONI ALLE STESSA PERSONE	<i>Medio</i>	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
		ADEMPIMENTI DEL DEC - GESTIONE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONOSCENZA DEL CAPITOLATO DI GARA E DELL'OFFERTA	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC E DEC	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC E DEC		RISCHIO DI FAVORIRE IL FORNITORE NELLA FASE DI AVVIO DEL PROGETTO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESSA FUNZIONI ALLE STESSA PERSONE	<i>Medio</i>	MAGGIORE TRASPARENZA SCRUPOLOSA ATTENZIONE E VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL PROGETTO CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA
			RIUNIONE DI INIZIO LAVORI E STESURA DEL VERBALE							
ATTIVITA' CONSEQUENTI LE PROCEDURE D'ACQUISTO POST AGGIUDICAZIONE RELATIVE ALLA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO - DEC	IL PROCESSO SI INNESCA UNA VOLTA CONCLUSA LA PROCEDURA DI ACQUISTO QUANDO TORNA ALLA STRUTTURA SC SISTEMI INFORMATIVI PER L'ESECUZIONE DEL CONTRATTO E IL RAPPORTO CON I FORNITORI	RAPPORTO CON I FORNITORI	GESTIONE RAPPORTI CON IL FORNITORE	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC E DEC	ING. GELMETTI ANDREA, DIRETTORE SC E DEC		RISCHIO DI FAVORIRE IL FORNITORE NELLA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	CONFLITTO D'INTERESSE DETERMINATO DA RAPPORTI STRETTI EXTRALAVORATIVI RIPETIZIONE NEL TEMPO DELLE STESSA FUNZIONI ALLE STESSA PERSONE	<i>Significativo</i>	MAGGIORE TRASPARENZA VERIFICHE PERIODICHE DELL'ADEMPIENZA DEL FORNITORE, PRODUZIONE DI VERBALI CON SCADENZE CONCORDATE CON IL RUP E SEGNALAZIONE DI EVENTUALI PROBLEMATICHE CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA FONDAZIONE FORMAZIONE IN MERITO ALLA SPECIFICA ATTIVITA' ED ALLA NORMATIVA CORRELATA
			MONITORAGGIO DEL CORRETTO ADEMPIMENTO DEL CONTRATTO DA PARTE DEL FORNITORE							
			EVENTUALI SEGNALAZIONI AL RUP							

SC FARMACIA OSPEDALIERA

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 E MONITORAGGIO DEL FARMACO	Tracciabilità del farmaco dalla gestione dei fabbisogni, all' approvvigionamento, alla corretta conservazione in magazzino fino alla consegna alle Strutture. Puntuale ed effettiva associazione farmaco-Struttura. Monitoraggio mensile delle scadenze dei farmaci a magazzino.	Approvvigionamento	Controllo sotto-scorta prodotti a giacenza magazzino e proposta d'ordine	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico / Dirigente Farmacista	PP 070.14 – Procedura Rimanenze 3.1 - Gestione magazzini di primo livello (farmaceutico ed economale). 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 (Deliberazione n. 5/C.d.A./151 del 27/12/2021)	Definizione di fabbisogno non corrispondente a criteri di efficienza, efficacia ed economicità		BASSO	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 SC Controllo di Gestione.		
			Predisposizione di richiesta d'approvvigionamento	Strutture	Medico prescrittore/ Coordinatore Infermieristico Strutture							
			Verifica e autorizzazione richiesta di approvvigionamento	SC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista							
			Ordine di consegna	SC Farmacia Ospedaliera	Personale Amministrativo e Dirigente Farmacista							
		Stoccaggio	Ricezione	Centro Unico Ricevimento Merci / SC Farmacia Ospedaliera	Operatore del CURM e Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/Operatore Tecnico di Magazzino SC Farmacia Ospedaliera		Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco.				MEDIQ	Verifiche attraverso l'applicazione delle procedure e l'utilizzo del gestionale aziendale. Registrazione e gestione delle non conformità in caso di incongruenze quali-quantitative. Accesso alle aree di stoccaggio limitato al personale autorizzato che garantisce la sorveglianza, nel rispetto della normativa cogente. Stoccaggio di alcuni farmaci 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 / SC Farmacia Ospedaliera	Operatore del CURM e Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino SC Farmacia Ospedaliera							
			Conservazione dei beni presso i magazzini di I livello	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista							
			Conservazione dei beni presso i magazzini di II livello (Strutture)	Strutture	Coordinatore Infermieristico e Personale Infermieristico Strutture							
		Distribuzione	Richiesta di reintegro scorte	Strutture	Coordinatore Infermieristico e Personale Infermieristico		Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco.				MEDIQ	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 SC alla consegna del materiale in reparto. Le Strutture devono segnalare alla Farmacia eventuali incongruenze entro 48H dalla consegna e rendere la distinta firmata entro 10 giorni
			Elaborazione della richiesta e distribuzione	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera / Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista							
			Consegna alle Strutture	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino							
		Gestione scadenze e giacenze	Verifica delle scadenze	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista		Inadempienza/negligenza nel processo di gestione del farmaco.				BASSO	Controllo mensile delle scadenze e applicazione della distribuzione dei farmaci secondo la regola del "first expired first out" (Fe-Fo), cioè il farmaco con scadenza più prossima viene distribuito per primo. I farmaci scaduti/alterati/revocati presso il magazzino sono gestiti nel gestionale informatico con apposita causale. I farmaci scaduti/alterati/revocati presso le Unità vengono restituiti alla Farmacia accompagnati da apposito modulo debitamente compilato e firmato dal Coordinatore. Informazione a tutto il personale sanitario su eventuali ritiri e/o sequestri da parte delle autorità competenti di farmaci presenti nei reparti, provvedendo al loro eventuale ritiro e sostituzione, al fine di sorvegliare sempre sulla qualità e sicurezza dei farmaci utilizzati. Vengono effettuati inventari annuali dei magazzini.
			Verifica delle giacenze	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino / Dirigente Farmacista							
			Smaltimento farmaci scaduti/alterati/revocati	SC Farmacia Ospedaliera	Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino							
		Ispezioni nelle Strutture per la verifiche della gestione e della corretta conservazione delle sostanze stupefacenti.	Vigilanza ed ispezione farmaci nelle Strutture detenenti stupefacenti	Verifica delle giacenze di farmaci stupefacenti	SC Farmacia Ospedaliera		Direttore di Farmacia e Dirigente Farmacista	IO 10.4. Gestione Medicinali Stupefacenti e sostanze psicotrope	Gestione e conservazione di farmaci stupefacenti secondo le norme vigenti.		BASSO	Adozione dell'autoispezione in conformità a quanto previsto dal Mod 10.4.6 "Modulo di autoispezione -gestione medicinali stupefacenti e sostanze di psicotrope"; ispezioni nelle Strutture con redazione di verbale mod. Mod 10.4.1 nel rispetto della IO 10.4.
Verifica della corretta conservazione di farmaci stupefacenti	SC Farmacia Ospedaliera											
Allestimento preparazioni galenico/magistrali antiblastiche e nutrizionali	Allestimento formulazioni galeniche sterili personalizzate per singolo paziente	Allestimento formulazioni galeniche sterili personalizzate per singolo paziente	SC Farmacia Ospedaliera	Infermiere preparatore /Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/Dirigente Farmacista	Procedura del Processo Produttivo PP 010.3 Allestimento della nutrizione parenterale totale presso il Central Admixture Service ; Procedura del Processo Produttivo PP 010.4 Allestimento antiblastici; ;IO 010.1- Validazione della procedura di allestimento di preparazioni sterili presso la SC Farmacia Ospedaliera	Conformità della preparazione galenica sterile alla prescrizione/ricetta mecca		MEDIQ	Aderenza alle normative vigenti e alle procedure operative condivise tra tutte le figure professionali coinvolte nel processo.			
Gestione farmaci File F	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva farmaci rendicontati in File F	Monitoraggio appropriato ed economicamente sostenibile. Incontri tramite media multidisciplinari. Monitoraggio delle prescrizioni di Farmaci sottoposti a Registri di Monitoraggio AIFA e sottoposti a prescrizione di	Monitoraggio farmaci al alto costo/innovativi rendicontati in File F	SC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista	IO 010.11 Gestione File F	Controllo e monitoraggio appropriatezza prescrittiva dei farmaci rendicontati in File F		BASSO	Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo/innovativi rendicontati in File F e sottoposti a Registro di Monitoraggio AIFA e relative dispensazioni, attraverso generazione di report mensili trasmessi ai Responsabili di Struttura per opportuna verifica.		
				SC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista e Specializzando Scuola di Specializzazione in Farmacia					Attività d'informazione e di educazione sul farmaco nell'ottica di una costante attenzione ad un uso appropriato ed economicamente sostenibile. Incontri tramite media multidisciplinari. Monitoraggio delle prescrizioni di Farmaci sottoposti a Registri di Monitoraggio AIFA e sottoposti a prescrizione di		

