



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 69/2025/DG

Il giorno 30/01/2025

Il Direttore Generale

Marco Bosio

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

**APPROVAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ
E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027 DELL'ASST RHODENSE**

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale: 2024-1.1.2/12

S.C. Affari Generali e Legali

Il Responsabile del Procedimento: **Angelo Carnelli**

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

VISTA, altresì, la Legge Regionale 14.12.2021 n. 22 "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)";

RICHIAMATA la D.G.R. X/4477 del 10/12/2015 con la quale, in attuazione della L.R. 23/2015, viene costituita l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense e definito l'assetto organizzativo della stessa;

ATTESO che l'ASST Rhodense con decorrenza 01.01.2016 è subentrata nella gestione dei rapporti giuridici attivi e passivi della disciolta Azienda Ospedaliera "G. Salvini";

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- l'art. 6, comma 1, del D.L. n.80 del 9 giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n.113 del 6 agosto 2021, recante "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" prevede che, per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e 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, le Pubbliche Amministrazioni, di cui all'art. 1 comma 2 del D. Lgs. 165/2001, entro il 31 gennaio di ogni anno, adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO);

PRESO ATTO che ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni dalla L. 113/2021, il PIAO ha durata triennale con aggiornamento annuale, e definisce, tra gli altri:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;

c) 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;

DATO ATTO che con Deliberazione ASST Rhodense n.59 del 31 gennaio 2024 avente a oggetto: "*Approvazione del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024-2026 dell'ASST Rhodense*" l'Ente in conformità del dettato normativo di cui al D.L. 80/2021 convertito con Legge n.113/2021, provvedeva all'adozione del PIAO 2024-2026, in aggiornamento del precedente PIAO 2023-2025;

RAMMENTATO che il PIAO deve essere aggiornato annualmente ASST Rhodense con il presente provvedimento approva l'aggiornamento del PIAO 2024-2026, ivi compresi gli atti di pianificazione e le linee di indirizzo ad esso acclusi e di seguito declinati:

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

- **Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, 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;

- **Documento di Organizzazione del Lavoro Agile**, che stabilisce le modalità di svolgimento del telelavoro e dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare, per il lavoro in presenza, l'applicazione di condizioni di lavoro uniformi tra i professionisti, perseguendo la pari opportunità, l'uguaglianza tra i dipendenti e l'assenza di qualunque forma di discriminazione e di violenza morale o psichica;

- **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;

- **Piano della Formazione**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, in coerenza con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale oltre che in sintonia con il Piano di Formazione Regionale del settore sanità;

- **Piano triennale delle Azioni Positive** il cui obiettivo è offrire uno strumento concreto di attuazione di specifiche azioni orientate alla promozione del benessere dei lavoratori e di contrasto alle discriminazioni;

EVIDENZIATO che il PIAO è stato aggiornato di concerto con la Direzione Sociosanitaria, con la S.C. Gestione e Sviluppo del personale, con la S.C. Controllo di

Gestione, con la Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con la S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, con la S.C. Gestione Acquisti, con la S.C. Marketing dei Servizi, ciascuno per le materie e sezioni di propria specifica competenza nella logica di integrazione, e snellimento delle procedure, richiesta dalla normativa di riferimento;

ACQUISITO il parere favorevole espresso dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni al quale è stato sottoposto l'aggiornamento del PIAO 2025-2027 che ha validato i contenuti, nonché il parere espresso dal Collegio Sindacale, per quanto di competenza, come da verbali agli atti;

RITENUTO di approvare l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, entro il termine del 31 gennaio 2025;

PRESO ATTO che, il Responsabile della SC Affari Generali e Legali, in qualità di Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità e la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. il parere del Direttore Sanitario e, vista la L. R. n. 23/2015, del Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di approvare** l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASST Rhodense (PIAO) triennio 2025-2027, Allegato n. 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che ricomprende e declina gli obiettivi contenuti nei seguenti atti programmatici: Piano della Performance, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), Documento di Organizzazione del Lavoro Agile, Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), Piano della Formazione e Piano delle Azioni Positive;
- 2. di dare atto che** l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento, il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze, così come individuate nel P.O.A.S. aziendale;
- 3. di pubblicare** l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 dell'ASST Rhodense sul sito internet dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente";

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri economici.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (*)

(Paola Bianco)

IL DIRETTORE SANITARIO (*)

(Giorgia Saporetti)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO (*)

(Emiliano Gaffuri)

IL DIRETTORE GENERALE (*)

(Marco Bosio)

**Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ed del D.Lgs. 7 MARZO 2005 n. 82
e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa*

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027



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

Indice

PREMESSA	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	4
2.1. Valore pubblico.....	4
2.2. Performance.....	20
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza.....	29
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	79
3.1. Struttura organizzativa.....	79
3.2. Organizzazione del lavoro agile	80
3.3. Piano triennale dei fabbisogni del personale.....	82
3.3.1 Formazione del personale.....	85
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	87
ELENCO ALLEGATI	87

PREMESSA

Il D.L. n. 80/2021, convertito in L. n. 113/2021, all'art 6, ha stabilito che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO) al fine di semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, adottando una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Con Deliberazione ASST Rhodense n.59 del 31 gennaio 2024 è stato adottato il PIAO (2024-2026) di durata triennale (con aggiornamento annuale) che, in conformità del sopra citato dettato normativo, ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche tra i quali:

- Piano delle Performance,
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT),
- Documento di Organizzazione del Lavoro Agile,
- Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (FTFP),
- Piano della Formazione,
- Piano delle azioni positive.

Il presente atto, di seguito esteso, costituisce aggiornamento del PIAO ASST Rhodense 2024-2026, aggiornamento effettuato previa verifica delle sezioni oggetto di necessaria revisione da parte delle Strutture e degli Uffici interessati, che ha lasciato invariate le parti non soggette a modifiche e/o aggiornamenti normativi e di fatto.

Il presente aggiornamento è stato sottoposto al vaglio del Nucleo di Valutazione delle Performance dell'ASST Rhodense in data 22 gennaio 2025 e al vaglio del Collegio Sindacale in data 28 gennaio 2025 e deliberato nei termini di legge (entro il 31 gennaio di ogni anno).

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23: "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha definito un modello organizzativo che prevede l'istituzione di nuovi soggetti giuridici; tra questi, l'art. 7 della suddetta legge, prevede la costituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali denominate ASST.

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

Alla luce di quanto sopra, Regione Lombardia con Deliberazione n. X/4477 del 10 dicembre 2015 ha istituito l'Azienda Socio Sanitaria – ASST – Rhodense, ex Azienda Ospedaliera "G. Salvini", con sede legale a Garbagnate Milanese, viale Forlanini n. 95, afferente all'ATS della Città Metropolitana di Milano.

SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione	ASST Rhodense
C.F. e P.IVA	09323530965
Sede legale	Viale Forlanini, 95 - 20024 Garbagnate Milanese
Telefono	02.994301
PEC	protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
Sito web	www.asst-rhodense.it

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1.VALORE PUBBLICO

La mission e i valori di riferimento

La mission dell'ASST Rhodense è quella di prendersi cura della persona in risposta ai suoi bisogni di salute, assumendo sempre più un ruolo pro-attivo nel processo di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione della popolazione e assicurando la disponibilità e l'accesso all'assistenza ospedaliera, ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio contemplati dai livelli essenziali di assistenza, mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate.

I valori di riferimento per il perseguimento della mission sono:

- il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale;
- la sicurezza e la tutela della salute;
- la valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale;
- l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, professionale e formativo;
- l'attenzione alla cronicità e alla fragilità, all'interesse della persona e della famiglia nell'ambito dell'utilizzo appropriato ed equilibrato delle risorse.

L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale ed assicurare l'informazione completa, accurata e tempestiva.

La vision

La vision intesa come realizzazione di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità della cura e dell'assistenza in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, continuità delle cure e prossimità per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, organizzative e tecnologiche.

L'Azienda si pone quale obiettivo sul lungo periodo di raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria con le proprie articolazioni rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere offerta nel contesto più appropriato e prestata con criteri di integrazione organizzativa, multidisciplinare e multiprofessionale.

La comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie rappresenta il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento.

La pratica professionale e clinica è guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si dispone di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.

L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza è offerta nel contesto più appropriato.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili;
- innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e allargando la gamma delle tipologie di servizio;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'EBM, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- incrementare l'integrazione delle articolazioni organizzative, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo tra diversi servizi, unità di offerta e livelli di erogazione, al fine di garantire la continuità di cure;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute;
- implementare la gestione per processi orizzontali, secondo logiche integrate tra funzioni amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- organizzare e gestire una reale presa in carico del paziente attraverso un'organizzazione basata sulla logica di rete.

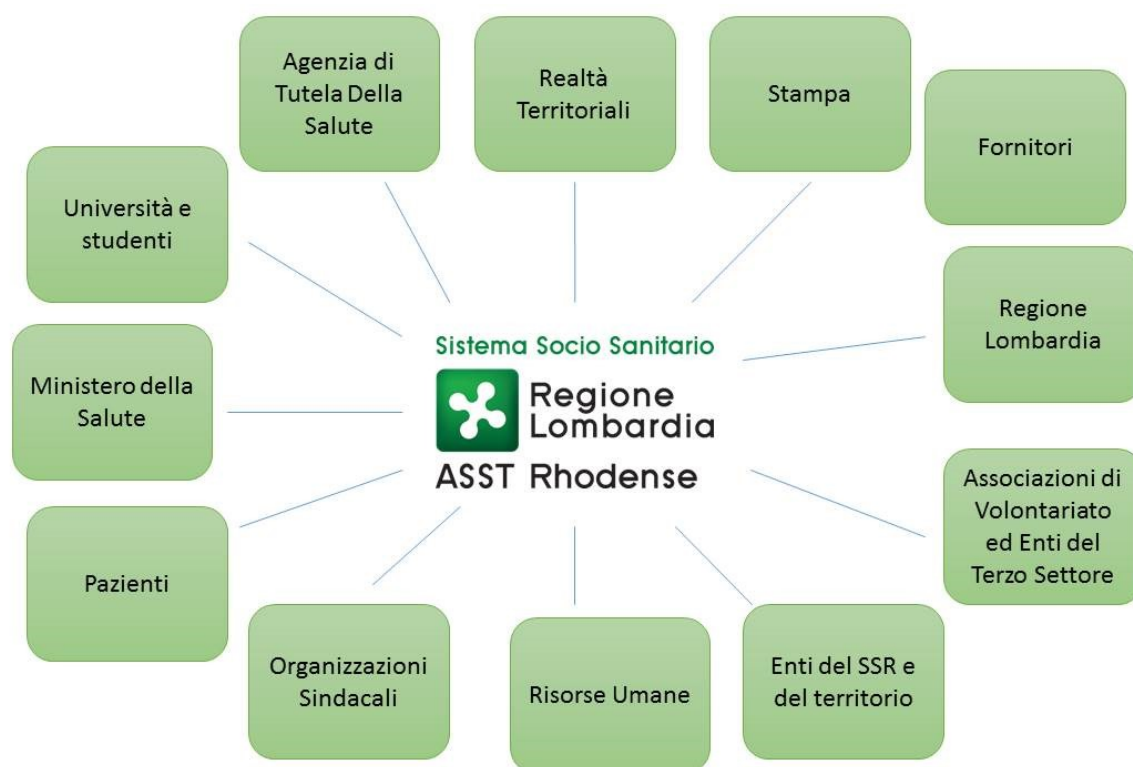
In coerenza con la legge n. 22/2021 e il PNRR si aggiungono alle finalità dell'ASST:

- l'approccio one health, finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute;
- il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione tra i servizi del sistema sociosanitario ed i servizi del sistema socio-assistenziale afferenti agli Enti Locali con tutti i servizi socio-sanitari;
- il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi;
- la promozione della medicina di genere;
- la collaborazione del SSR con il sistema produttivo (welfare aziendale, medicina del lavoro, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici).

Analisi degli stakeholders

L'analisi degli stakeholders (portatori di interesse a vario titolo) dell'ASST Rhodense ha lo scopo di identificare i soggetti portatori di un'attesa legittima, di varia natura, rispetto alle attività svolte dall'Azienda. L'individuazione degli stakeholder è strettamente correlata al concetto di VALORE PUBBLICO che l'ASST Rhodense genera attraverso la combinazione di diversi input, dal capitale umano alle risorse strumentali, organizzative e economiche.

Prima di passare all'analisi dettagliata dei singoli stakeholder, si riporta di seguito una rappresentazione grafica della mappatura e delle relazioni esistenti, che l'ASST gestisce con l'obiettivo di creare valore pubblico.



Ministero della Salute

Il Ministero della Salute determina i livelli essenziali di assistenza, definisce l'ammontare complessivo delle risorse destinate e vincolate al finanziamento del sistema sanitario nazionale e gli obiettivi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute, garantendo ai cittadini equità di accesso al sistema, coordinandosi con tutti i livelli di erogazione dei servizi socio sanitari.

Regione Lombardia

La L.R. 33/2009 di riforma del sistema sociosanitario ha posizionato Regione Lombardia come stakeholder strategico per l'ASST Rhodense. Regione Lombardia esercita infatti funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e l'ASST organizza le proprie attività anche in funzione degli obiettivi strategici fissati da RL, per garantire l'erogazione di determinati livelli quali-quantitativi di prestazioni, nel rispetto dell'equilibrio economico sostenibile.

Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano

Uno dei principali stakeholder di riferimento dell'ASST Rhodense è ATS Milano, Agenzia che svolge attività di programmazione ed indirizzo dell'attività sanitaria e socio-sanitaria.

ASST Rhodense promuove l'organizzazione in rete dei servizi sanitari integrati con ATS Milano, con l'obiettivo di contribuire al miglioramento continuo della qualità del Sistema Socio-Sanitario Lombardo e garantire la presa in carico dei cittadini ed il soddisfacimento dei loro bisogni.

Altri Enti del SSR e del territorio

L'ASST Rhodense instaura rapporti con altri Enti, pubblici e privati del SSR e del territorio di riferimento, nel rispetto delle procedure previste e della normativa vigente, al fine di creare percorsi di cura integrati

e garantire una migliore continuità assistenziale, utilizzando al meglio le risorse disponibili e con l'obiettivo di essere funzionali nell'assicurare la presa in carico dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dal SSR.

Fornitori

I fornitori che, a vario titolo, forniscono beni e/o servizi all'ASST sono una risorsa fondamentale per lo svolgimento dell'attività sanitaria.

L'ASST Rhodense svolge l'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi nel rispetto dei principi determinati dal D.Lgs. 36/2023 e s.m.i. "Codice degli appalti" e conforma la propria attività contrattuale ai principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza, nonché ai principi comunitari di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Università e studenti

L'ASST Rhodense promuove la collaborazione con il sistema universitario, nel rispetto delle rispettive competenze. L'Azienda favorisce l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione attiva degli studenti, mettendo a disposizione il proprio know how, per la realizzazione delle esigenze formative.

Pazienti/cittadini

L'ASST Rhodense riconosce l'utente/cittadino quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi e pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti.

L'Azienda si impegna a garantire il diritto di ogni cittadino ad accedere ai servizi erogati, senza alcuna discriminazione e assicurando piena informazione sui servizi sanitari e relative modalità di utilizzo. Viene garantita all'utente la possibilità di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, nonché a quelle che consentono di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la sua salute, nel rispetto della sua riservatezza.

I cittadini che non vedono soddisfatte le proprie aspettative hanno il diritto di presentare reclamo e di ricevere una risposta. A tale riguardo, all'interno dell'ASST Rhodense è presente l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che ha il compito di accogliere e gestire le segnalazioni degli utenti, promuovere azioni per il miglioramento della soddisfazione del cittadino/utente e individuare strumenti finalizzati all'ascolto e alla comunicazione con i cittadini.