	Informazione scientifica sul farmaco con i medici prescrittori. Attività di Farmacovigilanza con raccolta delle schede di segnalazione di reazioni avverse da farmaco e vaccino	Attività di informazione scientifica; farmacovigilanza e vaccinovigilanza	Informazione scientifica sul farmaco	SC Farmacia Ospedaliera	Attività di informazione scientifica 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.		<u>BASSO</u>	Stewardship antibiotica. Partecipazione alla stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali (P.D.T.A.), di protocolli e di linee guida. Partecipazione all'implementazione aziendale dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali. Gestione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e vaccini e attività di sorveglianza della sicurezza dei farmaci per meglio definire il loro profilo beneficio/rischio nel contesto della pratica clinica quotidiana.
GESTIONE E MONITORAGGIO DEL FARMACO SPERIMENTALE	Gestione dei medicinali destinati ai fini sperimentali o per uso terapeutico individuale. Processo in cui la SC Farmacia Ospedaliera ha un ruolo istituzionale.	Ricezione, controllo e consegna allo Sperimentatore	Ricezione del campione sperimentale	SC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista /Operatore del CURM/ Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino	IO 010.07 Gestione Campioni destinati alle Sperimentazioni Cliniche presso la SC Farmacia Ospedaliera; IO 010.8 - Gestione medicinali per Uso Terapeutico presso la SC. Farmacia Ospedaliera; Procedura del Processo Produttivo PP 010.4 Allestimento antiblastici;IO 010.1- Validazione della procedura di allestimento di preparazioni sterili presso la SC Farmacia Ospedaliera	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).		<u>BASSO</u>	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.			Verifica puntuale di ogni aspetto legato alla sperimentazione clinica e al farmaco (autorizzazione da parte del Comitato Etico, integrità del confezionamento, corrispondenza quali e quantitativa dei campioni accettati con quanto indicato sul DDT/documentazione a supporto, validità del farmaco, corretta temperatura conservazione del farmaco, correttezza e completezza dell'etichetta (Annex 13- Eudralex volume 4), corretta compilazione della modulistica interna, con apposizione di firma e data)
			Allestimento di farmaci sperimentali presso il Laboratorio Antiblastici		Infermiere preparatore /Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/Dirigente Farmacista		Protocollo di terapia sperimentale non inserito nel programma informatico di prescrizione, ritardi nella consegna del farmaco da parte del personale delegato.			Inserimento nel programma di prescrizione dello schema di terapia sperimentale in collaborazione con il PI o personale delegato. Verifica della pronta disponibilità del farmaco sperimentale la giornata stessa dell'allestimento/somministrazione Ricostituzione di antiblastici secondo GCP e GMP come per le manipolazioni di farmaci utilizzati nella pratica clinica.
			Stoccaggio e consegna allo sperimentatore		Dirigente Farmacista		Errato stoccaggio, al di fuori del 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.			In termini di logistica il campione sperimentale dovrà essere stoccato in un'area facilmente identificabile e separato dagli altri farmaci/dispositivi per evitare che prodotti destinati ad uso sperimentale siano utilizzati per la comune pratica clinica. È fondamentale conservare i campioni sperimentali alla corretta temperatura prevista e darne garanzia allo sponsor (è necessario ad esempio disporre di sistemi di rilevazione della temperatura eventualmente allarmati). È necessario un monitoraggio continuo delle scadenze dei prodotti in sperimentazione gestiti dalla SC Farmacia Ospedaliera (doppio cieco, preparati da allestire) e, in caso di scadenze imminenti, darne comunicazione allo sponsor per ricevere indicazioni tramite comunicazione formale.
			Registrazione movimentazione su programma informatico e archiviazione		Dirigente Farmacista/ Coordinatore SC Farmacia Ospedaliera/ Operatore Tecnico di Magazzino		Mancata registrazione sul programma informatico e errata archiviazione.			Il farmacista e l'operatore tecnico di magazzino registrano tutte le movimentazioni del campione sperimentale (entrata e uscita) su programma informatico in uso (specifico per gli studi clinici profit e aziendale per gli usi terapeutici individuali) . Il farmacista tiene traccia di tutta la documentazione relativa alla movimentazione dei campioni sperimentali dalla consegna in Farmacia da parte del corriere alla consegna allo sperimentatore, corretto stoccaggio del farmaco sperimentale in Farmacia qualora lo stesso non possa essere consegnato immediatamente allo sperimentatore.Tutta la documentazione viene archiviata all'interno di specifici faldoni, archiviati per PI, studio, sponsor secondo la normativa vigente
GESTIONE INFEZIONI SEPSI	Partecipazione alla prevenzione delle infezioni e alla adesione delle procedure aziendali sull'igiene delle mani	Monitoraggio consumo gel alcolico	Elaborazione report consumi suddivisi per CDC da inviare a SC Qualità e Risk management	SC Farmacia Ospedaliera	Dirigente Farmacista	Linee Guida ECDC- P17 Procedura per l'igiene mani per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Disattese Linee Guida ECDC	<u>BASSO</u>	Evasione delle richieste di approvvigionamento di gel alcolico pervenute dalle Strutture identificate di concerto con il CIO come aree maggiormente a rischio. Elaborazione di report di consumo di gel alcolico da inviare a SC Qualità e Risk management	

SC FISICA SANITARIA

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
Partecipazione a gare per la acquisizione di beni o servizi	Per l' acquisizione di beni o servizi relativi alla attività istituzionale della SC quali, ad esempio, attrezzature e servizi per la dosimetria su apparecchiature o lavoratori esposti, apparecchiature in ambito radiologico, dispositivi di protezione anti radiazioni, sistemi di calcolo per la elaborazione di piani di terapia, apparecchiature diagnostiche per risonanza magnetica, apparecchiature diagnostiche PET-CT, acceleratori lineari per radioterapia deve essere richiesta, ai sensi del D. Lgs. 31 luglio 2020 n. 101, la presenza dell Fisco Sanitario, specialista in fisica medica per le valutazioni di competenza.	L'attività può essere costituita o dalla partecipazione alla stesura di un capitolato di gara o dalla valutazione tecnica, dovendo essere tali attività per Legge (Codice degli Appalti)non eseguibili dal medesimo professionista.	Partecipazione alla stesura di un capitolato tecnico o partecipazione alla valutazione tecnica in fase di gara.	Il Direttore della SC è il responsabile del processo. Il Dirigente Fisco individuato dal Direttore è responsabile dell'attività.	uno o due Dirigenti Fisci.	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 valida 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 Fisci, 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 Fisci da incaricare nelle attività. Inoltre non avvengono contatti di alcun tipo con le Ditte partecipanti alle gare in cui i Dirigenti sono coinvolti. Si è provveduto ad alternare sempre la partecipazione dei Dirigenti Fisci alla redazione dei capitolati e/o alla partecipazione alle commissioni di gara in modo da non creare ripetizioni e/o sovrapposizioni.

SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
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	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	Dirigenti medici Direzione Medica di Presidio a turno e per competenza	Codice appalti	Considerazione di richieste di dispositivi/lavori non effettivamente necessari. Stesura del capitolato di gara favorente un partecipante nello specifico, valutazione offerte tecniche senza criteri trasparenti. Mancato controllo della corretta esecuzione del contratto.	Adozione di criteri non uniformi o non trasparenti in tutte le fasi del processo. Presenza di rapporti diretti con le imprese in questione.	<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	SC Gestione e Sviluppo delle 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 SC 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	SC Direzione Medica di Presidio	Dirigenti medici SS Medicina Legale e 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 durnate il giro salme del medico necroscopo e verifica in camera mortuaria dei processi in corso e dell'eventuale presenza nei locali riservati al personale interno, di soggetti non autorizzati. Diffusione ampia del Regolamento interno con evidenza sul sito internet istituzionale.

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.	Medio	Verifica preventiva e periodica circa la sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale; Verifica a campione dei volumi di attività svolti 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 rispetto delle classi di priorità; erogazione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali a favore di pazienti che non inseriti in lista d'attesa	mancato monitoraggio periodico del processo.	Medio	Monitoraggio periodico delle liste di attesa con rimodulazioni delle agende di prenotazione ambulatoriale o rimodulazione sedute operatorie; verifica periodica e produzione report (numero, volumi, attività in libera professione/ numero volumi attività istituzionale registrati) per prestazioni monitorate. Controllo periodico delle prestazioni monitorate erogate in libera professione con tempo di attesa=0.

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE - 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.			Dott. Teodoro Casazzo	n.2 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n. 2 assistenti amministrativi cat. C - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat.BS;	P 03 - Procedura gestione delle Risorse Umane	Errato Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati.		Basso	Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. Verifica possesso requisiti legati all'istituto.
Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non 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: a) controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti o ad atti conosciuti, sussistono ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato e non potrà basarsi			Dott. Teodoro Casazzo	n.2 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n. 2 assistenti amministrativi cat. C - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat.BS;	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			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D; n. 1 assistenti amministrativi cat. C	Disciplina Nazionale e Regionale vigente	1) Elaborazione ed invio di dati errati o inventieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.		Basso	Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di gestione delle assenze presenze, quanto estratto dal medesimo sistema come reportistica e quanto comunicato al Dipartimento della Fuzioe 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'espletamento di selezioni pubbliche e nel rispetto delle norme nazionali generali (D. lgs n. 165/2001) e di settore (es: DPR 220/2001; DPR 483/1997; DM 3001/1998 e 31/01/1998), il reclutamento del personale, garantendo pari opportunità trasparenza amministrativa. In particolare, l'art. 35 comma 5.2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 prevede l'emanazione di "linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia". La disposizione è stata introdotta dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75 e si inserisce nell'ambito di un più ampio intervento riformatore finalizzato ad aggiornare e migliorare la qualità, la professionalità e le competenze del personale che opera presso le PP.AA.			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D con incarico di funzione; n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D; n. 2 Assistenti amministrativi.	D. lgs n. 165/2001; DPR 220/2001; DPR 483/1997; DM 3001/1998 e 31/01/1998	1) Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari. 2) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia imparzialità e trasparenza. 3) Accettazione di richieste di mobilità in cambio di denaro o altra utilità.		Medio	1) Monitoraggio composizione commissioni e conseguente controllo della rotazione dei membri. 1) Monitorare periodicamente gli adempimenti di pubblicità di competenza potenziandolo con l'ausilio sistemi informatici. 2) vigilare applicazione normativa/procedura/regolamento a garanzia imparzialità.
Analisi dei fabbisogni del personale, bandi e gestione graduatorie concorsuali	La legge delega 124 del 2015 richiamava l'introduzione dei fabbisogni di personale come criterio ordinatore delle politiche assunzionali. Più precisamente fa riferimento alla " ... definizione di obiettivi di contenimento delle assunzioni, differenziati in base agli effettivi fabbisogni." Tra gli obiettivi indicati dalla delega vi era inoltre l'introduzione di un sistema informativo nazionale, finalizzato alla formulazione di indirizzi generali e di parametri di riferimento in grado di orientare la programmazione delle assunzioni anche in relazione agli interventi di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. Il decreto legislativo 75 del 2017 dà attuazione a queste volontà legislative intervenendo sulla normativa esistente e riscrivendo diversi passaggi del D.Lgs. 165/01 (art. 35, co. 5.2). Sono state pubblicate in gazzetta le "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018). Ogni anno l'Azienda adotta il Piano triennale del fabbisogno del personale (a scorrimento) nel rispetto dei vincoli normativi e regionali vigenti e visionabile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale.			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.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: si occupa di tutte le procedure di assunzione del personale dipendente in attuazione dei Piani Assunzione annuali approvati dalla Giunta Regionale e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti. Gestisce tutte le procedure amministrative inerenti le graduatorie dei concorsi. Tramite l'Ufficio gestione giuridica personale dipendente ci occupiamo di: <ul style="list-style-type: none"> • predisposizione dei contratti individuali di lavoro • sviluppi di carriera (incarichi dirigenziali, posizioni organizzative) • trasformazione rapporti di lavoro • cura e gestione dei fascicoli giuridici • gestione dei fabbisogni triennali (dotazioni organiche) • adempimenti regionali, ministeriali e statistiche varie • predisposizione dei regolamenti interni in attuazione di disposizioni contrattuali e normative. <ul style="list-style-type: none"> • rilascio di certificazioni di servizio a richiesta del dipendente. 			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - titolare di Posizione Organizzativa; n. 4 collaboratori amministrativi prof. Cat. D; n. 6 assistenti amministrativi cat. C - n.2 coadiutore amministrativo senior Cat.BS; 1 lavoratore somministrato	D. lgs n. 151/2001 e s.m.i.; D lgs. 165/2001; CCNL di categoria di riferimento	Attestazione stati giuridici errate oinveritieri.		<u>Basso</u>	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. 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.			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D - n. 1 coadiutore amministrativo senior Cat.BS;	D. lgs n. 165/2001; (Regolamento n. 37/2014)	Controllo sulle richieste di autorizzazioni non puntuale al fine di favorire un terzo.		<u>Medio</u>	1) Mappare/tracciare tutte le fasi di verifica eseguite prima della stipula del contratto. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità. 3) attivare denuncia alle autorità competenti per reato penale di «falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico».
Valutazione del Personale Dipendente	La legge n. 15/09 e il d.lgs. 150/09 (cd. riforma "Brunetta") sono intervenuti anche in materia di assunzioni e progressioni di carriera con l'obiettivo, più volte enunciato (specie nella legge delega) di obbligare le amministrazioni ad attenersi rigorosamente e senza eccezioni ai principi di concorsualità e selettività. La Legge sulla performance è stata modificata con il D.Lgs. 74/2017, che ha rafforzato l'enfasi sull'ascolto dell'utenza e, più in generale, sulla valutazione delle performance organizzative. Tali provvedimenti sono stati voluti per contrastare la deriva adempimentale che vede nella Legge sulla performance un odioso meccanismo burocratico finalizzato esclusivamente a elargire premi e ricompense a Dirigenti e dipendenti pubblici, "a prescindere" dai meriti. Le progressioni consistono nella possibilità offerta ai dipendenti pubblici in virtù di alcuni titoli di studio posseduti e dell'esperienza e qualifica maturata durante la sua vita lavorativa da impiegato di fare carriera lavorativa.			Dott. Teodoro Casazzo	n.1 collaboratore amministrativo prof. Cat. D titolare di incarico di funzione - n 1 assistente amministrativo cat. C.	P. 4. Procedura di valutazione delle prestazioni individuali; D. lgs n. 165/2001; CCNL di Categoria; D lgs n. 1502/2009; D. lgs n. 74/2017;	Alterazione di dati/valutazione allo scopo di riconoscere illegittimamente progressioni economiche.		<u>Basso</u>	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.