Risorse umane

L'ASST Rhodense pone le risorse umane al centro del proprio sistema organizzativo, implementando politiche per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze tecniche e relazionali e promuovendo la realizzazione di interventi orientati a garantire la sicurezza degli ambienti di lavoro ed il benessere dei lavoratori. Le risorse umane sono lo stakeholder che condiziona la qualità delle prestazioni e influisce sulla soddisfazione del paziente/utente, contribuendo alla generazione di valore pubblico.

Organizzazioni sindacali

Le organizzazioni Sindacali possono essere considerati stakeholder portatori di interessi aggregati e orientati alla creazione di valore pubblico, attraverso tutte le attività correlate alla corretta gestione dell'informazione, alla consultazione, alla concertazione e alla contrattazione integrativa aziendale.

L'ASST Rhodense si relaziona con le organizzazioni sindacali con strumenti orientati alla chiarezza, pubblicità e alla trasparenza e confrontandosi secondo criteri e prassi definite dai CCNL, dalla normativa vigente e nel rispetto delle rispettive funzioni.

Associazioni di Volontariato ed Enti del Terzo Settore

Le Associazioni di Volontariato e gli Enti del terzo Settore sono una risorsa funzionale al miglioramento dell'organizzazione dei servizi e dell'esperienza di fruizione degli stessi da parte degli assistiti.

L'ASST Rhodense crea momenti di ascolto dedicato a tali soggetti, al fine di raccogliere proposte progettuali di collaborazione su specifici progetti, con particolare riguardo al potenziamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, in un'ottica di sussidiarietà, scambio e confronto di esperienze. Le Associazioni di Volontariato sono presenti sia nei Presidi Ospedalieri sia all'interno delle Casa di Comunità, per promuovere percorsi di integrazione socio-sanitaria ed assistenziale

In ASST è stato adottato il "Regolamento per la disciplina dei rapporti tra ASST Rhodense e Volontariato" finalizzato a disciplinare i rapporti con le Associazioni di Volontariato e fornire indicazioni ai diversi livelli di Responsabilità delle Unità Operative Aziendali. L'ASST Rhodense stipula con le Associazioni una convenzione, al fine di garantire, da un lato, una governance di Sistema relativa alla molteplicità di interazioni tra le diverse Unità Operative aziendali ed il mondo del Volontariato e, dall'altro, per valorizzare la partecipazione attiva del Terzo Settore.

Le attività condotte di concerto con le Associazioni di Volontariato (es. eventi dedicati alla prevenzione e alla promozione della salute, eventi formativi/informativi etc) sono finalizzate al consolidamento di una sinergia collaborativa, che vede al centro i cittadini e i loro bisogni di salute.

Stampa

La stampa è una risorsa importante per veicolare le informazioni che riguardano l'ASST e rappresenta una leva strategica di informazione verso i cittadini.

Il rapporto con la stampa è caratterizzato da uno scambio di informazioni bidirezionale (comunicati stampa e richieste specifiche da parte della stampa), anche con il fine di valorizzare i servizi sociosanitari offerti dall'Azienda.

La partecipazione attiva e il coinvolgimento dei portatori di interesse sono attuati attraverso un'efficace comunicazione, strumento mediante il quale gli stakeholders partecipano all'attività della Pubblica Amministrazione, con l'obiettivo di sviluppare un'organizzazione centrata sul paziente, che promuova la co-produzione dei servizi e sviluppi la healthliteracy nella popolazione ed una collaborazione istituzionale solida.

L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure illustrate nel presente documenti.

In questa sottosezione si definiscono i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte di tutti i cittadini, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

Indirizzi di Programmazione Strategica

Le risorse destinate al finanziamento e alla governance del sistema socio-sanitario regionale anche per l'esercizio 2025 devono tenere conto in particolare:

- della prosecuzione del percorso attuativo della riforma della approvata con L.R. 22 del 14/12/2021;
- delle azioni finalizzate al recupero delle liste di attesa;
- dei processi di attuazione delle azioni legate alla programmazione del PNRR;

- delle attività finalizzate alla presa in carico;
- della integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, con particolare attenzione ai bisogni dei pazienti fragili;
- di percorsi di efficientamento delle performance, regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016 e successivi aggiornamenti normativi;
- dell'attuazione dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Repertorio atto n. 151/CSR del 04/08/2021 recante gli aspetti normativi e i criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari e del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN di cui al DM 77 del 23/05/2022.

La strategia per il prossimo triennio 2025-2027 avrà, tra i diversi obiettivi, quello di utilizzare l'esperienza maturata dalla pandemia e trasformarla in un'opportunità di cambiamento e di miglioramento per l'Azienda.

In coerenza con le indicazioni nazionali e regionali sopra esposte, l'ASST vuole basare questo cambiamento sulle seguenti direttrici:

- Ottimizzazione della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi;
- Riorganizzazione della logistica degli utenti/pazienti, dei beni/dispositivi;
- Gestione delle relazioni intra ed extra aziendali;
- Valorizzazione delle competenze dei professionisti;
- Innovazione digitale.

Performance organizzativa e obiettivi

L'ASST nel corso del ciclo della performance integra agli obiettivi strategici aziendali anche i seguenti punti:

- gli obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati per il 2025 ai Direttori Generali delle aziende sanitarie sulla base dei contenuti della DGR XII/3720 del 30/12/2024 avente ad oggetto: "Determinazione in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2025" – Regole di Sistema 2025;
- i sistemi di valutazione della performance in sanità cui fa riferimento Regione Lombardia, nel dettaglio:
 - PNE – Programma Nazionale Esiti
 - NSG – Nuovo Sistema di Garanzia
 - Network delle Regioni - MeS Scuola Universitaria Superiore S. Anna
 - Sistema di valutazione degli ospedali lombardi
- gli obiettivi prestazionali individuati dall'ATS Metropolitana in sede di negoziazione nel contratto annuale per la definizione dei volumi di attività sanitaria;
- il collegamento con il Piano della trasparenza e anticorruzione – PTPCT.

Sulla base degli indirizzi di programmazione delle progettualità future sopra esposte, sono stati individuati gli obiettivi aziendali 2025-2027 così come indicati al successivo paragrafo dal titolo: "Matrice degli Obiettivi". Gli obiettivi sono stati formulati ed in taluni casi aggiornati nella descrizione e/o nell'indicatore, sulla base dei contenuti della sopra indicata DGR XII/3720 del 30/12/2024: gli stessi saranno, comunque, soggetti ad integrazioni/modifiche in base alle disposizioni regionali che interverranno nel corso dei prossimi mesi (Obiettivi Aziendali dei Direttori Generali, Contratti ATS, etc).

Nella declinazione degli obiettivi di budget sono state individuate tre macro aree così articolate:

- **Economicità:** impiego delle risorse e dei fattori produttivi;

- **Efficacia esterna:** orientamento al paziente, accessibilità, equità, personalizzazione delle cure, comunicazione;
- **Efficienza organizzativa:** gestione della qualità delle cure, reingegnerizzazione dei processi e programmazione sanitaria, formazione del personale.

Il ciclo della performance prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità, nelle fasi di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi; a garanzia del raggiungimento dei risultati, è sviluppato e strutturato un idoneo sistema di monitoraggio che prevede una puntuale misurazione degli indicatori.

L'assistenza ospedaliera

La riorganizzazione deve consentire di consolidare e implementare l'attività, qualificando ulteriormente la tipologia di servizi resi ai cittadini e valorizzando entrambi gli asset del sistema sanitario: l'assistenza per acuti, incluse diverse eccellenze; e l'assistenza territoriale, per assicurare l'assistenza di prossimità, secondo il modello di presa in carico stabilito dalla legislazione regionale anche attraverso la creazione di nuove strutture.

La logica sottesa al mantenimento dei tre Presidi Ospedalieri è quella di integrazione e differenziazione del profilo di offerta delle sue unità operative.

Azioni Strutturali

Il Polo ospedaliero

Innovazione e ammodernamento delle strutture:

Il progetto attorno al quale si svilupperà l'organizzazione nel prossimo futuro riguarda sia l'adeguamento alla prevenzione incendi e la messa in sicurezza, sia l'ammodernamento e l'adeguamento normativo delle strutture aziendali con particolare riferimento alle necessità di rispondere alle esigenze dettate nel piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR.

A seguito del finanziamento DL n.34/2020 Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale e dell'aggiornamento dato dalla DGR 11/5850 del 17/01/2022, sono stati ultimati i lavori per il miglioramento degli spazi dei reparti Pronto Soccorso e Unità Coronarica del Presidio di Rho.

Tali interventi si sono resi necessari per migliorare la presa in carico precoce dei pazienti acuti e, per affrontare le eventuali esigenze dovute alle emergenze epidemiologiche ed il potenziamento delle Aree Critiche (Terapia Intensiva e Sub Intensiva) con l'aumento dei posti letto.

Azioni organizzative

Il Polo ospedaliero

- Riorganizzazione del sistema produttivo

Al fine di incrementare massimizzare la produzione nell'area dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale, l'ASST si propone di fornire strumenti e metodi applicativi per ottimizzare i flussi del paziente dall'ingresso programmato o pronto soccorso alla dimissione dall'ospedale, con la diretta conseguenza di:

- rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a crescere la posizione per il trattamento di alcune patologie;
- rendere l'ospedale più ricettivo possibile tramite il controllo della programmazione delle dimissioni, attraverso strumenti di programmazione, di gestione del boarding e bed management;

- migliorare continuamente l'organizzazione per processi;
- ridurre le attese di posto letto per i pazienti in emergenza e urgenza, anche con riferimento ad eventi pandemici.

Le azioni strategiche previste sono:

- supportare gli organici;
 - ottimizzare le risorse e gli asset;
 - adeguare l'offerta alla domanda, tramite modelli di previsione anche in considerazioni di eventi pandemici.
- Allineamento assetto accreditato, e qualità DM 70/2015 e 77/2022

L'Azienda si sta adoperando per dare attuazione al nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico approvato da Regione Lombardia con DGR XII/3413 del 18/11/2024 avente a oggetto: “*Aggiornamento del piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense.*”

È in corso, inoltre, un'analisi puntuale dei requisiti di accreditamento, sia dal punto di vista strutturale, sia organizzativo, nell'ottica di migliorare l'aderenza agli stessi, non solo nel polo ospedaliero, ma anche nel polo territoriale. Il percorso prevede l'elaborazione di procedure generali volte a uniformare i comportamenti, e comprenderà anche una revisione delle attività all'interno dei dipartimenti, al fine di allineare l'organizzazione ai criteri e ai volumi del DM 70/2015 e s.m.i., nell'ottica del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'incremento della sicurezza delle cure.

- Implementazione nuovi modelli organizzativi

L'implementazione di nuovi modelli organizzativi a gestione infermieristica, ostetrica, e di altre professioni sanitarie e sociali caratterizzati da forte autonomia decisionale (quali ad esempio le degenze di comunità, il fast track in pronto soccorso, la gestione di ambulatori infermieristici e ostetrici, la consulenza delle professioni sanitarie, la gestione dei processi di tutela ed integrazione sociale, ...).

- Lo sviluppo di settori strategici aziendali quali l'accoglienza ed il marketing
- Riorganizzazione e digitalizzazione dei processi clinici, assistenziali e gestionali

Obiettivo strategico aziendale è l'ottimizzazione e la digitalizzazione dei processi sanitari e amministrativi.

La digitalizzazione dei processi clinici è uno degli obiettivi strategici più importanti del prossimo triennio. Infatti, l'emergenza da Covid-19 ha messo in luce alcune criticità dovute alla mancanza di digitalizzazione di tali processi.

Le principali implementazioni digitali che vogliono essere apportate sono:

- Tele-visite e tele-consulti: Come previsto dalla missione 6 – Salute del PNRR, la telemedicina sarà uno dei punti saldi della strategia del prossimo triennio. Nel 2021 l'ASST ha introdotto tale metodologia, tramite l'acquisizione di una piattaforma che ne permetta il corretto uso, in ottemperanza alle normative sulla privacy, che nel corso del biennio successive sarà estesa a tutte le aree cliniche ed assistenziali che ne possono usufruire, così da diminuire, dove possibile, il flusso di pazienti in entrata nel presidio ospedaliero.
- Acquisizione della cartella clinica informatizzata.

Alcuni ambiti oggetto di potenziamento, in continuità con il percorso già intrapreso, sono, in un'ottica di rete:

- potenziamento dei dipartimenti interaziendali. Accanto allo sviluppo di processi trasversali intra-aziendali, si assiste alla necessità di definire forme strutturate di collaborazione tra Enti diversi, finalizzate a supportare organizzativamente alcune reti clinico-assistenziali e alcuni servizi interaziendali, per garantire percorsi clinici integrati.
- iniziative di raccordo con gli Enti pubblici e privati Territoriali, per quanto riguarda la redazione e la condivisione di procedure e protocolli per azioni integrate che insistono su fasce di popolazione fragile e la stipula di accordi o convenzioni volte a coordinare e condividere risorse gestionali, professionali o finanziarie in una prospettiva di utilizzo efficiente e proficuo delle stesse.
- attivazione o riattivazione secondo il modello di governance definito dalla DGR n. XI/1694/2019 di diverse reti clinico assistenziali ed organizzative regionali e successivamente oggetto di Programmazione all'interno dalla DGR. n. XI /7758/2022 Seduta del 28/12/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023" (cosiddette Regole di sistema 2023).

Con la DGR n. XI/6893 del 5/09/2022 Regione Lombardia è intervenuta sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti di area medica, al fine di garantire l'adempimento a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 1/09/2019 secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza, debba essere inferiore alle 8 ore.

La DG Welfare ha definito con propri atti, sperimentalmente fino al 31.12.2022, il numero di posti letto che ogni IRCCS pubblico sede di pronto soccorso e ASST, devono quotidianamente e settimanalmente garantire per i ricoveri in area medica di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. In continuità con l'anno 2024 si lavorerà per intervenire sugli snodi che caratterizzano il flusso di dimissione dei pazienti dalle aree di degenza ospedaliera con lo scopo di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti.

Il Potenziamento della rete territoriale

Con la Legge Regionale n.22/2021, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, di AGE.NA.S e con il PNRR, ha preso avvio un profondo processo di riforma dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario regionale, con particolare attenzione alla revisione ed al rafforzamento della medicina territoriale.

Regione Lombardia con DGR XII/2089 del 25.03.2024 ha approvato le Linee di indirizzo per i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 co. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR. XII/1827/2024 e, con DGR XII/2167 del 15.04.2024, le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 (PDZ).

Il Polo territoriale rappresenta il luogo in cui il SSN, nelle sue articolazioni funzionali ed erogative che vede al centro il Distretto, si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali (Ambiti) proponendo un approccio intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e delle molteplici aree di competenza, con una *vision* orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale. Questo assetto consente, tra le altre cose, di massimizzare l'integrazione dell'intero sistema dei Servizi a vantaggio di una presa in carico integrata e intersettoriale dei bisogni in ottica preventiva, sia sul versante individuale, sia su quello collettivo.

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST Rhodense 2025-2027 viene adottato a seguito di incontri di progettazione condivisa con gli Ambiti Territoriali nonché del passaggio in Conferenza dei Sindaci, che in data 3.12.2024 ha espresso il parere obbligatorio ai sensi dell'art. 1, comma 5, let. h della

DGR XI/6762 del 25.07.2022 sul Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), approvato con deliberazione del DG n. 1116 del 09.12.2024.

Diverse sono quindi le aree strategiche in cui i territori devono lavorare ad una maggiore sistematizzazione della cooperazione e del coordinamento al fine di garantire livelli ottimali di integrazione sociosanitaria. In primo luogo, quello della presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari che rappresentano il prerequisito perché i servizi territoriali funzionino come una filiera integrata.

In secondo luogo, la residenzialità e la domiciliarità, dove è necessario perseguire il pieno coordinamento degli interventi SAD e Cure Domiciliari e la costruzione di piani individuali integrati.

In terzo luogo, tutti i settori connessi agli interventi e ai servizi per i minori e le famiglie in condizioni di disagio, gli interventi per giovani e minori a rischio, oltre ai percorsi di sostegno alla genitorialità dove l'intervento di diverse competenze professionali devono concorrere alla corretta valutazione della genitorialità per garantire la realizzazione dei progetti personalizzati di intervento e, auspicabilmente, operare per implementare l'effettiva capacità di prevenzione e di contrasto ai fenomeni di violenza familiare, di abuso e di maltrattamento.

La progettazione e la funzionalità condivise dei nuovi Punti Unici di Accesso (PUA), la definizione di piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti come le Centrali Operative Territoriali (COT), poste all'interno dei Distretti Sanitari, sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione d'intenti dei principali attori del sistema sociosanitario e assistenziale del territorio, anche attraverso l'introduzione di logiche e strumenti volti a riconoscere e valorizzare le reti di comunità.

Per dare attuazione alla Legge Regionale 14 dicembre 2021 - n. 22, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, di AGE.NA.S. e con il PNRR, l'Azienda sta affrontando un grande sforzo di tipo progettuale e programmatico. In primo piano l'impegno per la realizzazione dei nuovi servizi/unità d'offerta (OdC, CdC, COT) della sanità territoriale, che si accompagna a quello per la costruzione di nuovi modelli di erogazione e di governo efficiente della fase di transizione.

Ospedale di Comunità - ODC

Gli Ospedali di Comunità (OdC) sono strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

Gli ospedali di comunità contribuiscono a fornire cure più appropriate riducendo, ad esempio, gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari.

L'ospedale di comunità consente anche di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti:

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte

di fornitura di ausili); supporto e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi, PDTA o protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Gli OdC, nella loro veste di strutture sanitarie territoriali di ricovero che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale distrettuale, devono costituire un modello alternativo all'ospedale. La loro vocazione, infatti, è più centrata sull'assistenza e sull'umanizzazione delle cure, che vede il paziente come persona inserita nel suo contesto di vita. L'intervento, quindi, deve assumere una portata più completa e tenere conto di tutte le dimensioni esistenziali del paziente, comprese quella sociale e le relazioni del territorio. Fondamentale è l'integrazione degli OdC con gli altri servizi sanitari e sociosanitari del territorio: cure domiciliari, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, servizi sociali dei Comuni, valorizzando e garantendo il raccordo con le Centrali Operative Territoriali. L'approccio gestionale fondante degli OdC è quindi multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in modo che tutte le competenze e le risorse della comunità possano interagire insieme nella risposta al cittadino. Anche per questo è chiamato Ospedale "di Comunità", a richiamare una struttura di prossimità integrata nella comunità locale, aperta alle associazioni di volontariato, dove il cittadino possa trovare risposte qualificate e capaci di costruire rapporti di fiducia e reciprocità che integrino risposte sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Casa di Comunità – CdC

La Casa di Comunità (CdC) deve rappresentare il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa. La CdC è un modello di servizio, non di erogazione; ha una popolazione di riferimento, cioè un proprio territorio ed una propria comunità; è orientata alla prossimità dei servizi; non attende il manifestarsi dei problemi ma è proattiva.

In coerenza con le funzioni innovative che ci si aspetta dalla realizzazione delle Case della Comunità qui di seguito alcune proposte che ASST Rhodense considera strategiche:

- Definizione chiara del bacino di utenza della Case della Comunità.
- Integrazione con il Distretto per poter effettuare regolarmente analisi dei bisogni di salute dei territori e delle comunità.
- Integrazione del personale amministrativo con gli operatori sanitari.
- Definizione formale dei margini di autonomia degli infermieri di famiglia e comunità in una prospettiva di lavoro su MICROAREE territoriali.
- Inserimento strutturale della figura dello psicologo di comunità nell'équipe di cure primarie.
- Possibilità per i giovani medici di medicina generale di avviare la loro professione all'interno delle Case della Comunità.
- Riorganizzazione degli ambulatori specialistici con una visione territoriale in integrazione con i medici di medicina generale.
- Accesso diretto ai servizi principali delle Case della Comunità.
- Integrazione dei consultori con le Case della Comunità per una maggiore attenzione e presa in carico dei problemi dell'infanzia e della salute di genere.
- Organizzare una formazione specifica per i sindaci sui rapporti con la Case della Comunità.

- Ridefinizione e valorizzazione del rapporto delle Case della Comunità con i comuni, i territori, le comunità locali e il terzo settore.
- Inserimento della formazione del lavoro in équipe nei percorsi di formazione continua degli operatori delle Case della Comunità.

Centrale Operativa Territoriale – COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra le strutture e i professionisti in essa coinvolti.

Gli standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali sono descritti nel Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

La COT svolge un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti tra i diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere, rete dell’emergenza-urgenza) al fine di garantire la continuità, l’accessibilità e l’integrazione delle cure.

Svolge la propria attività prevalentemente a livello distrettuale.

Gli standard di personale della COT prevedono la presenza del coordinatore infermieristico, di infermieri e di personale di supporto. È un servizio operativo 7 giorni su 7.

La COT può essere attivata a titolo esemplificativo ma non esaustivo da:

- personale distrettuale e ospedaliero
- medici di medicina generale (MMG) / pediatri di libera scelta (PLS)
- medici di continuità assistenziale
- medici specialisti ambulatoriali
- personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Svolge una funzione di supporto in back office con un target costituito da casi complessi dell’area della fragilità e da pazienti affetti da patologie croniche.

Fornisce un supporto sia nel flusso step down, dall’ospedale verso le strutture territoriali/domicilio, che nel flusso step up, dal territorio verso le strutture intermedie e l’ospedale.

Fornisce un supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG - PLS - medici specialisti – infermieri di famiglia e comunità - IFeC) rispetto alle attività e ai servizi distrettuali.

Si occupa della raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso sistemi di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC) e dei pazienti in assistenza domiciliare e gestisce la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health) utilizzata operativamente dalle Case di comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto.

Piattaforma per il Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)

Supporto per l'erogazione dei servizi sociosanitari e per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Le attività di sviluppo evolutivo delle funzionalità applicative e dei servizi di integrazione del Sistema di Gestione Digitale del Territorio coinvolgono gli operatori delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità e tutti gli operatori sociosanitari che partecipano allo svolgimento dei processi assistenziali territoriali.

Azioni Strutturali

L'ASST Rhodense agisce nel rispetto della programmazione disposta dalla specifica normativa regionale che prevede:

- il potenziamento della Rete Territoriale da portare a compimento entro 3 anni dalla data di entrata in vigore della Legge 22 (dicembre 2024);
- l'istituzione dei Distretti (delib. n. 307 del 23/03/2022) e le nomine dei relativi Direttori (delib. n. 357 del 30/03/2022 e n. 92 del 24/01/2023);
- La realizzazione delle COT;

Secondo quanto stabilito dal cronoprogramma regionale sono state attivate nel 2022, in modalità provvisoria, le seguenti strutture:

- Ospedale di Comunità di Passirana di Rho (22/03/2022);
- Casa di Comunità di Bollate (25/07/2022);
- Casa di Comunità di Passirana di Rho con COT (30/09/2022);
- Casa di Comunità di Corsico (19/12/2022);
- Casa di Comunità di Settimo Milanese (23/12/2022).

Nel 2023 è stata attivata in modalità provvisoria la seguente struttura:

- Casa di Comunità di Paderno Dugnano (20/12/2023).

Nel 2024 sono state attivate le seguenti strutture:

- COT Garbagnate Milanese, Via per Cesate, 62 (20/05/2024);
- COT di Arese, Via Col di Lana, 10 (20/05/2024);
- COT di Corsico, Via Marzabotto, 12 (20/05/2024);
- COT di Passirana, Via Settembrini, 1 (20/05/2024);
- COT di Bollate, Via Piave, 20 (25/07/2022 già attiva in forma provvisoria).

In continuità con quanto sopra rappresentato si prevede di procedere nel cronoprogramma di attivazione, secondo quanto previsto dal Piano Operativo Regionale approvato con DGR n. 6426 del 23/05/2022 e s.m.i., così come riportato nella tabella che segue:

TIPOLOGIA STRUTTURA	Comune	DATA ATTIVAZIONE
ODC	BOLLATE	Luglio 2025
CDC	GARBAGNATE MILANESE	Novembre 2025
CDC	LAINATE	Marzo 2026
CDC	SENAGO	Marzo 2026
CDC	CORNAREDO	Marzo 2026

Azioni organizzative

Il nuovo modello organizzativo è orientato a cogliere e valorizzare le risorse formali, informali e del Terzo Settore presenti sul territorio di riferimento, in ottica di coprogettazione e di “Welfare di Prossimità” e integra le attività già in essere con gli aspetti innovativi di seguito riportati.

Distretti

Secondo quanto previsto dalle linee di sviluppo nazionali e regionali, il Distretto assume un ruolo chiave in quanto si configura come sede fisica di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti.

Nel nuovo contesto normativo il Distretto deve rappresentare un cambiamento di paradigma importante nella costruzione dell'offerta territoriale, assumendo un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali. Rappresenta altresì il punto organizzativo dedicato alla continuità assistenziale e all'integrazione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, sociosanitari ed è chiamato a produrre un coordinamento virtuoso con le politiche sociali in capo agli Ambiti e ai Comuni. In quest'ottica di innovazione il Distretto è anche lo spazio di governance all'interno del quale operano nuove strutture territoriali come le Case di Comunità, luoghi di integrazione e coordinamento tra i diversi servizi territoriali, chiamate a presidiare l'effettiva innovazione della filiera erogativa del welfare territoriale, nonché strutture che possano rappresentare lo spazio naturale per l'innovazione.

Dipartimento funzionale di Prevenzione

Istituito nel 2022, ha funzioni di riferimento e di coordinamento delle azioni di prevenzione relative al Territorio nell'ambito delle sue funzioni di raccordo con la ATS.

Attraverso l'erogazione di servizi di prevenzione, la sorveglianza/prevenzione malattie persegue il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati.

Dipartimento Cure Primarie

Istituito nel 2022. La medicina di base e le cure primarie erogano l'assistenza che rappresenta la cosiddetta prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale. La costituzione del Dipartimento richiede l'istituzione di una rete regolata, ponendo attenzione alle maglie più che ai nodi, e quindi agli strumenti necessari per il suo funzionamento, in primo luogo il trattamento delle informazioni e l'automazione dei processi, l'impiego efficace delle risorse e infine, ancora la conoscenza.

Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

Persegue l'integrazione dei servizi psico-socio-educativi del Dipartimento con le corrispondenti aree distrettuali, valorizzando il ruolo di coordinamento e realizzazione di comunità professionale dei servizi di Psicologia Clinica e Sociale Aziendale.

Ambiti Sociali, Enti locali e loro Aziende o Fondazioni Sociali

Integrazione dei servizi offerti con l'obiettivo di condividere percorsi e protocolli, anche utilizzando strumenti e progettualità già individuati dagli Accordi di Programma per l'attuazione dei Piani di Zona

Triennali e dagli obiettivi di integrazione sociale-sociosanitaria previsti dalle missioni 5 e 6 del PNRR (disabilità e marginalità sociale, casa come primo luogo di cura).

A seguito della modifica del funzionigramma della SC Direzione Funzioni Polo Territoriale, recepita con la deliberazione n. 1073 del 22.11.2024 “ Presa d’atto della DGR N. XII/3413 del 18/11/2024 di approvazione dell’aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024”, la funzione e le attività dell’ex Ufficio “Rapporti con enti e istituzioni”, sono state attribuite alla SC Funzioni Polo Territoriale per quanto attiene ai rapporti con gli organismi istituzionali (Conferenza dei Sindaci, Consiglio di Rappresentanza, Assemblee distrettuali, Organismi consultivi, Cabina di Regia).

Nel corso delle Assemblee Distrettuali del mese di dicembre del 2024 sono stati approvati i Piani di Zona 2025-2027 dei rispettivi ambiti territoriali. Nello specifico:

-nella seduta dell’11.12.2024 è stato approvato il Piano di Zona dell’ambito Garbagnatese deliberato con atto nr. 1237 del 27.12.2024;

-nella seduta del 13.12.2024 è stato approvato il Piano di Zona dell’ambito Corsichese deliberato con atto nr. 1235 del 27.12.2024;

-nella seduta del 19.12.2024 è stato approvato il Piano di Zona dell’ambito Rhodense deliberato con atto nr. 1236 del 27.12.2024.

Sistema allargato di Cure Domiciliari

Obiettivi prioritari sono l’attivazione e l’ampliamento del sistema delle cure in osservanza al principio “casa come primo luogo di cura” e gli obiettivi di presa in carico stabiliti al PNRR (10% della popolazione >65 anni). Le azioni attraverso le quali si declinerà l’obiettivo sono le seguenti:

- la valorizzazione della figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità all’interno del Polo Territoriale;
- l’estensione del Sistema di Presa in Carico del paziente cronico e fragile (PIC) attraverso i Distretti, quali sede dell’integrazione tra professionisti (MMG/PLS e specialisti);
- l’intensificazione del dialogo con la medicina territoriale al fine di rendere centrale il ruolo del MMG/PLS nel percorso di cura dei propri assistiti ed in particolare dei pazienti affetti da malattie croniche; queste attività prevedono anche la collaborazione con corso di specializzazione MMG per l’esecuzione di stage formativi presso le Case Di Comunità;
- la definizione (sia per erogatori pubblici che privati accreditati e a contratto) di protocolli e percorsi gestiti dalle COT per le dimissioni dei pazienti fragili e la regolamentazione del relativo progetto individuale (con il coinvolgimento di MMG, specialisti e assistenti sociali);
- lo sviluppo di forme di collaborazione con le organizzazioni di MMG (CRT, medici in associazione, cooperative);
- l’assistenza domiciliare quale prima scelta del paziente dimesso, con un’organizzazione che gradualmente dovrà essere in grado di arrivare all’obiettivo di garantire un’assistenza in ADI ad almeno il 10% degli over 65;
- l’adozione di strumenti per l’assistenza domiciliare per il telemonitoraggio di pazienti fragili a domicilio;
- la gestione integrata delle Cure Palliative, della fornitura protesica e farmaceutica, delle misure economiche e prestazionali di assistenza integrativa;
- la partecipazione alla ricomposizione delle risorse per la risposta personalizzata e inclusiva ai bisogni della persona e della famiglia (Dopo di Noi, Pro.Vi.).

Il sistema risponde in modo particolare ai bisogni di tre target principali che possono combinarsi variabilmente tra di loro:

- pazienti che devono essere sostenuti nella transizione verso il proprio domicilio;
- pazienti affetti da patologie croniche che richiedono periodicamente prestazioni di counseling, supervisione o erogazione di specifiche prestazioni infermieristiche, riabilitative o cliniche;
- pazienti in cui prevalgono condizioni di non autosufficienza e bisogni combinati di tipo sociosanitario e socio-assistenziale.

Come già evidenziato, il sistema concorre al raggiungimento dell'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il 2025 a livello nazionale almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con il coinvolgimento di tutti gli attori (pubblici e privati accreditati) della Rete Territoriale.

Punto Unico di Accesso – PUA

Sito nelle Case di Comunità, è il luogo di accoglienza, informazione e orientamento del cittadino e opera in stretto contatto con la COT distrettuale, al fine di assicurare un accesso diretto, unitario e facilitato, appropriato ed integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con le politiche sociali - Disabilità e fragilità: linee di intervento per una presa in carico globale della persona

Attraverso strutture e funzioni dedicate, e la stretta integrazione operativa con i Distretti, si perseguirà l'obiettivo di proporre, strutturare, monitorare e rendere disponibili tutti i servizi pertinenti ed erogabili per le persone affette da disabilità fisica, psichica e/o sensoriale e con caratteristiche di fragilità, attraverso plurime aree di azione, complementari e coordinate, per la presa in carico globale del soggetto disabile e/o fragile. In particolare:

- il coordinamento dei percorsi della Disabilità Intellettiva dell'età adulta avrà lo scopo di orientare e consolidare l'approccio in favore della persona affetta prevalentemente da disabilità intellettiva, favorendo la presa in carico globale e integrata dei suoi bisogni in alleanza con la famiglia;
- il coordinamento dei percorsi della Disabilità e Fragilità si farà carico dei pazienti disabili e/o fragili, non autosufficienti, con bisogni socio-assistenziali complessi, prevedendo l'organizzazione e la gestione di percorsi socio sanitari orientati sia all'interno dei presidi ospedalieri sia nella rete territoriale;

Area Tutela della Famiglia

Il Coordinamento Attività Consultoriali, nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto, garantisce le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza. Ha la responsabilità di coordinare tutte le attività della rete consultoriale del territorio e della presa in carico dell'area femminile e della famiglia nel suo complesso.