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE - 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
GESTIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO PREVIDENZIALE		Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio		Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi		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.	Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi		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		Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi		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 ricontrollano la pratica
		Cessione del quinto dello stipendio e prestiti dell'INPS	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 dalla pensione). Il datore di lavoro è pertanto il soggetto deputato a versare le rate a favore dell'istituto che ha erogato il prestito.	Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi	T.U. D.P.R. 05/01/1950 N. 180 e relativo Regolamento D.P.R. 28/07/1950 n. 895 Regolamento per l'erogazione di prestiti - INPS	Certificato dello stipendio inveritiero - dello stipendio con dati errati	Certificato	<u>Basso</u>	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

			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 rimborso a rate costanti. Una volta notificato il contratto da parte degli intermediari, oppure il tabulato di messa in quota da parte dell'Inps, il rimborso 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.							
	Progressioni di carriera	Dott. Teodoro Casazzo			n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi		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	Dott. Teodoro Casazzo			n. 1 Collaboratore amministrativo ; n. 1 assistenti amministrativi		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 riconfermano la pratica

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE- GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/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 con incarico di funzione. n. 6 assistenti amministrativi	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.			Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi	T.U. D.P.R. 05/01/1950 n. 180 e relativo Regolamento D.P.R. 28/07/1950 n. 895 Regolamento per l'erogazione di prestiti - INPS	Certificato dello stipendio invertitero			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 con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi	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		<u>Basso</u>	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.
Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non 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: a) controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili di altre Strutture.			Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi	Legge n. 241/1990 e s.m.i.; DPR 184/2006 ; Legge 445/2000 e s.m.i.	Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.			Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti.
Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione	Conto annuale Flussi informativi riferiti al personale a Regione Lombardia - parte economica			Dott. Teodoro Casazzo	n. 1 Collaboratore amministrativo con incarico di funzione. n. 3 assistenti amministrativi	Disciplina Nazionale e Regionale vigente	1) Elaborazione ed invio di dati errati o invertiteri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.			Controllo a campione sulla corrispondenza tra la documentazione prodotta, quanto inserito nel sistema informatizzato di e quanto comunicato al Portale di Regione Lombardia

SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE- GESTIONE PRESENZE

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/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.			Dott. Teodoro Casazzo	Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura.		1) Inserimento di timbrature o istituti contrattuali nel sistema informatizzato al fine di favorire se stesso o altri.		<u>Medio</u>	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 dispositivo al Portale Inps e selezionando il servizio "Richiesta Visite Mediche di Controllo (Polo unico VMC)", è possibile chiedere e successivamente consultare gli esiti delle visite mediche di controllo. Inoltre, le amministrazioni pubbliche rientranti nell'ambito di applicazione della normativa sul Polo unico, di cui al D.lgs n. 75/2017, possono consultare anche gli esiti delle visite mediche di controllo disposte d'ufficio dall'Istituto. L'ufficio riceve, tramite PEC dedicata, gli attestati di malattia telematici che vengono caricati nel sistema informatizzato e controllati.			Dott. Teodoro Casazzo	Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché il Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane. Per quanto riguarda le malattie possono essere coinvolti i medici dell'azienda qualora attestassero inabilità lavorativa nei confronti di dipendenti per la prognosi, nonché tutti i coordinatori/responsabili con riferimento al loro potere di disporre il controllo fiscale. Nel processo sono coinvolti anche Enti esterni quali l'INPS, l'INAIL, l'Ispektorato territoriale del lavoro e l'ATS.		1) Mancato controllo sulle malattie per favorire il malato.		Medio	Controllo a campione sui certificati di malattia incentrando il controllo sulle malattie antecedenti o successive al periodo di riposo/ferie. 1) Vigilare sul corretto operato dei colleghi. 2) Informare il RPCT di eventuali irregolarità.
Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	L'ente è tenuto ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non 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: a) controllo a campione su un numero predeterminato di dichiarazioni sul totale di quelle presentate e calibrato sulla specificità dei singoli procedimenti; b) controlli in caso di ragionevole dubbio. I controlli possono essere preventivi o successivi. I primi sono compiuti durante l'iter procedimentale, i secondi dopo l'adozione dei provvedimenti ed esclusivamente sulle dichiarazioni rese dai soggetti beneficiari degli stessi. I controlli possono essere chiesti anche dai Responsabili dei Servizi ogni qualvolta che, in relazione a fatti o ad atti conosciuti, sussistono ragionevoli dubbi sulla veridicità di quanto dichiarato. In ogni caso il ragionevole dubbio deve essere adeguatamente motivato.			Dott. Teodoro Casazzo	Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura.		Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.		Basso	Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti.
Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti (es. LD.lgs. 151/2001, 278/2000, CCNL, ecc.)	L'ente garantisce a tutti i dipendenti l'accesso ai vari istituti normativi e contrattuali vigenti (es: malattia, congedi, ferie, permessi, aspettative, L.104/1992, tutela e sostegno della maternità e della paternità, diritto allo studio, ecc.) accertando l'effettivo possesso dei requisiti prima della concessione e secondo le procedure specifiche per ogni istituto.			Dott. Teodoro Casazzo	Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura.		Errato Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati.		Basso	Mantenere il sistema dei controlli in merito alla documentazione e alle autocertificazioni prodotte dai dipendenti. Verifica possesso requisiti legati all'Istituto.
Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione	Adempimenti PerlaPA: Lavori usuranti			Dott. Teodoro Casazzo	Gli operatori e il responsabile della Gestione assenze presenze e relativi istituti giuridici, nonché, per via dell'utilizzo degli applicativi Angolo del dipendente e per la programmazione turni, anche tutti i coordinatori/responsabili, sino ad arrivare ai Direttori di Struttura.		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

SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

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 (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)
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)	Recepimento Decreto Regionale di Assegnazione delle risorse e delle linee guida regionali	Direttore di Unità Operativa	9 collaboratori amministrativi (di cui 1 esperto); 12 assistenti amministrativi ; 5 coadiutori amministrativi	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	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	Basso	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
			Predisposizione modello di bilancio preventivo e relativi allegati							
			Adozione del bilancio preventivo parte del CDA							
			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)	Direttore di Unità Operativa	Predisposizione dei modelli di certificazione economica (CET) e relativi allegati	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										
	Recepimento Decreto Regionale di Assegnazione risorse di consuntivo		Predisposizione modello di bilancio d'esercizio e relativi allegati							

		Gestione del bilancio consuntivo (bilancio d'esercizio - BES)	Adozione del bilancio d'esercizio da 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. Il Collegio Sindacale effettua una verifica annuale sul BES, in seguito alle verifiche trimestrali, con successivo parere sul bilancio consuntivo. Parere positivo.
			Acquisizione parere del Collegio Sindacale							
			Approvazione da parte di Regione Lombardia							

SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

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 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 accenti 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 Modello Piano dei flussi di cassa prospettici	Direttore di Unità Operativa	1 collaboratore amministrativo, 2 assistente 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	Basso	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								
			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			Predisposizione relazione di accompagnamento al Piano dei Flussi di cassa con analisi degli scostamenti rispetto al budget	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
			Trasmissione in Regione tramite Portale Scriba								
			Predisposizione modello con rilevazione dati a consuntivo								
		Piano dei flussi di cassa annuale	Predisposizione relazione di accompagnamento al Piano dei Flussi di cassa con analisi degli scostamenti rispetto al budget	Direttore di Unità Operativa			Trasmissione in Regione tramite Portale Scriba	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

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
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 Strutture ai sensi del Regolamento interno sull'Avvocatura n. 9/2008	Redazione di pareri e rilascio di consulenze	1) Esame preliminare della richiesta di parere da parte Presidenza/Direzione Strategica e Struttura interessata 2) Acquisizione di relazione/documentazione da parter delle Strutture interessate 3) Disamina della fattispecie mediante ricerche normative, dottrinali e giurisprudenziali 4) Redazione e trasmissione del parere al soggetto richiedente	SC 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 attività di implementazione attuata

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
			1) Esame preliminare dell'elenco dei nominativi del personale estratto a sorte dalla SC Gestione e Sviluppo 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.							