In particolare, si punterà allo sviluppo della funzione di tutela della condizione materno infantile, con il compito precipuo di presidiare e far evolvere il percorso nascita in ambito consultoriale e nei rapporti con il Polo Ospedaliero, favorendo l'interscambio con la SC Ostetricia e Ginecologia e l'indirizzamento verso i punti nascita aziendali..

Qualità del fine vita

Attraverso la presa in carico e lo stretto coordinamento con tutti gli attori della rete delle Cure Palliative, i luoghi di cura e la presenza territoriale, si garantirà la continuità delle Cure Palliative dall'ospedale al

domicilio e all'Hospice, la globalità dell'intervento terapeutico centrato sulla qualità della vita residua della persona e il pieno rispetto dei valori della persona, anche attraverso la partecipazione della famiglia e l'integrazione nella rete dei servizi sanitari e sociali.

La Direzione Sociosanitaria supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica:

- la continuità assistenziale;
- il raccordo tra il Polo Ospedaliero e quello Territoriale;
- l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

2.2. PERFORMANCE

LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

La programmazione strategica aziendale trova attuazione nel ciclo della performance che prevede la redistribuzione degli obiettivi aziendali alle articolazioni organizzative attraverso lo strumento del budget.

Il ciclo della performance coinvolge le strutture aziendali, identificate come centri di responsabilità, nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi; lo stato di avanzamento relativamente al raggiungimento dei risultati viene valutato mediante idoneo sistema di monitoraggio che prevede la puntuale misurazione degli indicatori.

In questa fase gli obiettivi trovano origine dalle principali linee strategiche che l'azienda intende perseguire nel triennio (performance aziendale) seguendo le indicazioni delle linee guida nazionali e regionali (Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale, Regole di sistema regionali, Obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale). Regione Lombardia, con DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 avente a oggetto: "Determinazione in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2025" – Regole di Sistema 2025, ha determinato le linee di indirizzo per l'anno in corso; le stesse trovano sviluppo a partire dagli indirizzi strategici definiti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2024 – 2018 (PSSR). Gli indirizzi traggono fondamento, a loro volta, dalla complessità del tessuto socio-sanitario della popolazione lombarda caratterizzato da: invecchiamento della popolazione, riduzione della natalità e conseguente aumento delle famiglie unipersonali.

Alla luce di quanto sopra, l'Azienda ha individuato gli obiettivi 2025 – 2027, non discostandosi comunque dai principi cardine quali:

- Equilibrio di bilancio;
- Rispetto dei tempi di pagamento;
- Rispetto della produzione a contratto (ricoveri/ambulatoriali/psichiatria);
- Efficientamento del flusso dei pazienti da Pronto Soccorso;
- Adesione a gare centralizzate/aggregate/consorziate/servizi in concessione;
- Programmi di screening oncologici.

Si ribadisce che la matrice degli obiettivi sotto riportata sarà oggetto di eventuali modifiche e integrazioni dettate dall'emissione di atti di indirizzo da parte di Regione Lombardia nel corso dei prossimi mesi.

MATRICE DEGLI OBIETTIVI

Alla luce di quanto sopra esposto, vengono di seguito riportati gli obiettivi aziendali 2025-2027.

POLO OSPEDALIERO	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Efficacia esterna <i>Programmi di screening oncologici</i>	1. Rispetto dei target di <i>screening mammografico</i> 2. Rispetto dei target di <i>screening del colon retto</i> 3. Rispetto dei target di <i>screening cervice uterina</i> 4. Rispetto dei target di <i>screening</i> per l'eliminazione del <i>virus HCV</i> 5. Avvio <i>screening del tumore del polmone e della prostate</i> 6. Introduzione, presso le <i>Case di Comunità</i> , dell'attività di ingaggio del Cittadino agli screening oncologici	a) Raggiungimento della piena copertura del target individuate da ATS; b) rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di II livello ove previsto	Anno 2025- 2027
Efficacia esterna Monitoraggio dei Tempi/Liste di Attesa - Rيوeri	Ricoveri chirurgici programmatici: a)percentuale di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmatic – classe di priorità A b)percentuale di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmatic – tutte le classi di priorità	a)target 2025 = 88% target 2027 = 90% b)target 2025 = 88% target 2027 = 90%	Anno 2025-2027
Efficacia esterna Monitoraggio dei Tempi/Liste di Attesa - Ambulatoriale	Miglioramento del livello di servizio relativo all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero	Piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni;	Anno 2025-2027
Efficienza organizzativa Ricetta dematerializzata	Miglioramento continuo dei valori percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata	Graduale miglioramento della percentuale fino ad arrivare al target del 90% alla fine del triennio	Anno 2025-2027
Efficacia esterna Vaccinazioni	Garantire le coperture vaccinali così come previsto dal PRPV vigente - Rispetto dei target relativi al numero di vaccinazioni	a)Monitoraggio del numero di somministrazioni nei centri vaccinali e domiciliari. b)Attivazione del software ARVAX e dismissione entro il 31/12/2025 del software SIAVR	Anno 2025-2027

POLO OSPEDALIERO	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
<i>Efficacia esterna Attività di donazione di organi e tessuti</i>	Rispetto degli Obiettivi di procurement assegnati all'ASST, declinati all'interno del Programma regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2025 – 2027 – predisposto dal CoRe ed emanate da DGW con apposite decreto entro febbraio 2025	Rispetto degli obiettivi assegnati nonché attuazione delle raccomandazioni/rilievi indicate nei verbali di ATS/CRT a seguito di audit effettuati in material presso l'ASST Rhodense.	Anno 2025-2027
<i>Efficienza organizzativa Pronto Soccorso</i>	Implementazione di una modalità organizzativo-gestionale flessibile per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dal sovraffollamento legato all'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso	a) Rendicontazione dei flussi previsti da Regione Lombardia nel rispetto dei tempi previsti b) Analisi dei dati forniti da AREU al fine di una migliore Gestione del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso c) Rispetto delle indicazioni regionali riferite alla messa a disposizione di letti di area medica per gestire le situazioni di sovraffollamento	Anno 2025-2027
<i>Efficienza organizzativa LEA Nuovo Sistema di Garanzia - NSG</i>	Analisi dipartimentale e discussione delle risultanze in sede di comitati di Dipartimento	Presenza panel e produzione idonei report ai Direttori di Dipartimento	Anno 2025-2027
<i>Efficienza organizzativa CUP unico regionale</i>	Messa a regime del CUP unico regionale	a) Rispetto delle tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare; b) Attività propedeutiche, in capo alle singole ASST, volte all'avvio e messa a regime del CUP Unico regionale (es. verifica e bonifica anagrafiche, verifica ed aggiornamento delle codifiche degli esami e prestazioni ambulatoriali con associazione alle codifiche regionali, implementazione delle procedure per la migrazione dei dati - CUP locale/CUP regionale, etc.) secondo le tempistiche stabilite dalla DGW.	Anno 2025-2027

POLO OSPEDALIERO	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
<i>Efficienza organizzativa Piano Pandemico - PANFLU</i>	Definire le azioni da intraprendere per ridurre gli effetti di una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria sulla salute della popolazione, riducendone la trasmissione, la morbilità e la mortalità.	a)Attivazione di un' esercitazione all'anno. b)Presenza e gestione delle scorte di magazzino di DPI e DM – almeno un mese di scorte; *utilizzo del gestionale SASHA; *attivazione Hotspot infettivologico.	Anno 2025-2027

RETE TERRITORIALE	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Efficienza organizzativa <i>Potenziamento rete territoriale</i>	Rafforzare il ruolo del Distretto creando al proprio interno: - Ospedale di Comunità - Casa di Comunità	a) Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare- b) Definizione del processo di continuità di cura tra ospedale e territorio, strutturando il percorso di dimissione protette tramite COT	Anno 2025-2027
Efficienza organizzativa Attuazione legge regionale n. 22/2021	Articolare Il Polo Territoriale nelle strutture organizzative e nei Dipartimenti previsti dalla LR 22/2021, dal POAS (ultimo aggiornamento: DGR XII 3413/2024 – Deliberazione n. 1073 del 22.11.2024) – Regole di Sistema	Attuazione delle previsioni normative e aziendali, con il completamento dell'assetto funzionale (attuazione del funzionigramma con ultimo aggiornamento POAS e delle Regole di Sistema)	Anno 2025-2027
Efficacia esterna Presa in carico del paziente cronico/fragile (PIC) e del paziente ADI	Attività di presa in carico dei pazienti cronici, con particolare riferimento al setting domiciliare	a) Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL – raggiungimento target stabiliti da ATS b) Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo per il setting domiciliare: coinvolgimento strutturato degli MMG nei percorsi di attivazione del Sistema di Cure Domiciliari	Anno 2025-2027

RETE TERRITORIALE	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
<i>Efficacia esterna Affermazione e consolidamento del ruolo dell'Asst Rhodense nel sistema di governance della rete interistituzional e territoriale</i>	Attuazione delle linee guida regionali e degli indirizzi della dg welfare per definire, strutturare e consolidare il raccordo interistituzionale con gli enti locali e le associazioni di volontariato del territorio, attraverso gli organi e gli organismi istituzionali di asst rhodense formalmente costituiti attraverso la realizzazione di quanto declinator nel PPT e negli accordi di programma	Realizzazione, secondo quanto previsto nel PPT dei progetti di integrazione socio sanitaria anche attraverso il costante coinvolgimento degli organismi deputati alla programmazione interistituzionale integrate (cabina di regia di ASST, organismi consultivi distrettuali con il coinvolgimento costante degli ETS) e allineamento con gli organismi di rappresentanza dei sindaci.	Anno 2025-2027
<i>Efficacia esterna Consolidamento dell'attività del Dipartimento Funzionale di Prevenzione</i>	Attuazione del PRP e degli atti di indirizzo DG Welfare per la rete della Prevenzione	a)Declinazione ed aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale e dei Piani Operativi Locali per il Polo Territoriale. b)Attuazione, nei tre Distretti, in sinergia con il Dipartimento di Prevenzione di attività di promozione della salute con particolare riferimento all'invecchiamento attivo	Anno 2025-2027
<i>Efficacia esterna Potenziamento degli strumenti di rete</i>	Implementazione del modello delle reti clinico-assistenziali, con focus sull'integrazione ospedale-territorio.	a)Riorganizzazione e potenziamento della rete della tutela materno-infantile, secondo le indicazioni sul riordino dei Consultori Familiari indicate nelle Regole di Sistema 2025 b)Riorganizzazione della presa in carico utenza con disabilità psichica in età giovanile e adulta attraverso la predisposizione di protocolli per la definizione del percorso di continuità di presa in carico	Anno 2025-2027

RETE TERRITORIALE	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Efficienza organizzativa Cure primarie	Dipartimento Cure Primarie	Viene confermato il percorso di sviluppo di un modello di presa in carico del paziente cronico da parte del MMG/PLS, che sarà semplificato ed integrato con la nuova rete d'offerta prevista dal PNRR. Particolare attenzione verrà data all'implementazione della telemedicina, telemonitoraggio e teleconsulto	Anno 2025-2027

SISTEMA AZIENDALE	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Efficienza organizzativa Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale alla Direzione Generale Welfare Riscontri ANAC	Anno 2025-2027
Economicità Bilanci	Certificabilità dei Bilanci	Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazioni regionali. Partecipazione ai GdL regionali per l'aggiornamento delle procedure PAC e per la definizione dei rischi e loro valutazione	Anno 2025-2027
Economicità Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziari nei programmi di investimento	Rispetto delle scadenze stabilite dal cronoprogramma del PNRR e tutti i finanziamenti regionali da Regione Lombardia. <u>Polo Ospedaliero</u> = mantenimento e riqualificazione delle strutture, impianti e apparecchiature <u>Rete Territoriale</u> = interventi di cui al PNRR Missione M6C1 destinati alle azioni finalizzate alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e come previsto dalle DD.G.R. n. XI/6282/2022 e n. XI/7593/2022.	Anno 2025-2027
Efficienza organizzativa Sistemi informative	Implementazione delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;	a) Rispetto delle scadenze stabilite dal cronoprogramma del PNRR e da Regione Lombardia. <u>Polo Ospedaliero</u> =	Anno 2025-2027

SISTEMA AZIENDALE	OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
		ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali dei Presidi Ospedalieri mirati al miglioramento della digitalizzazione dei Dipartimenti Aziendali di volta in volta identificati dalla Direzione Strategica; attivazione della Cartella Clinica Elettronica – CCE secondo le tempistiche stabilite da cronoprogramma regionale. <u>Rete Territoriale</u> = Gestione Digitale del Territorio e Telemedicina con particolare riferimento all'introduzione della nuova piattaforma regionale b) Miglioramento continuo del livello di Sicurezza e disponibilità dei sistemi informativi. c) attuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla trasformazione del Fascicolo Sanitario	
Economicità Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla norma vigente	Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)	Anno 2025-2027
Efficienza organizzativa Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Rispetto tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;	Anno 2025-2027
Efficienza organizzativa Olimpiadi invernali del 2026	Collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026;	a)Rispetto delle indicazioni e tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare; b)agevolare la disponibilità di tutto il personale sanitario e tecnico per tutto il periodo dei giochi olimpici – attività svolta fuori orario di servizio	Anno 2025-2026

Il Piano triennale di azioni positive

In ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato annualmente.

Il Piano Triennale di Azioni Positive, oltre a configurarsi come adempimento ad un obbligo di legge, vuole porsi come strumento concreto di attuazione di specifiche azioni orientate alla promozione del benessere dei lavoratori e di contrasto alle discriminazioni.

Per le annualità 2025-2027 sono state identificate, -anche in continuità con le attività del Comitato Unico di Garanzia svolte gli anni precedenti - le seguenti azioni positive, suddivise per macro-aree come sotto riportate:

AZIONI POSITIVE 2025-2027	ATTIVITÀ
Area di formazione ed aggiornamento	✓ Attività di formazione per i componenti del CUG. ✓ Promozione dell'informazione e della formazione al fine di sviluppare conoscenze specifiche sul ruolo e l'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG), nonché in tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni. ✓ Promozione dell'aggiornamento professionale finalizzato al miglioramento delle competenze nonché alla diffusione delle informazioni. ✓ Partecipazione alle attività della rete del CUG di Regione Lombardia ✓ Aggiornamento professionale in occasione di lunghe assenze dal servizio o cambiamento di contesto di lavoro. ✓ Formazione specifica per area e/o professionalità. ✓ Collaborazione con le strutture aziendali, in particolare cabina di regia WHP e UO Medicina del lavoro per la realizzazione congiunta di iniziative formative volte a favorire il ben-essere dei dipendenti in azienda. ✓ Realizzazione di iniziative formative programmate e realizzate dal CUG in relazione al tema del contrasto alla violenza di genere, al fine di far conoscere le Reti attive sul territorio di competenza di ASST Rhodense e i protocolli di collaborazione finalizzati alla tutela delle donne e dei minori vittime di abusi. ✓ Formazione sulla cultura della medicina di genere, attraverso l'individuazione/ divulgazione/organizzazione di eventi formativi. ✓ Realizzazione di un evento formativo e di attività informative legate al tema della disconnessione da smartphone/social in età evolutiva, valorizzando ed ampliando la platea dell'esperienza "Bambini disconnessi" svolta con successo a Senago. ✓ Si propone l'attuazione di corsi di aggiornamento FAD e di utilizzo dell'applicativo "Archiflow".
Pari opportunità, contrasto alle discriminazioni, benessere organizzativo e psicofisico	✓ Interventi diretti del CUG volti a consolidare la cultura delle pari opportunità. ✓ Rafforzare la diffusione 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. ✓ Promuovere la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori, in collaborazione con la SC Risk Management, per identificare i fattori di rischio e per porre in essere le strategie più opportune. ✓ Coordinamento, nel rispetto della riservatezza delle situazioni, delle azioni finalizzate a risolvere le situazioni di disagio personale segnalate.

Promozione della conoscenza delle attività del Comitato e partecipazione attiva dei dipendenti anche attraverso la presentazione di proposte e suggerimenti	✓ Aggiornamento costante sul sito WEB della sezione dedicata al CUG. ✓ Rinnovamento della composizione del CUG, al fine di assicurare continuità nella rappresentanza paritetica ed implementare le competenze del comitato in un'ottica di multiprofessionalità. ✓ Inserimento nel corso organizzato dalla DAPSS ai fini dell'inserimento in azienda dei neo assunti di informazioni relative alle finalità ed alle attività del CUG.
Comunicazione interna	✓ Azioni svolte a favorire la comunicazione interna, momenti di confronto per migliorare la circolarità delle informazioni e la gestione delle criticità relazionali/organizzative. ✓ Aggiornamento costante della sezione del sito dedicata al CUG. ✓ Partecipazione del CUG ad attività volte a far conoscere le progettualità che, anche attraverso la collaborazione delle Associazioni di volontariato, vengono attivate presso le CdC al fine di contribuire alla diffusione di conoscenze riguardo la prevenzione delle patologie oncologiche.
Conciliazione vita – lavoro	✓ Proseguimento di attività utili all'attuazione del telelavoro e di studi/proposte relative a nuove modalità di lavoro (es. smart working). ✓ Monitoraggio sulla possibilità di accedere allo Smart Working, in applicazione del regolamento aziendale in vigore.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Con l'emanazione della Legge n. 190/2012 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" il legislatore si è posto l'obiettivo di realizzare una efficace politica di prevenzione e di repressione della corruzione attraverso la definizione di una prima disciplina organica della materia volta alla promozione della legalità e della integrità della pubblica amministrazione. Tale provvedimento normativo ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: 1) un primo livello “nazionale”, con alla base un piano nazionale anticorruzione (PNA) predisposto ed approvato dall'autorità nazionale anticorruzione (ANAC); 2) un secondo livello “decentrato”, in cui ogni amministrazione pubblica definisce un piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), che, sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Il D.L. n. 80/2021 convertito in L. n. 113/2021, all'art 6, ha stabilito che le pubbliche amministrazioni devono predisporre annualmente il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO), costituendo un documento di programmazione unico che accorpa e sostituisce diversi piani che le P.A. erano tenute a predisporre, tra cui il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

ANAC con la Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 ANAC è intervenuta con l'aggiornamento del PNA, circoscrivendone gli effetti alla sola parte speciale del PNA 2022 e, in particolare:

- alla Sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di “*maladministration*” e alle relative misure di contenimento, intervenendo solo laddove alcuni rischi e misure preventivamente indicati non trovassero più adeguato fondamento nelle nuove disposizioni;
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli ai sensi degli artt. 23, comma 5 e 28, comma 4, del nuovo Codice dei Contratti Pubblici, richiamate rispettivamente le Delibere ANAC n. 261 e 264 del 2023, la prima avente a oggetto l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 23 comma 5 del Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante: *“Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei*

contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale", e la seconda avente a oggetto l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del Decreto Legislativo n. 36 del 31 marzo 2023, recante: *"Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33"*.

Con Deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 sono stati adottati tre sono i nuovi schemi di pubblicazione approvati dall'Autorità, e afferenti le voci: *"utilizzo delle risorse pubbliche"*, *"organizzazione delle pubbliche amministrazioni"* e la voce *"controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione"*.

Per quanto di interesse e competenza ASST Rhodense ha recepito i nuovi schemi di pubblicazione di cui alla sopra richiamata Delibera e li ha tralasciati nel documento allegato al presente provvedimento denominato Allegato 2 – Sezione "Amministrazione Trasparente" – elenco degli obblighi di pubblicazione (in relazione alla sezione 2.3 "Rischi corruttivi e Trasparenza").

2.3.1. Obiettivi strategici

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

L'ASST si impegna a:

- garantire una continua e progressiva mappatura di tutti i processi e attività a rischio in modo da ridurre la possibilità di casi di corruzione creando un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la trasparenza e l'accessibilità dei dati relative all'attività dell'Ente mediante un costante aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente";
- mantenere un percorso di collegamento tra gli obiettivi dell'anticorruzione e della trasparenza con la sezione delle Performance ed il processo di valutazione del personale, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione e di rispetto delle normative ed obblighi sulla trasparenza e pubblicazione dati, in obiettivi organizzativi assegnati al personale;
- dare impulso al sistema di qualità e più in generale alla definizione ed aggiornamento di procedure scritte.

2.3.2 Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASST Rhodense sono:

- a) il Direttore Generale;
- b) il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- c) i Referenti del RPCT per le aree di propria competenza;
- d) tutti i restanti Dirigenti per l'area di propria competenza;
- e) il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (nelle funzioni di O.I.V.) e gli altri organismi ed articolazioni organizzative di controllo interno partecipi del processo di gestione del rischio (Controllo di Gestione/ Internal auditing, Qualità e Risk Management);
- f) l'Internal Auditing (IA);
- g) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- h) tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- i) i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;

nonché: il Collegio Sindacale; l'Organismo di Vigilanza e verifica sulle attività rese in regime di libera professione intramuraria.

Il Direttore Generale

Al Direttore Generale, in qualità di organo di indirizzo dell'Azienda, compete la designazione del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'approvazione del PIAO e dei relativi aggiornamenti, nonché l'adozione di tutti gli atti di indirizzo aziendali, di carattere generale, finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione della corruzione e la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Inoltre, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo e compiti con piena autonomia ed effettività, il Direttore Generale dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al RPCT.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione, introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della normativa in materia di anticorruzione, è stata rafforzata in modo significativo dalle disposizioni normative contenute nel D. Lgs. n. 97/2016, che ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

Il succitato decreto ha previsto, altresì, che al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) siano riconosciuti dall'organo di indirizzo poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, anche mediante la disposizione di eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie (art. 1, co. 7, l. 190/2012).

L'ASST Rhodense, in attuazione del quadro normativo delineato dal D. Lgs. n. 97/2016, ha proceduto all'integrazione dei compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, individuando un unico Responsabile.

ASST Rhodense, con Deliberazione n. 1132 del 26 ottobre 2023 ha nominato RPCT Elisa Pini, Dirigente applicata alla S.C. Affari Generali e Legali, in successione al precedente RPCT, Dott. Pier Paolo Balzamo, già nominato, con Deliberazione ASST Rhodense n.494 del 7 luglio 2017 Responsabile della trasparenza e precedentemente designato Responsabile della prevenzione della corruzione con Deliberazione n. 98 del 21 febbraio 2013 dell'allora Azienda Ospedaliera "G. Salvini".

Come ribadito dall'ANAC già nel PNA 2019, al RPCT deve essere garantita una posizione di indipendenza dall'organo di indirizzo (Direttore Generale).

Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto, finalizzato ad evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni.

In particolare, allo scopo di tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT, l'art. 1 comma 82 della L. 190/2012 e l'art. 15 comma 13 del D. Lgs. n. 39/2013 prevedono l'intervento dell'ANAC sui provvedimenti di revoca anticipata del RPCT dall'incarico in funzione ritorsiva.

Le modifiche apportate dal D. Lgs. n. 97/2016 alla Legge 190/2012 hanno poi introdotto un dovere di segnalazione ad ANAC anche di eventuali misure discriminatorie nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni.

Nel Regolamento sull'esercizio del potere dell'ANAC di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del RPCT per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione, approvato dall'ANAC con delibera n. 657 del 18.07.2018, è chiarito che per "misure discriminatorie dirette e indirette" si intendono *"quelle misure ritorsive tra le quali demansionamenti, licenziamenti, trasferimenti, o altre misure organizzative aventi effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro"*.

Compiti principali del RPCT

Al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sono attribuiti i seguenti principali compiti:

- Predisporre il contenuto nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT), assorbito e sostituito dal PIAO – sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza” e i relativi aggiornamenti;
- vigilare sul funzionamento e sull’osservanza di quanto contenuto nella sezione “rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, la cui attuazione spetta ai Referenti del RPCT ed ai Dirigenti competenti in ordine alle attività ed ai procedimenti esposti a maggior rischio di corruzione indicati nel Piano;
- proporre al Direttore Generale modifiche al PIAO – sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza” in caso di accertate significative violazioni, ovvero quando intervengono mutamenti significativi nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione;
- verificare, per il tramite del Dirigente responsabile della S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale, l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione, fermo restando l’esigenza di garantire la piena funzionalità delle Strutture organizzative aziendali ed i relativi parametri di professionalità e competenze specifiche necessarie nell’interesse pubblico;
- individuare, d’intesa con i Dirigenti competenti, il personale che opera nei settori particolarmente esposti a rischio di corruzione da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell’etica e della legalità;
- definire, d’intesa con i Dirigenti competenti, le procedure per selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti a rischio corruzione;
- riferire al Direttore Generale sull’attività svolta ogni qualvolta venga richiesto;
- trasmettere una rendicontazione annuale a Regione Lombardia in merito all’attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, come previsto dalla DGR n. X/4878 del 07.03.2016;
- predisporre e trasmettere all’organo di indirizzo (Direttore Generale) e all’OIV (per l’ASST il NVP - Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) la relazione annuale sull’attività espletata;
- vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 33/2013, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni ad ANAC;
- segnalare al Direttore Generale e al NVP le disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- interagire con il referente della funzione di Internal Auditing;
- verificare periodicamente il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e dal D. Lgs. n. 97/2016;
- procedere alla pubblicazione annuale dell’attestazione del NVP sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione annuali;
- procedere all’esame e al riscontro delle istanze in materia di accesso civico nei casi e nei termini previsti dall’art. 5, co. 6, D. Lgs. n. 33/2013;
- procedere al riesame delle istanze in materia di accesso civico generalizzato nei casi e nei termini previsti dall’art. 5, co. 7, D. Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016;
- segnalare all’organo di indirizzo (Direttore Generale), all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) (per l’ASST il NVP - Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), all’Autorità Nazionale Anticorruzione e, nelle ipotesi più gravi, all’Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Ufficio di supporto operativo al RPCT

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPCT, l'ANAC, in continuità con quanto stabilito nei precedenti PNA, nella delibera n. 1064 del novembre 2019 ha ribadito la necessità di rafforzare la struttura organizzativa aziendale delineata a supporto delle attività da svolgere.

Come indicato da ANAC nell'aggiornamento al PNA 2022, approvato dal Consiglio ANAC il 16.11.2022 e pubblicata con delibera n. 7 del 17.01.2023, considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, ANAC ritiene che vada assicurato al RPCT un adeguato supporto con personale congruo per numero e professionalità che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni. In particolare negli enti di grandi dimensioni è auspicabile che al RPCT sia attribuito un apposito ufficio di supporto dotato di adeguate risorse umane con competenze multidisciplinari

In ossequio a quanto sopra prescritto dall'ANAC, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, l'ASST Rhodense prevede di garantire, il seguente supporto operativo al RPCT:

- 1) un'interazione sistematica del RPCT con i Referenti del RPCT individuati nel Piano, che operano in stretto collegamento con il RPCT sia nella fase di elaborazione del Piano, sia nella fase di verifica sul funzionamento ed osservanza delle misure previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASST Rhodense;
- 2) un'interazione sistematica, di supporto e collaborazione al RPCT, con la SC Marketing dei Servizi e con un addetto del suddetto Ufficio, ai fini degli adempimenti operativi relativi alla pubblicazione dei dati per la trasparenza;
- 3) dotare il RPCT di un Ufficio di supporto appositamente dedicato alle attività del RPCT, la cui titolarità va posta in capo al RPCT, con adeguato personale (almeno un funzionario collaboratore amministrativo);

In una logica di integrazione delle attività ed in stretta interconnessione con il sistema aziendale di controllo interno (SC Controllo di Gestione/Internal Auditing e SC Qualità e Risk Management), il RPCT, per lo svolgimento delle sue funzioni, si avvarrà, del supporto del Referente della funzione aziendale di Internal Auditing, titolare della funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali ed al miglioramento del sistema di gestione dei rischi al fine di integrare il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione con i sistemi di controllo interni e del Responsabile della SC Qualità e Risk Management, struttura che si occupa del coordinamento, promozione e sviluppo delle attività di miglioramento continuo dei livelli qualitativi dell'erogazione delle prestazioni e servizi, nonché dell'identificazione ed analisi dei rischi relativi a qualsiasi attività o processo operativo, al fine di integrare il sistema della mappatura dei rischi.

. Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione: ruolo, responsabilità e compiti

In un'ottica di ausilio al RPCT, l'ANAC già con il PNA 2019 ha confermato la necessità di un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, raccomandando l'individuazione, nelle organizzazioni particolarmente complesse, di eventuali Referenti che possano svolgere una costante attività informativa nei confronti del RPCT.

Alla luce dei principi sopra illustrati, in considerazione della complessità dell'organizzazione dell'ASST Rhodense, nonché in ragione della particolare articolazione dell'Azienda in diversi presidi ospedalieri e distretti territoriali, l'attività del RPCT non può prescindere dall'ausilio dei Referenti, quali soggetti indispensabili per assicurare un supporto effettivo al RPCT, sia nella fase di predisposizione del PTPCT, sia nella fase della vigilanza sul funzionamento ed osservanza delle misure del PTPCT, oltre che per l'attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio dell'attuazione del PTPCT e sull'attuazione delle misure.

L'ASST Rhodense assicura, quindi, al RPCT il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le Unità Organizzative.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza rimane comunque il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

In generale come previsto dal PNA 2022, approvato dal Consiglio ANAC il 16.11.2022 e pubblicata con delibera n. 7 del 17.01.2023, ogni referente del RPCT assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace.

L'attività dei Referenti è indispensabile per informare compiutamente il RPCT affinché questi abbia elementi utili e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

I Referenti del RPCT sono individuati nei Dirigenti responsabili delle seguenti Strutture e/o articolazioni aziendali, ciascuno per le attività di rispettiva competenza.

ASST Rhodense nel 2024 ha formalizzato le nomine di Referenti individuati dai Dirigenti delle Strutture/Uffici, e la cui attività, ivi compresa quella del RPCT, è stata correlata al raggiungimento di specifici obiettivi.

I Referenti nominati nel corso dell'anno 2024 hanno partecipato ad attività formativa organizzata e tenuta dal RPCT dell'Ente.

Responsabilità dei Referenti del RPCT

I Referenti sono tenuti a:

- a) segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate in merito all'assolvimento degli obblighi previsti nell'ex PTPCT/PIAO - sezione 2.3. "rischi corruttivi e anticorruzione" e in materia di trasparenza e accesso civico proponendo le misure correttive o proposte di nuove misure da adottare;
- b) assicurare piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza contenute nel PIAO sezione 2.3. "rischi corruttivi e anticorruzione";
- c) verificare l'attuazione del PIAO sezione 2.3. "rischi corruttivi e anticorruzione", nonché proporre la modifica dello stesso in occasione di ogni aggiornamento annuale e qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- d) realizzare misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- e) individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- f) assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- g) in materia di trasparenza assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura;
- h) segnalare al RPCT casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- i) vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria e dell'obbligo di astensione di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage;

Ruolo dei Referenti del RPCT

I Referenti del RPCT sono tenuti a curare mediante un sistema articolato “a cascata”, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i Dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali a cui sono preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell’attività di analisi del rischio e valutazione, di proposta e definizione delle misure di prevenzione e nell’attività di monitoraggio dell’attuazione della sezione del PIAO - sezione 2.3. “rischi corruttivi e anticorruzione”.