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	partecipazioni o meno in società, assenza di conflitto d'interesse, ecc.	Trattasi di Servizio istituito a livello aziendale con apposita determina (cfr. Determina n. 940/D.G. del 22.09.2008) Responsabile del Servizio Ispettivo	N. 2 unità Composizione eterogenea, non necessariamente riconducibile alla SC Avvocatura - Legale e Contenzioso	Regolamento Aziendale n. 19/2008 sul funzionamento del Servizio Ispettivo	Le criticità del processo sono minime in quanto trattasi prevalentemente di attività di controllo vincolata	Non correttezza/incompletezza della documentazione fornita al Servizio per le conseguenti verifiche	<u>Basso</u>
			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						

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
GESTIONE SINISTRI PROPERTY E PATRIMONIALI	Il processo è finalizzato ad ottenere il risarcimento dei danni causati da qualsiasi evento ai beni mobili e immobili di proprietà della Fondazione o di proprietà di terzi ma detenuti dalla Fondazione stessa a qualsiasi titolo, nonché ad ottenere il ristoro delle perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza di condotte poste in essere da soggetti per i quali la Fondazione assicurata deve rispondere a norma di legge	Gestione del sinistro con l'apporto delle competenti Strutture interessate, nonché del Broker assicurativo aziendale	1) Esame preliminare della richiesta risarcitoria o della segnalazione di avvenuto danno da parte delle Strutture interessate 2) Denuncia e richiesta di apertura del sinistro al broker aziendale 3) Istruttoria interna con acquisizione della inerente documentazione 4) Monitoraggio del sinistro anche mediante corrispondenza con il broker assicurativo 5) Valutazione sulla proposta di definizione del sinistro formulata dalla Compagnia di Assicurazione o dal terzo civilmente responsabile anche mediante l'acquisizione dei pareri di congruità da parte delle Strutture competenti e del Broker aziendale 6) Acquisizione di nulla osta della Direzione e chiusura della posizione, di regola con incasso dell'indennizzo.	SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 5 unità	Polizze assicurative di riferimento; Codice Civile	Le criticità del processo sono minime in quanto: - la gestione dei sinistri in oggetto implica il coinvolgimento di differenti soggetti e strutture, anche esterni all'Ente, operanti su più livelli di responsabilità; - le procedure in oggetto sono, di regola, finalizzate ad ottenere un indennizzo a favore dell'Ente; - la valutazione delle proposte di definizione dei sinistri formulate dall'Assicurazione avviene sulla scorta di pareri di congruità del broker e delle Strutture interessate		<u>Basso</u>	adozione della procedura aziendale di gestione dei sinistri property e patrimoniale in itinere Istruzione Operativa P 29 - Procedura Gestione Sinistri All Risk "Property" e Sinistri da Responsabilità Civile e Patrimoniale adottata in data 31.12.2020 e revisionata in data 16.12.2021

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
			1) Esame preliminare della richiesta risarcitoria formulata dal danneggiato/avente diritto 2) Apertura diretta del sinistro in gestione assicurativa o in regime di autoassicurazione a seconda che il valore economico del danno superi, o meno, la quota di SIR prevista in polizza				Le fasi 4) e 5) comportano esclusivamente il recepimento di pareri/decisione tecniche estranee all'Avvocatura.			

GESTIONE SINISTRI RCT/RCO	Il processo riguarda la trattazione delle richieste risarcitorie relative a danni patrimoniali e non patrimoniali subiti da soggetti terzi/utenti, nonché la gestione delle richieste risarcitorie riferite a danni subiti dai prestatori d'opera nell'espletamento delle relative mansioni professionali	Gestione del sinistro con l'apporto delle diverse professionalità esterne all'ufficio di volta in volta coinvolte	<p>3) Istruttoria del sinistro a cura dell'Ufficio Liquidazione Sinistri mediante l'acquisizione della documentazione dalle Strutture coinvolte e/o da Soggetti esterni/terzi danneggiati</p> <p>4) Coinvolgimento delle figure istituzionalmente preposte alla gestione del sinistro (es: medico legale, DMP, Risk Management, consulenti specialisti di parte ecc.)</p> <p>5) Trattazione del sinistro in sede di Comitato Valutazione Sinistri</p> <p>6) Esecuzione delle decisioni assunte in Comitato, con assunzione occorrendo dei provvedimenti amministrativi necessari</p>	SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 5 unità	Polizza assicurativa di riferimento; Linee Guida regionali (Allegato A della DGR 4334/2012 e s.m.i. da ultimo le Linee Guida approvate con DGR 15406/2022); Linee Guida annuali di RISK Management; Legge n. 24/2017; Regolamento Aziendale interno sul funzionamento del CVS	Le criticità del processo sono minime in quanto: - la gestione dei sinistri in oggetto implica il coinvolgimento di differenti soggetti e strutture, anche esterni all'Ente, operanti su più livelli di responsabilità; - il parere tecnico sul sinistro è assunto collegialmente in sede di CVS, sulla scorta di specifiche valutazioni medico-legali; - i parametri liquidativi sono indicati dal Medico Legale; - la quantificazione economica del danno avviene applicando le tabelle del Tribunale di Milano per i danni biologici superiori al 9%, ovvero le tabelle assicurative per lesioni micropermanenti; - l'eventuale liquidazione del sinistro avviene solo previo nulla osta della Direzione Strategica.		Basso	
---------------------------	---	---	--	--------------------------------------	------------	---	--	--	--------------	--

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
NOMINA DEI CONSULENTI TECNICI DI PARTE	Conferimento di incarico consulenziale, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, a professionisti specializzati nella materia oggetto della vertenza	Conferimento d'incarico di perito di parte (stragiudiziale o giudiziale) sulla scorta delle indicazioni nominative fornite da Strutture/soggetti esterni all'ufficio legale	<p>1) Rilevazione del fabbisogno di professionalità esterna alla Fondazione da parte di organismo diverso dalla Struttura che gestisce il processo (es: il Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale)</p> <p>2) Individuazione del professionista mediante l'indicazione fornita dalle Strutture 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</p> <p>3) Istruttoria interna con acquisizione di preventivo, di dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi, eventuale nulla osta dell'Ente di appartenenza, curriculum vitae, ecc</p> <p>4) Trasmissione del preventivo di spesa per l'approvazione da parte della Direzione Strategica</p> <p>5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e adempimenti di legge correlati</p> <p>6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso</p> <p>7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica</p>	SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	N. 5 unità	Regolamento aziendale per il funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di collaborazione n. 14/2008; Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri. Linee guida regionali approvate con DGR 15406/2022.	In relazione alla fase 2): possibile distorsione della discrezionalità nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità. (rischio minimo e comunque gravante su soggetti estranei alla Struttura)	In relazione alla fase 2): insussistenza di elenchi/Albi professionali dedicati	Medio	Proposta /progetto regionale in itinere di redazione di Albo di consulenti tecnici condiviso tra le aziende sanitarie lombarde. Tale progetto regionale al momento non ha avuto seguito; pertanto la Regione Lombardia nelle Linee guida n. 15006/2022 ha dettato la seguente disposizione da applicare : "Per i casi/sinistri di dubbia interpretazione, specie se di rilevante valore economico, è consentito ricorrere a collaborazioni mediche e legali esterne, proprio nelle logiche della tutela economica delle aziende, al fine di assicurarsi l'apporto professionale più adatto alle necessità del caso.(...) L'Azienda (...) potrà avvalersi, con oneri a proprio carico oppure a carico dell'assicurazione ove previsto dal contratto, di collaboratori delle varie specialità mediche e delle professioni sanitarie, di legali esperti nel contenzioso sanitario e di professionisti esperti in valutazione e liquidazione dei danni".

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE IMPIEGATE NEL PROCESSO	PROCEDURE/ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI VIGENTI CHE DISCIPLINANO IL PROCESSO	RISCHIO SPECIFICO/CRITICITA' DEL PROCESSO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO CORRUTTIVO DEL PROCESSO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO DEL PROCESSO	MISURE DI CONTRASTO DEL PROCESSO
CONFERIMENTO DI INCARICO DI PATROCINIO LEGALE AD AVVOCATI	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 sede all'attività svolta	<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>	RESPONSABILE SC. AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 2 unità	Regolamento Aziendale sul funzionamento dell'Avvocatura interna n. 9/2008; Statuto della Fondazione;	Le fasi 1) e 2) sono di norma rimesse a soggetti estranei all'Avvocatura Le criticità del processo sono minime in quanto il conferimento d'incarico ad Avvocati esterni è residuale a fronte della presenza di un'Avvocatura interna all'Ente preposta alla gestione diretta di tutti i contenziosi. In relazione alla fase 2): possibile distorsione della discrezionalità		Basso	Procedura aziendale in itinere per l'istituzione di un nuovo elenco interno degli avvocati ai quali affidare eventuale patrocinio Elenco sposta Avvocati esterni - Deliberazione n. 5/24/A /30.09.2022