Al fine di consentire l’esercizio della funzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, i Referenti devono realizzare modalità di raccordo e di coordinamento con il RPCT operativo e dinamico, costante e sistematico, mediante un meccanismo di comunicazione/informazione secondo un processo *bottom-up* in sede di formulazione delle proposte e *topdown* per la successiva fase di verifica ed applicazione del PIAO aziendale - sezione 2.3. “rischi corruttivi e anticorruzione”.

I Referenti del RPCT concorrono con il Responsabile della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane a curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

I Referenti del RPCT possono promuovere azioni di loro iniziativa, volte alla prevenzione della corruzione, raccordandosi previamente con il RPCT e informandolo sugli esiti delle verifiche.

I Referenti svolgono funzioni di supporto al RPCT procedendo ad assolvere i compiti di seguito indicati:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le suddette attività, ponderato il relativo rischio, le misure di prevenzione idonee 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;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare che nei 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, non vi siano 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 dell'amministrazione.

Ruolo e responsabilità dei Dirigenti/Responsabili per l’area di propria competenza

La concreta attuazione delle misure anticorruzione in Azienda è strettamente legata al ruolo attivo dei Dirigenti/Responsabili per l’area di propria competenza, ivi inclusi dei Referenti del RPCT secondo le attribuzioni e le relative responsabilità previste dall’ art. 16, co. 1, del D. Lgs. n. 165/2001, come di seguito riportato:

co. 1-bis) i Dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

co. 1-ter) i Dirigenti forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

co. 1-quater) i Dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Tutti i Responsabili delle Strutture e degli uffici aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ai Referenti del RPCT.

Nello specifico, tutti i Dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dei Referenti del RPCT, e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio della corruzione con la mappatura delle aree, attività e processi a rischio corruzione e relativa ponderazione;
- c) propongono le misure di prevenzione del rischio della corruzione e l'aggiornamento delle stesse;
- 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 di prevenzione contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2024-2026 adottato con Delibera n.59 del 31 gennaio 2024 - sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza" e successivi aggiornamenti di cui al presente PIAO 2025-2027;
- g) vigilano sull'osservanza da parte dei propri collaboratori delle misure di prevenzione contenute nel Piano, e verificano le ipotesi di violazione segnalandole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il RPCT, i Referenti del RPCT e i Dirigenti apicali sono costantemente tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico al fine di garantire, nel contempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel Piano.

La violazione delle sopramenzionate misure di prevenzione costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. n. 190/2012).

Come evidenziato dall'ANAC già nel PNA 2019, la collaborazione dei vari Responsabili degli uffici è fondamentale per consentire al RPCT e al Direttore Generale dell'Azienda, che adotta il PIAO - sezione 2.3. "rischi corruttivi e anticorruzione" di definire misure concrete e sostenibili sia dal punto di vista organizzativo, sia di tempi chiaramente definiti.

Comitato di Coordinamento dei Controlli interni

ASST Rhodense con delibera n. 960 del 29/10/2024 ha istituito il Comitato di Coordinamento dei Controlli interni in linea con quanto indicato nella DGR n. XI/6278 del 11.04.2022 avente ad oggetto "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 sopra menzionata DGR prevede, per gli Enti interessati, l'opportunità di costituire un Comitato di coordinamento dei controlli interni, al fine di favorire, in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità, una sinergia e armonizzazione delle funzioni di controllo.

Il Comitato in argomento è stato istituito anche in esito alle indicazioni di cui alla delibera n. 9 del 18 dicembre 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo con la quale è stato approvato il documento "Relazione relativa agli esiti dei questionari di autodiagnosi, per la valutazione dei sistemi di controllo interno secondo "L'INTERNAL CONTROL INTEGRATED FRAMEWORK, C.D. COSO REPORT" all'Obiettivo 3 del Piano delle Attività 2023 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo" e con cui ORAC ha suggerito l'opportunità di implementare forme di controllo ai diversi livelli aziendali prediligendo il ricorso a forme coordinate, mediante l'istituzione di un apposito Comitato di Coordinamento dei Controlli.

Detto Comitato di Coordinamento dei Controlli dell'ASST Rhodense ha la funzione di armonizzare le attività di controllo interno già esistenti, strutturate in base alle attribuzioni aziendali e riconducibili ai rispettivi titolari ed evitare sovrapposizioni delle stesse.

Il Comitato persegue quale mission la sinergia e 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 alle strategie aziendali e sulla scorta delle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali sopra indicate, sono stati individuati quali componenti del Comitato, sulla base degli ambiti di competenza, le seguenti figure:

- Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- Direttore della SC Controllo di Gestione o suo delegato;
- Responsabile Internal Auditing o suo delegato;
- Direttore del Dipartimento Amministrativo o suo delegato;
- Direttore della SC Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità o suo delegato;
- un Direttore Medico di Presidio - individuato dal Direttore Sanitario - o suo delegato;
- Direttore della SC Qualità e Risk Management o suo delegato;
- Direttore della SC Affari Generali e Legali o suo delegato;
- un Direttore di Distretto - individuato dal Direttore Socio Sanitario - o suo delegato.

Presidente del Comitato di Coordinamento dei Controlli è stato designato nella persona del Direttore della SC Controllo di Gestione, quale struttura deputata, in base al funzionigramma, titolare della funzione di coordinamento dei controlli.

Nel 2025 il Comitato si doterà di apposito regolamento che declinerà compiti e funzioni del Comitato in argomento e ne definirà il programma dei lavori e dei controlli cui è preposto.

Commissione controlli progetti PNRR

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

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

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

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

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

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

Da ultimo è stata altresì emanata la Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 28 marzo 2024, n.13 integrativa delle Linee Guida allegate alla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 30 del 11 agosto 2022.

Stante quanto sopra ASST Rhodense con Delibera n. 620 del 12 giugno 2023 ha costituito la Commissione Aziendale deputata ai controlli dei progetti PNRR (missione 6 salute) previsti dalla guida pratica per il caricamento delle informazioni su REGIS.

Con successiva Delibera n. 1212 del 16 novembre 2023 è stata modificata la composizione della Commissione in argomento per la sola figura del suo coordinatore in esito all'avvicendamento degli RPCT dell'ASST Rhodense, stante la copertura del ruolo sino al 24 ottobre 2023 in capo a. Pier Paolo Balzamo, già Direttore della S.C. Affari Generali e Legali e successivamente, senza soluzione di continuità, in capo a Elisa Pini, Dirigente applicata alla S.C. Affari Generali e Legali

Con delibera n. 975 del 4 novembre 2024 ASST Rhodense ha assunto il Regolamento disciplinante compiti e funzionamento della Commissione in argomento, e ne declina, precisamente, i compiti ivi meglio descritti nella check list unita al documento e redatta in conformità del Decreto della Direzione Generale Welfare Regione Lombardia n. 7796 del 25 maggio 2023.

Nel corso dell'anno 2025 la Commissione proseguirà nella propria attività di controllo per quanto di competenza e nel rispetto delle scadenze nazionali, e regionali, che interesseranno i singoli progetti PNRR di interesse dell'ASST Rhodense.

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e degli altri organismi ed articolazioni organizzative interne di controllo e di valutazione

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP):

All'interno del sistema delineato dalla regione Lombardia, ai sensi della DGR n. 5539/2016, le funzioni di verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione e trasparenza sono attribuite al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

La normativa nazionale vigente in materia non contempla i Nuclei di Valutazione delle Prestazioni (NVP), trattando esclusivamente degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance (OIV), organi

che a livello regionale, ai sensi della DGR n. 4774/2016, esercitano funzioni di programmazione e coordinamento dei NVP.

È quindi opportuno rilevare le competenze demandate dalla normativa nazionale agli OIV e rapportarle, per il contesto lombardo, ai NVP.

Il NVP riveste un ruolo importante all'interno del sistema di gestione della performance e della trasparenza.

Tra i compiti attribuiti al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni rientra, infatti, l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), D. Lgs. n. 150/2009) e la verifica della coerenza degli obiettivi di trasparenza con quelli indicati nel Piano della *Performance*.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta quindi con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 D. Lgs. n. 33/2013).

Le modifiche apportate dal D. Lgs. n. 97/2016 alla L. n. 190/2012 hanno rafforzato le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D. Lgs. n. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Il ruolo del NVP in materia di verifica per le pubblicazioni di competenza in capo all'Ente è stato rafforzato con adozione della delibera ANAC n. 203 del 17 maggio 2023 avente a oggetto: "*Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità*" che ha individuato specifiche categorie dei dati di cui gli OIV, ex art. 44 del D. Lgs. 33/2013, o gli organismi con funzioni analoghe nelle amministrazioni, sono tenuti ad attestare.

Pertanto, in linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D. Lgs. n. 33/2013, il NVP, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verifica che il PTPCT - piano assorbito e sostituito dal PIAO sezione 2.3. "rischi corruttivi e anticorruzione" -, sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Inoltre, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge le seguenti principali funzioni:

- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- verifica l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto;
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance;
- verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento;
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del NVP;
- esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice Comportamentale;
- verifica che nell'ambito degli obiettivi inseriti nell'ex Piano della *Performance* non vi siano incongruenze con quanto previsto nell'ex Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (piani riuniti nel PIAO dal D.L. n. 80/2021);
- verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- effettua attività di verifica sull'attuazione del Piano della *Performance*;
- verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette anche all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012, potendo richiedere, nell'ambito di tale verifica, informazioni e documenti al RPCT che ritiene necessari (art. 1, co. 8bis, L. n. 190/2012) e può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate;

- riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure contenute nel PIAO sezione rischi corruttivi e trasparenza
- in caso di richiesta, fornisce all'ANAC informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8bis, L. n. 190/2012).

Ruolo degli altri organi, organismi ed articolazioni organizzative interne di controllo di vigilanza e di valutazione:

ANAC nel documento approvato in data 2 febbraio 2022 “Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione Trasparenza 2022” ha sottolineato la rilevanza dell'integrazione dei sistemi di *risk management* per la prevenzione della corruzione con i sistemi di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno delle amministrazioni.

Ciò in quanto i controlli interni effettivamente applicati nell'ordinario svolgimento del processo consentono di valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, nonché la congruenza tra gli obiettivi predefiniti e i risultati conseguiti.

Pertanto, l'attività di prevenzione e contrasto della corruzione nell'ASST Rhodense verrà realizzata nel triennio 2025-2027 ulteriormente attraverso i seguenti controlli operati dagli altri organi, organismi ed articolazioni organizzative interne:

- attività di vigilanza e di verifica sulla regolarità amministrativa e contabile e controlli operati dal Collegio Sindacale, quale organo aziendale, nell'ambito della sfera di competenza;
- controlli operati dall'Organismo di Vigilanza e verifica sulle attività rese in regime di libera professione intramuraria;
- controlli interni posti in essere dai Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative aziendali che realizzano attività a maggior rischio di corruzione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Gestione Acquisti, SC Gestione Tecnico Patrimoniale);
- attività e processi realizzati dalla SC Qualità e Risk Management volti a definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione del rischio in Azienda, all'elaborazione dei Piani e programmi per lo sviluppo e l'attuazione del sistema Qualità;
- attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, volta ad individuare, attraverso i reclami ed i rapporti con l'utenza, eventuali aree/processi/attività a rischio;
- attività della Commissione di valutazione degli acquisti e degli investimenti dell'ASST Rhodense, organismo aziendale di nuova istituzione (istituito con deliberazione n. 1084 del 25/11/2021 come integrata dalla deliberazione n. 1126 del 15/12/2021);
- controlli operati dalla funzione di Internal Auditing (come meglio precisati nel paragrafo seguente);
- controlli del Comitato di coordinamento dei controlli interni;
- controlli della Commissione controlli progetti PNRR..

Funzione di Internal Auditing

Con delibera n. 571 del 28.10.2015 della disciolta A.O. “G. Salvini” è stata istituita la funzione di Internal Auditing, in linea con le disposizioni della DGR n. 2989 del 23/12/2014.

Il referente dell'I.A. è individuato nel Responsabile del Controllo di Gestione.

Con delibera n. 252 del 27.05.2016 è stato approvato il regolamento aziendale di Internal Auditing dell'ASST Rhodense, che ha delineato i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati dalla funzione di I.A. nell'attività di auditing sui processi operativi aziendali.

L'Internal Auditing costituisce una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

La funzione di IA si posiziona nell'ambito dei controlli interni di terzo livello, presidiando i controlli di secondo livello svolti dalle altre funzioni aziendali (Controllo di Gestione, Risk Management, Accreditamento, Qualità) e di primo livello attuati dai Dirigenti responsabili dei processi aziendali.

La missione dell'Internal Auditing è assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli.

L'Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate, svolgendo un ruolo di indirizzo finalizzato ad indicare l'iter cui attenersi per raggiungere gli obiettivi e le modalità per gestire e superare i rischi.

Tra i principali compiti della funzione di internal auditing si evidenziano:

- redigere il rapporto di audit;
- assistere la Direzione Strategica nel valutare il funzionamento del sistema dei controlli e delle procedure operative;
- coordinare e pianificare l'attività di audit ed eseguire gli audit programmati e l'esecuzione dei follow-up;
- coadiuvare i responsabili delle Strutture auditate nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio.

Il processo delle attività della funzione di Internal Auditing si articola, pertanto, nelle seguenti fasi:

- 1) individuazione delle aree (funzioni, processi, ...) dell'Azienda a rischio;
- 2) definizione delle aree prioritarie da analizzare in base al livello e valutazione dei rischi (Risk assessment in termini di probabilità e di impatto);
- 3) identificazione dei controlli finalizzati a ridurre il rischio.

L'individuazione delle aree critiche e a rischio avviene attraverso l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi/richieste/indicazioni provenienti da Strutture interne/organismi esterni, dall'analisi di documenti/dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate. Tra le principali fonti interne ed esterne si indicano:

- 1) Verbali del Collegio Sindacale;
- 2) Piano annuale di Risk Management;
- 3) Verbali del Collegio di Direzione;
- 4) Controlli dei Nuclei operativi di controllo delle prestazioni dell'ATS di pertinenza;
- 5) Controlli dei Nuclei operativi di Controllo Contabile di Regione Lombardia;
- 6) Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- 7) Richieste di informative da parte della Corte dei Conti, del Ministero, della Regione, dell'ATS, ecc.
- 8) Ufficio Relazioni con il Pubblico,

Il Piano di audit viene predisposto sulla base della valutazione dei rischi ed in esso vengono individuati gli ambiti di azione e le attività di controllo da svolgere.

L'ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti delle autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale, per le violazioni accertate e sanzionate;

- c) propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento, prevedendo specifici doveri di comportamento anche con particolari misure di prevenzione per specifiche aree o processi a rischio corruzione;
- d) svolge quanto previsto nel Regolamento aziendale del Whistleblowing.

Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Il coinvolgimento di tutto il personale (ivi inclusi i collaboratori esterni) è decisivo per la qualità del PTPCT e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento dell'amministrazione.

Tutti i dipendenti dell'ASST Rhodense partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nell'ex PTPCT - piano assorbito e sostituito dal PIAO sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza", segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

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

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel PIAO sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza", e del Codice di Comportamento.

Anche i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel presente Piano e segnalano le situazioni di illecito.

Responsabile anagrafe per la stazione appaltante (RSA)

Con comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RSA)".

Successivamente il PNA 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel PTPCT, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo, consistente nell'implementazione della banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo, sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del D.Lgs. n. 50/2013 e s.m.i.

Il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RSA) per l'ASST Rhodense è (il Dirigente Responsabile della SC Gestione Acquisti). Il suddetto nominativo è registrato, a cura del RSA stesso, sul portale Anagrafe Unica Stazione Appaltante (AUSA).

Rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)

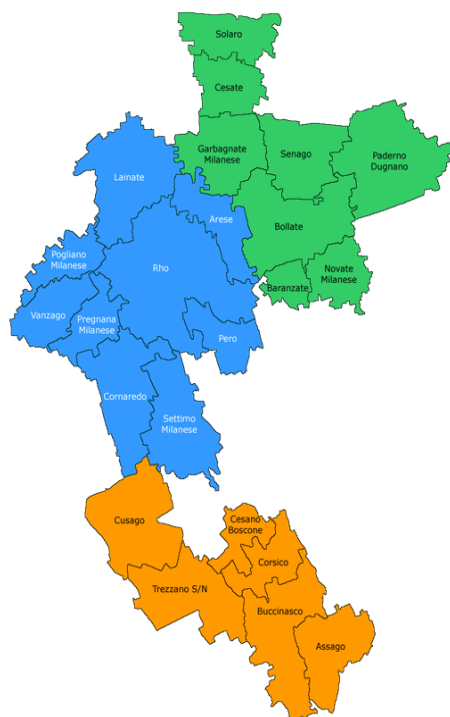
L'art 37 del Regolamento UE 679/2016, ha stabilito l'obbligo per il titolare del trattamento di nominare un responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una professionalità interna all'Ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'Ente.

Con Determina n.302 del 29 marzo 2024 l'Ente ha proceduto all'individuazione quale responsabile della protezione dei dati (RPD) dell'Avv. Gabriele Borghi.

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

2.3.3. Valutazione di impatto del contesto esterno

L'ASST Rhodense comprende il territorio e le strutture sanitarie e sociosanitarie dei sotto indicati Distretti della disciolta ASL Milano 1, nonché le strutture Ospedaliere dell'ex Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" con un bacino di utenza di circa 487.000 abitanti.



- ✓ Distretto Garbagnatese: Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro.
- ✓ Distretto Rhodense: Arese, Cornaredo, Lainate, Pero, Pogliano Milanese, Pregnana Milanese, Rho, Settimo Milanese, Vanzago.
- ✓ Distretto Corsichese: Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano sul Naviglio.

Popolazione

La popolazione residente nel territorio di afferenza dell'ASST Rhodense è costituita da 486.459 unità, di cui 237.199 maschi e 249.260 femmine (fonte: ISTAT).

DISTRETTO DI GARBAGNATE			
	Sesso	maschi	femmine
Territorio			

Baranzate		6.150	5.653	11.803
Bollate		17.495	18.828	36.323
Cesate		6.997	7.303	14.300
Garbagnate Milanese		13.107	13.806	26.913
Novate Milanese		9.638	10.458	20.096
Paderno Dugnano		23.140	24.295	47.435
Senago		10.566	10.905	21.471
Solaro		6.993	7.078	14.071
TOTALE		94.086	98.326	192.412

DISTRETTO DI RHO				
	Sesso	maschi	femmine	Totale
Territorio				
Arese		9.379	10.136	19.515
Cornaredo		10.129	10.564	20.693
Lainate		12.912	13.413	26.327
Pero		5.852	5.882	11.734
Pogliano Milanese		4.149	4.208	8.357
Pregnana Milanese		3.622	3.678	7.300
Rho		24.529	26.319	50.848
Settimo Milanese		9.641	10.260	19.901
Vanzago		4.570	4.794	9.364
TOTALE		84.785	89.254	174.039

DISTRETTO DI CORSICO				
	Sesso	maschi	femmine	Totale
Territorio				
Assago		4.564	4.660	9.224
Buccinasco		12.883	13.735	26.618
Cesano Boscone		11.335	12.015	23.350
Corsico		16.654	17.888	34.542
Cusago		2.325	2.364	4.689
Trezzano sul Naviglio		10.567	11.018	21.585
TOTALE		58.328	61.680	120.008

Le principali caratteristiche demografiche sono la scarsa natalità e l'anzianità. La componente di cittadini stranieri rappresenta circa il 10% della popolazione presente sul territorio.

Territorio

Geograficamente ed economicamente il territorio dell'ASST Rhodense può essere distinto in tre aree diverse:

1. Zona Nord Ovest (Area del Rhodense), che comprende i seguenti comuni: Arese, Baranzate, Bollate, Cesate, Cornaredo, Garbagnate Milanese, Lainate, Novate Milanese, Pero, Pogliano Milanese, Pregnana Milanese, Rho, Senago, Settimo Milanese, Solaro, Vanzago.

Il territorio dei comuni appartenenti al Rhodense ha un'estensione pari a 125,6 Km², corrispondente al 6,3% dell'intera Provincia ed una popolazione pari al 7,2% del totale. Si tratta di un'area caratterizzata da una densità della popolazione tra le più elevate a livello provinciale, inferiore solo a quella registrata nel capoluogo e in un territorio con caratteristiche spiccatamente "metropolitane" come il Nord Milano. Il territorio del Rhodense si è storicamente costituito in relazione a differenti fattori geografici, demografici ed economici:

- le aree a sud -maggiormente condizionate dalla preesistente struttura agraria- hanno svolto una funzione residenziale, sviluppando un tessuto urbano funzionale ad accogliere lavoratori impiegati soprattutto nel nucleo metropolitano centrale;
- la direttrice di sviluppo che percorre il fiume Olona è stata caratterizzata da processi d'industrializzazione che risalgono al secolo scorso (l'industria tessile del cotone) e che si sono ulteriormente consolidati nel dopoguerra (il polo petrolchimico di Pero-Rho e, più recentemente, l'industria farmaceutica e la logistica);
- i comuni localizzati a Nord Est dell'asse autostradale dei Laghi sono stati infine caratterizzati dallo sviluppo dell'industria meccanica (gli stabilimenti Alfa Romeo di Arese).

L'agricoltura ha storicamente rappresentato un'attività marginale per la gran parte di questo territorio. Al momento attuale, l'indice di occupazione agricola è tra i più bassi a livello provinciale; di converso, lo sviluppo economico extra agricolo è invece più elevato della media provinciale. La distribuzione dell'occupazione per macro settori di attività economica evidenzia la relativa specializzazione del Rhodense nelle attività industriali, che - all'inizio del nuovo secolo - costituivano ancora il nucleo centrale dell'economia locale, nonostante la successiva significativa contrazione dell'occupazione. La capacità di creare occupazione del commercio e del terziario appare invece in linea con la media provinciale.

2. Zona Sud Ovest, composta da 16 comuni, tra cui Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano Sul Naviglio, afferenti alla ASST Rhodense.

Tale area è caratterizzata dalla forte presenza di spazi aperti e aree agricole, frammentate da conurbazioni, nuclei insediativi e infrastrutture. La superficie territoriale complessiva è pari al 6% di quella della Provincia, la densità abitativa (circa 1.700 abitanti per km²) è pari al 5,2% ed è inferiore al dato medio provinciale (1.950 abitanti per km²).

Il Sud Milano è un territorio in fase di trasformazione economica e sociale, caratterizzato da una storica identità agricola, che progressivamente ha perso il suo ruolo economico dominante.

La specializzazione settoriale dell'economia del Sud Milano rivela una presenza delle attività industriali solo di poco inferiore a quella che mediamente si registra a livello provinciale. I settori di specializzazione dell'industria sono la meccanica e le costruzioni. I veri settori di specializzazione dell'economia del Sud Milano sono, tuttavia, il commercio e il terziario, che presentano indici di occupazione significativamente superiori alla media provinciale senza il capoluogo ed una dinamica del mercato del lavoro ampiamente positiva per il commercio ed esplosiva per i servizi.

La dimensione media delle unità locali è significativamente superiore alla media provinciale, per effetto della presenza nell'area di grandi imprese, operanti soprattutto nel campo del commercio e dei servizi alle imprese.

3. Zona Nord Milano, che comprende 7 comuni, tra cui Paderno Dugnano, afferente all'ASST Rhodense. I comuni del Nord Milano hanno una estensione uguale al 2,9% dell'intera superficie territoriale della Provincia di Milano e una popolazione di circa 316.000 abitanti pari all'8,2%, mentre gli addetti sono il 6,3%. La densità abitativa è di 5.443 abitanti per Km² e pertanto circa 2,8 volte superiore a quella media della Provincia, capoluogo incluso. In effetti, il Nord Milano è l'ambito più densamente popolato dell'area metropolitana. Il Nord Milano è la porzione del territorio provinciale le cui caratteristiche sono più simili a quelle della città di Milano. Lo sviluppo economico extra agricolo, un tempo punta di diamante per l'intera area metropolitana, appare oggi molto modesto. L'indice di

occupazione si colloca, infatti, su livelli molto inferiori alla media provinciale in tutti i comuni dell'area. In ragione delle caratteristiche del territorio, ormai conurbato al capoluogo, l'agricoltura non svolge alcun ruolo. La distribuzione dell'occupazione per macro settori di attività economica non mette in evidenza particolari specializzazioni relative: il numero degli occupati industriali per 100 residenti è ormai inferiore alla media provinciale, mentre quello degli occupati nel commercio e nel terziario per 100 residenti è sugli stessi livelli medi provinciali senza il capoluogo. Anche la dimensione media delle unità locali è ormai inferiore ai livelli medi provinciali senza il capoluogo, mentre una volta prevaleva la grande impresa.

Contesto criminologico e corruttivo

Per quanto concerne gli aspetti di ordine criminologico, dalla “Relazione al Parlamento sull'attività delle Forza di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata ” e dalla “Relazione sull'attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA) –”, si evince che la Lombardia, centro nevralgico della finanza e dell'imprenditoria, rappresenta una delle aree predilette per lo sviluppo della criminalità organizzata, sia nazionale che straniera. Il territorio lombardo, caratterizzato da un florido tessuto produttivo, ove convivono un gran numero di attività economiche, piccole e medio-grandi, nonché dalla presenza di interessi legati all'edilizia (privata e pubblica) e alle grandi opere, con produzione di grandi quantità di rifiuti, favorisce l'emergere di forme di criminalità ambientale che trova, talvolta, alimento nella corruzione di funzionari pubblici. Con il primato nazionale di 10 milioni di abitanti, la regione attrae anche consistenti flussi di stranieri. Favorita dalla sua estensione, dalla collocazione geografica e dalla presenza di importanti scali aerei e vie di comunicazione, la Lombardia rappresenta uno tra i principali snodi del vecchio continente per i maggiori traffici illeciti transnazionali. Inevitabilmente, in considerazione delle peculiarità appena enunciate, la regione esercita un forte richiamo per le organizzazioni criminali nazionali e straniere, all'occorrenza alleate tra loro. Dal punto di vista territoriale, per quanto attiene alla provincia di Milano, come emerge dal rapporto di ricerca "Monitoraggio sul fenomeno mafioso in Lombardia", redatto a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (CROSS), essa condivide con la provincia di Monza-Brianza il più alto indice di presenza mafiosa tra tutte le provincie settentrionali. L'area più storica di insediamento è quella a sud ovest di Milano, dove si concentrano i comuni di Trezzano sul Naviglio, Corsico e Buccinasco, primo approdo e successivamente vere e proprie roccaforti di Cosa nostra e della 'ndrangheta. Anche l'area Nord Ovest è caratterizzata non solo da una presenza radicata, ma anche molto strutturata della criminalità organizzata. Delle otto locali individuate in questi anni in provincia di Milano, cinque si trovano in questo quadrante: Bollate, Rho, Cormano, Bresso e Solaro. In particolare, Bollate nei primi anni Ottanta, grazie ad una cosca affiliata alla 'ndrangheta, divenne uno snodo di particolare importanza per il traffico internazionale di droga, luogo intermedio di transizione in una rotta che si snodava dal Sud America alla Calabria, fino all'Europa. In anni più recenti, la principale occupazione degli affiliati è stata l'edilizia, per favorire la quale tentarono anche di candidarsi alle elezioni comunali con una lista civica. Da ricordare, altresì, la locale di Rho, una delle più antiche della Lombardia, il cui capo negli anni Novanta aveva nelle sue disponibilità soggetti appartenenti alle forze dell'ordine e un primario dell'ospedale di Rho, i quali passavano informazioni riservate al clan e garantivano il ricorso ai ricoveri quando egli doveva sottrarsi all'esecuzione dei provvedimenti giudiziari.

Come noto, inoltre, l'affermazione della criminalità organizzata passa anche attraverso il controllo dei flussi di spesa pubblica, il condizionamento degli appalti e la corruzione degli amministratori.

La penetrazione nelle istituzioni ed il condizionamento di interi settori dell'economia – spesso legata a forniture, prestazioni di servizi ed appalti pubblici – sono tra i fattori che maggiormente hanno contribuito a saldare la presenza delle principali organizzazioni sul territorio ed a rafforzarne il potere.

Il settore degli appalti pubblici, in particolare, costituisce uno dei settori di primario interesse delle organizzazioni mafiose, sia perché consente di reinvestire in iniziative legali le ingenti risorse “liquide” frutto delle attività criminali, sia perché rappresenta l’occasione di un’ulteriore fonte di reddito derivante dalle estorsioni praticate in danno degli operatori economici impegnati nella realizzazione delle opere.

L’intervenuta emergenza sanitaria connessa alla rapida diffusione del virus COVID-19, un’emergenza globale e senza precedenti, rappresenta un’ulteriore opportunità di espansione dell’economia criminale. Come sottolineato dalla DIA, la semplificazione delle procedure di affidamento, in molti casi legate a situazioni di necessità ed urgenza, costituisce un rischio per l’infiltrazione delle organizzazioni criminali negli apparati amministrativi, specie di quelli connessi al settore sanitario.

In proposito, la massiccia immissione sul mercato di dispositivi sanitari e di protezione individuale, in molti casi considerati “infetti” dopo l’utilizzo in ambienti a rischio, pone un problema di smaltimento di rifiuti speciali, settore notoriamente d’interesse della criminalità organizzata.

Vi è il rischio, pertanto, di importanti investimenti criminali nelle società operanti nel “ciclo della sanità”, siano esse coinvolte nella produzione di dispositivi medici (mascherine, respiratori, ecc) nella distribuzione (a partire dalle farmacie, in più occasioni cadute nelle mire delle cosche), nella sanificazione ambientale e nello smaltimento dei rifiuti speciali, prodotti in maniera più consistente a seguito dell’emergenza.

È del tutto evidente, quindi, che la sanità rappresenta un polo di interessi sociali ed economici articolatamente esposto alle mire delle cosche, anche nella prospettiva degli investimenti che verranno fatti nell’edilizia ospedaliera.

Il provvedimento per il rilancio dell’economia, utile anche a fronteggiare eventuali scenari sanitari sfavorevoli, si realizzerà con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per l’accesso alla *Next Generation EU*.

Attraverso il più cospicuo pacchetto di misure di stimolo all’economia in Europa verranno avviati – mediante *tranche* di erogazione all’Italia di fondi europei per oltre 220 miliardi di euro – una serie di investimenti volti al rilancio delle economie dei Paesi membri. Tale straordinaria opportunità sarà altresì affiancata da una serie di monitoraggi e di contromisure a tutti i livelli istituzionali utili a contrastare oltre al probabile diffondersi di fenomeni corruttivi le mire della criminalità organizzata che potrebbe essere attirata dall’imponenza di tali flussi di denaro.

Il PNRR peraltro dedica attenzione al problema richiamando l’applicazione dei protocolli di legalità, prefigurando il potenziamento della magistratura e della P.A. e rafforzando la filiera dei controlli e della tracciabilità della spesa.

2.3.4. Valutazione di impatto del contesto interno

La Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021: “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), prevedere un “potenziamento” del servizio sanitario regionale in particolare per medicina territoriale, prevenzione e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L’ASST Rhodense è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, e concorre con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all’erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

La mission è quindi quella di prendersi cura della persona in risposta ai suoi bisogni di salute, assumendo sempre più un ruolo pro-attivo nel processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione e assicurando la disponibilità e l’accesso all’assistenza ospedaliera, ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio contemplati dai livelli essenziali di assistenza, mediante l’erogazione di prestazioni sanitarie appropriate.