ESTERNI		dal professionista	4) Trasmissione del preventivo per l'approvazione da parte della Direzione Strategica			Elenco o Albo interno degli Avvocati	nella scelta del nominativo a fronte dell'esigenza di individuare professionisti di alta specialità in relazione alla complessità e specificità della materia da trattare.		
			5) Conferimento d'incarico con formale provvedimento e adempimenti di legge correlati						
			6) Verifica dell'attività svolta e liquidazione del compenso						
			7) Pubblicazione ai fini della trasparenza sul sito internet della Fondazione e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica						

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

PROCESSO	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	ATTIVITA'	FASE/I	RESPONSABILE DEL PROCESSO E DELL'ATTIVITA'	RISORSE UMANE 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 SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO	n. 4 unità	Art 67 del CCNL dell'Area della Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria periodo 2016-2018); Art 88 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 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							

SC AVVOCATURA - LEGALE E CONTENZIOSO

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

SC 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
			La proposta giunge tramite mail o a mani all'Ufficio Protocollo che provvede a registrarla e ad inviarla alla SC Affari Generali e Istituzionali per la presa in carico							

ACQUISIZIONE ATTI DI LIBERALITA'	Presenza in carico della proposta di donazione	<p>La proposta giunge tramite mail agli uffici della Fondazione che provvedono ad inviarla all'Ufficio Protocollo o, in subordine, alla SC Affari Generali e Istituzionali. Nel primo caso, la proposta viene registrata/protocollata dall'Ufficio Protocollo e poi inviata alla SC Affari Generali e Istituzionali per il seguito di competenza. Nel secondo caso, la proposta viene inviata dapprima all'Ufficio Protocollo che provvederà alla registrazione/protocollazione della stessa e, successivamente, all'inoltro alla SC Affari Generali e Istituzionali.</p>	Ufficio Protocollo, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, Direzione Scientifica, Strutture sanitarie, SC Affari Generali e Istituzionali	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
		<p>La proposta giunge tramite mail alla SC Affari Generali e Istituzionali che provvede ad inoltrarla all'Ufficio Protocollo per la registrazione della stessa. L'ufficio protocollo, una volta registrata/protocollata la proposta, la inoltra alla SC Affari Generali e Istituzionali: per l'avvio dell'iter istruttorio.</p>						
		<p>Completezza degli elementi identificativi del donante (data di nascita, c.f. e partita IVA in caso di persona giuridica, telefono, mail, pec ove presente)</p> <p>Verifica oggetto della donazione (somma di denaro, fornitura di servizi, beni mobili, apparecchiature/attrezzature, beni immobili) al fine di avviare l'istruttoria della stessa</p> <p>Verifica dell' eventuale sussistenza di vincoli/oneri a carico dell'Ente</p> <p>Verifica del valore economico della stessa</p> <p>Verifica presenza data, firma ed eventuale Ufficio di destinazione</p>	SC Affari Generali e Istituzionali	1		Omessa o incompleta verifica degli elementi essenziali	Proposta incompleta o contraddittoria	Scarsa collaborazione dei Direttori/responsabili delle Strutture di destinazione
	<p>Il processo consiste nell'attivazione e gestione dell'iter normativo previsto per l'accettazione da parte dell'Ente di tutti gli atti di liberalità, aventi ad oggetto somme di denaro, forniture di servizi, beni mobili ed immobili, pervenuti da persone fisiche o giuridiche. L'elemento che innesca il processo (input) è la proposta di donazione (consistente in una mail/lettera d'intenti o moduliistica specifica inoltrata all'ufficio protocollo oppure agli altri uffici della Fondazione). Il risultato atteso (output) è l'acquisizione nel patrimonio dell'Ente di quanto offerto in donazione (somme di denaro, beni, servizi e forniture) attraverso l'accettazione formale dell'atto di liberalità da parte del C.d.A.</p>	<p>Per le donazioni aventi ad oggetto somme di denaro, occorre previamente verificare presso la SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, la sussistenza o meno di un bonifico. 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.</p> <p>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).</p> <p>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 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 SS Formazione e Sviluppo Competenze, se la proposta ha ad oggetto l'attivazione di contratti libero professionali o borse di studio va richiesto il nulla osta alla SC Gestione e Sviluppo delle 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 Strutture che concretamente beneficeranno della donazione in quanto espressamente indicate dal donante come Struttura di destinazione.</p> <p>Per le donazioni aventi ad oggetto beni mobili (suppellettili, arredi etc etc.), apparecchiature e attrezzature occorre verificare la presenza di schede tecniche, manuali d'uso e certificazioni di conformità. In caso di documentazione assente o incompleta, occorrerà fare richiesta di integrazione al donante. Per tutte le donazioni aventi ad oggetto beni mobili, attrezzature e apparecchiature occorre acquisire la Dichirazione di assenza di conflitto di interessi da parte del Direttore/responsabil della Struttura di destinazione.</p> <p>Verificata la completezza della documentazione a disposizione, occorrerà richiedere i nulla osta/pareri tecnici alle Strutture competenti: a) per i beni mobili, SC</p>	SC Affari Generali e Istituzionali	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 Strutture di destinazione	Basso

			<p>Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) e S.C. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza, b) per le apparecchiature elettromedicali, SC Ingegneria Clinica Aziendale; c) per le apparecchiature informatiche, SC Sistemi Informativi; d) per beni immobili, SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) (che avvierà in autonomia l'iter istruttorio, trattandosi di donazioni aventi ad oggetto obblighi di fare)</p> <p>Acquisiti i pareri tecnici delle Strutture competenti, la proposta va inviata alle Strutture 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>							
		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 SC Affari Generali e Istituzionali 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 SC Affari Generali e Istituzionali; 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>	SC Affari Generali e Istituzionali	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		Omessa pubblicazione del provvedimento	Disguidi/ritardi		Monitoraggio e sollecito
		Adempimenti conseguenti all'accettazione della proposta	<p>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.</p> <p>Ai donanti viene inviata una lettera di ringraziamento a firma congiunta del Presidente e del Direttore Generale.</p>	Segreteria Presidenza	1					
<p>CONVENZIONI - PROTOCOLLI D'INTESA - CONTRATTI DI DIRITTO PRIVATO</p> <p>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.</p>	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.	SC Affari Generali e Istituzionali - Ufficio Archivio e Protocollo	4						
	Istruttoria procedimentale	<p>Ricevuto l'atto di impulso, l'ufficio competente della SC Affari Generali e Istituzionali 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 Struttura interessati</p> <p>Stesura dell'atto da parte della SC Affari Generali e Istituzionali; - condivisione dello stesso con la controparte; - riscontro positivo della controparte; - chiusura della fase istruttoria</p>	SC Affari Generali e Istituzionali	2	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	
	Fase deliberativa	Predisposizione dell'atto deliberativo nel gestionale aziendale - inizio dell'iter deliberativo - conclusione dell'iter con l'adozione del Decreto del Direttore Generale	SC Affari Generali e Istituzionali - 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	SC Affari Generali e Istituzionali	1						
	DIREZIONE SCIENTIFICA									

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
		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>	Segreteria Comitato Etico Pavia (Responsabile Dr.ssa Cristina Ficchi)	n.1 Dirigente Farmacista, n.5 Collaboratori Professionali di Ricerca Sanitaria		documentazione incompleta, dichiarazioni non conformi	conflitto di interessi, ingerenza di Promotori e Unità Operative interessate		approfondita verifica della documentazione

GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE/RICERCHE CONTO TERZI	gestione delle richieste di sperimentazione clinica/ricerca conto terzi dalla valutazione ed approvazione da parte del Comitato Etico, alla formale autorizzazione allo svolgimento	autorizzazione amministrativa alla esecuzione dello studio	trasmissione parere Comitato Etico a Promotore, Unità Operativa interessata e ad Ufficio Sperimentazioni Cliniche per il seguito	Direzione Scientifica (Responsabile procedimento Dr. Stefano Astori)	n.1 Collaboratore amministrativo (Responsabile Procedimento)	Regolamento aziendale n.40/2015 (Comitato Etico) Regolamento aziendale n.54/2017 (Ricerche conto Terzi) Regolamento aziendale n. 60/2019 (disciplina e gestione delle sponsorizzazioni)	negoziare aspetti contrattuali non conformi con template AIFA	conflitto 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
			negoziare contratto con Promotore esterno							
			Decreto dirigenziale di autorizzazione							
			raccolta sottoscrizioni contratto con Promotore esterno							
			notifica autorizzazione a Promotore e Unità Operativa interessata (inclusa trasmissione contratto a Promotore esterno)							

SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO RICERCA E SVILUPPO

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

SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO RICERCA E SVILUPPO

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	
BORSE DI STUDIO E CONTRATTI DI RICERCA	Conferimento borse di studio ed incarichi di lavoro autonomo, di natura professionale, per lo svolgimento di attività di ricerca/supporto alla ricerca	pubblicazione avviso selezione pubblica	ricezione proposta indicazione da parte del Direttore della U.O. interessata e del Responsabile del correlato progetto di ricerca	Responsabile SSD			requisiti di ammissione non conformi a reali necessità correlato progetto di ricerca	conflitto 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								
		svolgimento procedura selettiva	ricezione delle domande di partecipazione alla selezione	Commissione di valutazione	verifica possesso requisiti di ammissione, ammissione aspiranti e valutazione titoli	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	conflitto 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								
		conferimento incarico/borsa di studio	provvedimento (decreto dirigenziale) di esito della selezione e di approvazione della graduatoria di merito	Responsabile SSD	pubblicazione graduatoria di merito e conferimento incarico/borsa di studio al primo classificato. Per incarichi di lavoro autonomo sottoscrizione relativo contratto individuale.			attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà	conflitto di interessi	<u>Basso</u>	approfondita verifica delle attestazioni
			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	Responsabile SSD			attestazioni di regolari svolgimento attività non rispondenti alla realtà	conflitto di interessi	<u>Medio</u>	approfondita verifica delle attestazioni
			verifica copertura economica e raccolta parere Direttore Scientifico							
			provvedimento (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							

SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO RICERCA E SVILUPPO

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 (convegni/congressi)	pubblicazione avviso pubblico per raccolta offerte sponsorizzazione	ricezione e valutazione da parte del Direttore Scientifico richiesta ricerca sponsorizzazioni iniziative scientifiche	Responsabile SSD	n.1 Dirigente amministrativo, n.2 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria	Regolamento aziendale n.60/2019	richieste non conformi alle reali necessità della iniziativa scientifica	scarsa trasparenza ed assenza o carenza di adeguata motivazione	<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	Responsabile SSD			predisposizione provvedimento (determinazione DG) per accettazione sponsorizzazioni, autorizzazione svolgimento iniziativa scientifica ed utilizzo fondi raccolti	conflitto di interessi	conflitto di interessi	<u>Medio</u>
predisposizione contratti sponsorizzazione										
		raccolta sottoscrizioni contratti sponsorizzazione								
		utilizzo fondi da sponsorizzazione	richiesta emissione fatture a sponsor	Responsabile SSD			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

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

ALLEGATO 3 - INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

13	Dialisi e Nefrologia Ambulatori, e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
14	Cardiologia degenza, ambulatori e DH	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
15	UTIC e Emodinamica	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
16	MAR degenza con settore di Sub-intensiva	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
17	MAR Ambulatori, DH, Servizi, Centro Amiloidosi	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
18	Ematologia degenza, ambulatori, DH e TMO	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
19	Nefrologia e Reumatologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
20	Cure Palliative degenza, DH, MAC, ambulatori - Beigioioso	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
21	Malattie Infettive degenza, DH e ambulatori	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
22	Oncologia degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
23	Oncologia DH	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
24	Radioterapia, Medicina Nucleare	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA MEDICA
25	Week surgery degenza, S.O. WS, ambulatori WS e Ambulatori Libera professione	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
26	Otorinolaringoiatria degenza e ambulatori, Endoscopia ORL, Logopedia, Audiometria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
27	Chirurgia 1, Chirurgia Senologica degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA

ALLEGATO 3 - INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

28	Chirurgia II degenza	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
29	Chirurgia Vascolare degenza, ambulatori, DH, Vulnologia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
30	Neurochirurgia degenza e Servizio di TNFP	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
31	Urologia, degenza, ambulatori, DH e Stomaterapia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
32	Piastra ambulatoriale (Prericovero, Poliambulatorio chirurgico DEA)	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
33	Oculistica degenza, ambulatori, DH, S.O., Banca Occhi	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA CHIRURGICA
34	Servizio Trasporti Sanitari (STS) e Fattorinaggio	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
35	Piastra Radiologica Area Assistenziale (Infermieri e Operatori di supporto)	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
36	Piastra Radiologica Area Tecnico-Sanitaria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
37	Servizio Immunotrasfusionale, CLV, PMA (area tecnica), LRS Area Trapiantologica Laboratori	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
38	Senologia Chirurgica ambulatori, Senologia Diagnostica, Centro prelievi, TAO, LRS Area trapiantologica ambulatori, Emostasi, Odontoiatria	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
39	Virologia e Microbiologia; Laboratorio Celi Factory	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
40	Analisi Chimico Cliniche, Ematologia Laboratorio	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
41	Medicina Riabilitativa	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
42	Anatomia patologica, Camera mortuaria	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI

ALLEGATO 3 - INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

43	Gestione processi di qualità in ambito radiologico e Coordinatore Didattico CdL TSRM, radiologico	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA SERVIZI
44	Rianimazione 1, Rianimazione Regione Lombardia degenza	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
45	Rianimazione II degenza	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
46	Ortopedia degenza e ambulatori	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
47	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
48	Cardiochirurgia degenza, ambulatori., DH e Sala BEM	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
49	Blocco Operatorio Cardiochirurgia area tecnica (TCP) e Coordinatore Didattico CdL Tecnici Cardioperfusionisti	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
50	Blocco Operatorio DEA, Recovery Room e Centrale di Sterilizzazione	55-69	5° livello	Elevata complessità	9000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
51	Blocco Operatorio Ortopedia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
52	Blocco Operatorio Cardiochirurgia	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA
53	Farmacia, UMACA (Centrali Admixture Service)	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
54	Nutrizione Clinica	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
55	Medicina del Lavoro (Sorveglianza Sanitaria) Assistenti Sanitarie	<15	1° livello	Base	2000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
56	Centrale Dimissioni Protette, Progetto DAMA	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
57	Coordinatore didattico CdL in Infermieristica	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

ALLEGATO 3 - INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

58	Coordinamento donazione e trapianti organi e tessuti	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
59	Responsabile Area Emergenza Urgenza	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
60	Responsabile Area Salute della Donna e del Bambino	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
61	Responsabile Area Cardio-toraco-vascolare e Area Chirurgica e Neuroscienze	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
62	Responsabile Area Oncologica ed Ematologica e Area Medica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
63	Responsabile Area Medicina Diagnostica	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
64	Responsabile Programmazione e Gestione Risorse	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
65	Responsabile integrazione Formazione Clinica CdL Professioni Sanitarie, Programmazione Formazione Clinica Post Base, Tirocini tecnico-pratici OSS Laurea	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
66	Responsabile Processi assistenziali e definizione fabbisogno formativo e dei processi in ambito di sicurezza sul luogo di lavoro	70-100	6° livello	Funzione organizzativa	12000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
67	Case manager Percorso Oncoematologico pediatrico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MATERNO INFANTILE
68	Case manager Percorso Reumatologico (Fragilità ossea)	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
69	Case manager Percorso Ematologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
70	Case manager Percorso Malattie infettive	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA
71	Case manager Percorso Oncologico	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA MEDICA

ALLEGATO 3 - INCARICHI DI FUNZIONE AREA SANITARIA

72	Case manager Percorso Breast unit	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
73	Case manager Percorso Chirurgia Bariatrica	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
74	Specialista in Vulnologia	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA CHIRURGICA
75	Gestione processi di sterilizzazione	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA INTENSIVA
76	Bed Management	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
77	Gestione e Promozione dei Processi della Formazione	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
78	Promotore dei Processi di Qualità e Risk Management	31-45	3° livello	Specialista 1° liv	3000,00	Professionali	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
79	Gestione sorveglianza epidemiologica	16-27	2° livello	Bassa complessità	4000,00	Organizzazione	AREA STAFF DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
80	AAT-SOREU PIANURA	28-40	3° livello	Media complessità	6000,00	Organizzazione	AREA INTENSIVA

ALLEGATO 4 – INCARICHI DI FUNZIONE – AREA AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE E TECNICA

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

ALLEGATO 4 – INCARICHI DI FUNZIONE – AREA AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE E TECNICA

13	Rresponsabile Gare e Contratti	51-75	3° livello	Alta Complessità	9.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
14	Responsabile Ordini e liquidazioni	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
15	Responsabile Servizi Generali e Economato	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Gestione Acquisti e Servizi
16	Responsabile servizi accoglienza istituzionali	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizi Accoglienza e Libera Professione
17	Responsabile servizi accoglienza libera professione e solvenza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizi Accoglienza e Libera Professione
18	Responsabile Organizzazione e integrazione della gestione della sicurezza	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Prevenzione e Sicurezza
19	Responsabile progettazione, programmazione e sviluppo dei lavori	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizio Tecnico Patrimoniale
20	Responsabile amministrativo dell'area tecnica	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Servizio Tecnico Patrimoniale
21	Amministratore di sistema RIS-PACS	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE	Sistemi Informativi
22	Funzioni di Segretario del Consiglio di Amministrazione	26-50	2° livello	Media complessità	6.000,00 €	INCARICHI PROFESSIONALI	Presidenza

ALLEGATO 5 – SITUAZIONE ASSUNZIONALE FONDAZIONE AL 31/12/2022

Dirigenza/Comparto	Macro categoria Regionale	Profilo	Unità
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-ANATOMIA PATOLOGICA	6
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	97
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-BIOCHIMICA CLINICA	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CARDIOCHIRURGIA	12
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CARDIOLOGIA	21
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA GENERALE	26
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA PEDIATRICA	7
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA TORACICA	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-CHIRURGIA VASCOLARE	10
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-DIREZ.MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	6
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-EMATOLOGIA	13
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-GASTROENTEROLOGIA	8
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	15
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBL.	3
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	1
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	14
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MALATTIE INFETTIVE	16
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E URGENZA	22
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA INTERNA	24
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA LEGALE	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA NUCLEARE	5
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MEDICINA TRASFUSIONALE	12
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	5
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-NEFROLOGIA	11
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-NEONATOLOGIA	16
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-NEUROCHIRURGIA	9

ALLEGATO 5 – SITUAZIONE ASSUNZIONALE FONDAZIONE AL 31/12/2022

Dirigenza/Comparto	Macro categoria Regionale	Profilo	Unità
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-NEURORADIOLOGIA	6
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-ODONTOIATRIA	1
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-OFTALMOLOGIA	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-ONCOLOGIA	11
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-OTORINOLARINGOIATRIA	7
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	2
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-PEDIATRIA	16
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-RADIODIAGNOSTICA	37
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-RADIOTERAPIA	6
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-REUMATOLOGIA	4
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-RICERCA DI BASE	7
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	3
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	MEDICI-UROLOGIA	10
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA	ODONTOIATRA-ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1
Dirigenza	DIRIGENZA MEDICA Totale		514
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	BIOLOGI-BIOCHIMICA CLINICA	6
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	BIOLOGI-LABORATORIO DI GENETICA MEDICA	10
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	BIOLOGI-MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	9
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	BIOLOGI-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CH.CL.MICR.)	9
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	BIOLOGI-RICERCA DI BASE	10
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	CHIMICI-DIRIGENTE CHIMICO	1
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	FARMACISTI-FARMACIA OSPEDALIERA	13
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	FISICI-FISICA SANITARIA	6
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA	PSICOLOGO	1
Dirigenza	DIRIGENZA SANITARIA Totale		65
Dirigenza	DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	2
Dirigenza	DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE Totale		2
Dirigenza	DIRIGENZA PROFESSIONALE	DIRIGENTE AVVOCATO	1
Dirigenza	DIRIGENZA PROFESSIONALE	DIRIGENTE INGEGNERE	5

ALLEGATO 5 – SITUAZIONE ASSUNZIONALE FONDAZIONE AL 31/12/2022

Dirigenza/Comparto	Macro categoria Regionale	Profilo	Unità
Dirigenza	DIRIGENZA PROFESSIONALE Totale		6
Dirigenza	DIRIGENZA TECNICA	DIRIGENTE ANALISTA	3
Dirigenza	DIRIGENZA TECNICA Totale		3
Dirigenza	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	8
Dirigenza	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA Totale		8
Dirigenza Totale			598
Comparto	PERSONALE INFERMIERISTICO	INFERMIERE	1225
Comparto	PERSONALE INFERMIERISTICO	INFERMIERE GENERICO	17
Comparto	PERSONALE INFERMIERISTICO	INFERMIERE PEDIATRICO	11
Comparto	PERSONALE INFERMIERISTICO	PUERICULTRICE	1
Comparto	PERSONALE INFERMIERISTICO Totale		1254
Comparto	OSTETRICA	OSTETRICA	58
Comparto	OSTETRICA Totale		58
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	DIETISTA	6
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. AUDIOMETRISTA	2
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. AUDIOPROTESISTA	1
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. LAB. BIOMED.	30
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. LAB. BIOMED.	79
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. NEURO FISIOP.	1
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. NEUROFISIOP.	8
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. RADIOL. MED.	9
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS. TECN. SANIT. RADIOL. MED.	74
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS.T.S.-TECN.FIS.CARD.PERF	1
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERS.TEC.SAN.FIS.CARD./PERF.CARD.	11
Comparto	PERSONALE TECNICO SANITARIO Totale		222
Comparto	ASSISTENTI SANITARI	ASSISTENTI SANITARI	5
Comparto	ASSISTENTI SANITARI Totale		5
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERS. RIABIL. FISIOTERAPISTA	4
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERS. RIABIL. FISIOTERAPISTA	13
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERS. RIABIL. LOGOPEDISTA	2

ALLEGATO 5 – SITUAZIONE ASSUNZIONALE FONDAZIONE AL 31/12/2022

Dirigenza/Comparto	Macro categoria Regionale	Profilo	Unità
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERS. RIABIL. ORTOTTISTA	1
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	PERS. RIABIL. ORTOTTISTA	4
Comparto	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE Totale		24
Comparto	ASSSTENTI SOCIALI	ASSISTENTE SOCIALE	2
Comparto	ASSSTENTI SOCIALI Totale		2
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	ASSISTENTE TECNICO	13
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	9
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	10
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO	91
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	OPERATORE TECN.SPECIALIZZATO (SEN)	32
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	OPERATORE TECNICO	17
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	OPERATORE TECNICO	220
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	PROGRAMMATORE	8
Comparto	PERSONALE TECNICO NON SANITARIO Totale		400
Comparto	PERS . TEC. NON SAN. OTA/O.S.S.	O.S.S.	496
Comparto	PERS . TEC. NON SAN. OTA/O.S.S.	O.T.A.	5
Comparto	PERS . TEC. NON SAN. OTA/O.S.S. Totale		501
Comparto	AUSILIARI	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2
Comparto	AUSILIARI Totale		2
Comparto	ASSISTENTE RELIGIOSO	ASSISTENTE RELIGIOSO	3
Comparto	ASSISTENTE RELIGIOSO Totale		3
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	41
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	79
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMM.VO SENIOR	65
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	64
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMM.VO PROF.	30
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMM.VO PROF.	45
Comparto	PERSONALE AMMINISTRATIVO Totale		325
Comparto	RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA	COLLABORAT.PROF.RIC.SANIT.ELEVATA	37

ALLEGATO 5 – SITUAZIONE ASSUNZIONALE FONDAZIONE AL 31/12/2022

Dirigenza/Comparto	Macro categoria Regionale	Profilo	Unità
Comparto	RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA	COLLABORAT.PROF.RIC.SANIT.INIZIALE	35
Comparto	RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA	COLLABORAT.PROF.RIC.SANIT.INTERMEDIA	14
Comparto	RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA Totale		86
Comparto Totale			2882
TOTALE xompl.			3480