L'ASST Rhodense ha il compito di garantire la presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale ed assicurare l'informazione completa, accurata e tempestiva.

Inoltre, secondo la nuova riforma sanitaria in cui viene introdotto l'approccio "one health", l'Azienda si impegnerà ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente. Tutto questo tende ad un obiettivo più ampio, che si traduce nella promozione dell'innovazione tecnologica, il potenziamento della medicina digitale, il rafforzamento della medicina territoriale e lo sviluppo della medicina di genere.

La vision dell'ASST è intesa come realizzazione di un sistema diffusamente orientato alla tutela e al miglioramento continuo della qualità della cura e dell'assistenza, promuovendo anche la salute fisica e mentale, attraverso:

- a) articolazioni organizzative a rete;
- b) modelli integrati tra polo ospedaliero e polo territoriale come ad esempio il raccordo con il sistema di Cure Primarie e delle farmacie convenzionate;
- c) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini ai servizi offerti dall'ASST;
- d) promozione, sperimentazione e coinvolgimento del volontariato, non in forma sostitutiva dei servizi offerti dall'ASST.

2.3.5. Analisi e valutazione dei rischi

In ossequio alle indicazioni dell'ANAC già contenute nell'Allegato n. 1 al PNA 2019 *"Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"* - tenuto altresì conto delle indicazioni di cui alla Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 con la quale l'Autorità è intervenuta con l'aggiornamento del PNA 2022 - ai fini dell'aggiornamento del PIAO 2025-2027 sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", è stata effettuata una rivalutazione del livello di esposizione al rischio delle singole attività inserite nel "Catalogo dei rischi", allegato n. 1 al presente Piano, basata su un approccio di tipo qualitativo e non più quantitativo.

In particolare, al fine di pervenire ad una stima del livello di esposizione al rischio basata su un approccio di tipo qualitativo, sono stati individuati una serie di indicatori di rischio, per ciascuno dei quali è stato chiesto ai Referenti del RPCT di effettuare una valutazione sulla scorta dei seguenti criteri:

INDICATORI DI RISCHIO:

- A. livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- B. grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- C. manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata oggetto, in passato, di eventi corruttivi;
- D. trasparenza del processo decisionale - scala inversa: l'adozione di strumenti di trasparenza idonei riduce il rischio;
- E. grado di attuazione delle misure di prevenzione in passato - scala inversa;
- F. controlli: l'adozione di un maggior numero di controlli e di una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio.

CRITERI DI VALUTAZIONE DEI SINGOLI INDICATORI:

- Rischio marginale o nessun rischio

- rischio accettabile
- rischio medio
- rischio rilevante
- rischio critico.

Inoltre, allo scopo di garantire che il processo di misurazione del livello di rischio fosse supportato dall'esame di dati statistici, sono stati individuati i seguenti dati oggettivi utili per la valutazione finale complessiva:

1. dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti;
2. segnalazioni pervenute;
3. ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni).

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori e dall'analisi dei dati oggettivi, è stata effettuata la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio delle singole attività, secondo i medesimi parametri utilizzati per la stima degli indicatori e di seguito riportati:

1. Rischio marginale o nessun rischio
2. rischio accettabile
3. rischio medio
4. rischio rilevante
5. rischio critico.

Inoltre, ai fini dell'aggiornamento della mappatura delle attività aziendali nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, è stato chiesto ai Referenti del RPCT, di procedere ad una verifica dei processi a rischio attribuiti ai rispettivi ambiti ed all'inserimento di eventuali ulteriori attività di rischio connesse ai procedimenti di competenza, con l'individuazione delle relative misure di prevenzione.

Nel sopra illustrato processo di mappatura delle attività di rischio, l'ASST Rhodense ha ritenuto di fondamentale importanza la partecipazione dei Referenti del RPCT, mediante un procedimento che, a cascata, ha previsto il coinvolgimento anche di altri Dirigenti delle proprie articolazioni organizzative aziendali.

Già con la stesura del PTPC accluso al PIAO 2024-2026, era stato rispettato il raccordo sinergico di collaborazione tra il RPCT e i Referenti/Dirigenti per ottenere un PTPCT condiviso come un modello a rete, modello che verrà utilizzato anche per il presente aggiornamento al PIAO 2025-2027 per la sezione 2.3 "rischi corruttivi e trasparenza".

Nello specifico l'ASST Rhodense, oltre alle aree di rischio generali, obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, elencate nell'art. 1, c. 16, L. n. 190/2012 – tenuto conto delle modifiche al PNA 2022 di cui alla delibera ANAC n.605 del 19 dicembre 2023, e stante l'affermamento all'Ente dei MMG e PLS ha individuato, in considerazione delle peculiarità funzionali ed organizzative aziendali, ulteriori aree di rischio come declinate nell'Allegato 1 – Catalogo dei rischi prevenzione della corruzione (in relazione alla sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza")

Tra gli strumenti di prevenzione della corruzione di cui l'ASST Rhodense si avvale sono annoverate le seguenti misure obbligatorie previste dalla normativa vigente:

- Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza inserito nel presente PIAO 2025-2027 sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza”;
- Trasparenza;
- Codice di Comportamento aziendale;
- rotazione del personale operante nelle aree a maggior rischio di corruzione;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali;
- incompatibilità/inconferibilità;
- attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- informazione, comunicazione, partecipazione;
- patti di integrità negli affidamenti.

Trasparenza

La trasparenza rappresenta una misura di rilievo e di fondamentale importanza per la prevenzione della corruzione, strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre, inoltre, a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento.

In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Al fine di dare attuazione al principio di trasparenza, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, l'ASST Rhodense ha provveduto a redigere l'ex Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), che costituisce apposita sezione dell'ex PTPCT assorbito e sostituito dal presente PIAO 2025-2027 sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza” come allegato n. 2.

Il programma definisce le misure, i modi, e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza vigila sul rispetto e l'operatività dell'ex PTTI, riconoscendo nella trasparenza dell'attività amministrativa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio.

In particolare, vigila affinché siano pubblicate, a cura dei Responsabili, le informazioni relative ai processi aziendali a maggior rischio.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in conformità di quanto previsto dalla Deliberazione ANAC n.213 del 23 aprile 2024 avente a oggetto: *“Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2024 e attività di vigilanza dell’Autorità”* che ha individuato specifiche categorie dei dati di cui gli OIV, ex art. 44 del D.Lgs 33/2013, o gli organismi con funzioni analoghe nelle amministrazioni, erano tenuti ad attestare, ha provveduto alla pubblicazione in “Amministrazione trasparente” dell’attestazione completa della scheda di verifica di rilevazione riferita agli obblighi di pubblicazione sino al 31 dicembre 2023, con preciso riferimento a tutti gli item meglio declinati nella sopra citata deliberazione ANAC n.213 del 23 aprile 2024.

Il Nucleo di Valutazione dell’ASST Rhodense nella colonna della sopra richiamata attestazione denominata “completezza del contenuto” ha indicato il raggiungimento della percentuale pari al 100% con riferimento alle voci di competenza dell’Ente e rispetto alle quali vige l’obbligo di pubblicazione, così attestando il puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione in capo all’Ente con riferimento al periodo sino al 31 dicembre 2023.

Successivamente alla pubblicazione dell’attestazione del Nucleo di Valutazione il RPCT ha effettuato le verifiche circa il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione anche per l’anno 2024 in capo alle Strutture/Uffici invitando le stesse a ottemperare ove riscontrate eventuali carenze.

Con Deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 sono stati adottati tre nuovi schemi di pubblicazione approvati dall’Autorità, e afferenti le voci: *“utilizzo delle risorse pubbliche”*, *“organizzazione delle pubbliche amministrazioni”* e la voce *“controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’amministrazione”*.

Per quanto di interesse e competenza ASST Rhodense ha recepito i nuovi schemi di pubblicazione di cui alla sopra richiamata Delibera e li ha tralasciati nel documento allegato al presente provvedimento denominato Allegato 2 – Sezione “Amministrazione Trasparente” – elenco degli obblighi di pubblicazione (in relazione alla sezione 2.3 “Rischi corruttivi e Trasparenza”).

Codice di comportamento aziendale

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

Sulla scorta delle indicazioni contenute nel D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, con deliberazione n. 1237 del 23.11.2023 - a seguito dell’emanazione delle nuove “Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”, approvate dall’ANAC con Delibera n. 177/2020, nonché ai sensi dell’art. 4 della L. 29 giugno 2022, n. 79 (conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 aprile 2022, n. 36) e del DPR 13 giugno 2023, n. 81 in merito al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l’immagine della pubblica amministrazione, è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell’ASST Rhodense, a norma dell’art. 54, co. 5, D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, con delibera n. 1237 del 23 novembre 2023.

Tale Codice, approvato a seguito dell’iter previsto dalle citate linee guida e corredato da apposita relazione illustrativa redatta dal Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, è stato sottoposto, come previsto dalla normativa vigente, all’attenzione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, che ha espresso parere favorevole.

Il Codice precisa l’ambito di applicazione all’interno dell’Azienda, prevedendone l’estensione anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, compresi i

titolari di borse di studio, i tirocinanti, i collaboratori a titolo gratuito, i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati, gli specialisti ambulatoriali (per quanto compatibile con le convenzioni vigenti), il personale assunto con contratto di lavoro somministrato, i dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.

Nello specifico, è data particolare rilevanza:

- all'obbligo di conformare la propria condotta ai principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa;
- all'orientamento dell'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia, nonché alla parità di trattamento degli utenti, senza alcun tipo di discriminazione;
- al rispetto delle misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- ai doveri di riservatezza del pubblico dipendente nello svolgimento delle sue funzioni, disciplinando la delicata materia dei rapporti privati, ovvero nelle relazioni extralavorative, nonché dei rapporti con il pubblico;
- all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- all'obbligo dei dipendenti di rispettare le misure aziendali volte alla prevenzione della corruzione e di collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, segnalando eventuali situazioni di illecito nell'Azienda di cui sia venuto a conoscenza;
- al dovere di assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti secondo le disposizioni normative vigenti;
- ai comportamenti da tenere nell'utilizzo delle tecnologie informatiche nonché dei mezzi di informazione e dei social media;
- al ruolo del Dirigente nell'adempimento delle proprie funzioni;
- al comportamento da tenere in occasione della conclusione di accordi o contratti per conto dell'Azienda.

Il Codice, in particolare, agli artt. 6 e 7 disciplina la materia ed il comportamento da attuare in caso di conflitto d'interesse e all'art. 8 "Prevenzione della corruzione", pone in capo a ciascun dipendente l'obbligo del rispetto delle misure di prevenzione degli illeciti e delle prescrizioni contenute nell'ex PTPCT aziendale/ora PIAO sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"). In particolare è tenuto a prestare la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza identificato dall'Azienda e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Azienda di cui sia venuto a conoscenza.

Il dirigente che riceva da un proprio collaboratore una segnalazione di illecito che possa ricondurre ad episodi di corruzione deve informare il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, utilizzando tutte le cautele per mantenere riservata l'identità del Segnalante e provvedendo altresì, se del caso e se ne sussiste la competenza, ad esperire il relativo procedimento disciplinare o a comunicare tempestivamente all'Ufficio Procedimenti disciplinari e per iscritto i fatti segnalati dal proprio collaboratore.

All'art. 9 il Codice stabilisce che il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale, nonché per garantire il pieno rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei dati.

All'interno del Codice, inoltre, è indicato l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'ASST la sussistenza, nei propri confronti, di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali.

Al Codice è stata data ampia diffusione anche tramite pubblicazione sul sito intranet aziendale e nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale.

Sull'applicazione del Codice di comportamento dell'ASST Rhodense vigilano i Dirigenti, le strutture di controllo interno e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

L'art. 7 del Codice di Comportamento aziendale, in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013, è dedicato all'obbligo di astensione del dipendente laddove ritenga che le decisioni o le attività da intraprendere nell'adempimento delle proprie funzioni possano coinvolgere interessi propri, di parenti o affini o comunque di soggetti/organizzazioni/enti/associazioni/società di cui sia amministratore/tutore/procuratore/curatore/dirigente.

Il Codice prevede che in tale ipotesi, che può essere configurata come "conflitto di interessi", il dipendente debba comunicare la propria astensione al proprio Responsabile, il quale è deputato ad assumere la decisione in merito.

Il Responsabile destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo, sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile procederà all'affidamento al predetto dipendente di altro incarico e/o al trasferimento ad altro ufficio, comunicando al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza la soluzione adottata al fine di assicurare la continuità amministrativa.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Qualora il conflitto riguardi il Responsabile, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Tutta la documentazione relativa ai casi di astensione dovrà essere trasmessa, a cura del Responsabile della Struttura e/o articolazione aziendale, alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane del Personale che provvederà all'archiviazione in un fascicolo generale apposito.

L'art. 16 del D. Lgs. n. 36/2023 ha introdotto specifiche disposizioni in materia di conflitto di interessi al fine di contrastare fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni e garantire la parità di trattamento degli operatori economici.

Il primo comma della disposizione offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedure di gara, prevedendo che *"Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione."*

L'ASST Rhodense, al fine di prevenire ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, prevede l'obbligo per i componenti delle commissioni giudicatrici di rendere, mediante la compilazione e la sottoscrizione di apposita modulistica,

una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, relativa alla insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con l'impegno qualora sopraggiunga una situazione (o la conoscenza di una situazione) di conflitto di interessi anche potenziale. ad astenersi dalla funzione di componente della Commissione e di comunicare tale situazione agli altri membri della Commissione e all'Azienda.

In tema di conflitto di interesse, l'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. 190/2012, impone espressamente alle pubbliche amministrazioni di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi nel caso di conferimento di incarichi a consulenti. Al riguardo, anche l'art. 15 del D. Lgs. 33/2013, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

L'ASST Rhodense, in ossequio alla succitata normativa, come stabilito nella procedura PAC approvata con deliberazione n. 1213 del 23.12.2019 *"Gestione del trattamento economico del personale con rapporto di lavoro autonomo professionale o occasionale"*, preliminarmente al conferimento di incarichi libero professionali o occasionali, prevede l'obbligo per il professionista di rilasciare, mediante la compilazione e la sottoscrizione di apposita modulistica, una dichiarazione relativa alla insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, con l'impegno a comunicare ogni eventuale variazione dei dati comunicati.

Le dichiarazioni dell'insussistenza di conflitto d'interessi rilasciate dai professionisti sono pubblicate sul sito internet aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" relativa ai consulenti e collaboratori.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, approvato dal Consiglio ANAC il 16.11.2022 e pubblicata con delibera n.7 del 17.01.2023, ha dedicato particolare attenzione nella parte speciale alla disciplina del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, settore particolarmente esposto a rischi di interferenze.

Oltre ai chiarimenti sull'ambito di applicazione soggettivo e oggettivo delle disposizioni, sono state fornite misure concrete da adottare nella programmazione anticorruzione in materia di contratti ed elaborato un esempio di modello di dichiarazione per individuare anticipatamente possibili conflitti.

La stessa normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interesse, anche alla luce dell'obbligo di cui all'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/2021 di fornire i dati del "titolare effettivo" del destinatario dei fondi o dell'appaltatore.

Si fa rinvio a quanto ulteriormente precisato e previsto nel PNA 2022 in materia di conflitto di interessi nell'ambito dei contratti pubblici.

Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività e incarichi extra-istituzionali

Nel 2017 l'Agenzia Regionale Anticorruzione è intervenuta con alcune circolari in materia di conflitto di interessi, con riferimento alla partecipazione del dipendente delle pubbliche amministrazioni, sia a titolo oneroso che gratuito, in qualità di relatore, moderatore o docente in attività di tipo scientifico/convegnistico organizzate e/o sponsorizzate da società o persone fisiche che svolgano attività di impresa o commerciale (nota prot. n. ARAC.2017.0000332 del 14/09/2017 e nota prot. n. ARAC.2017.0000388 del 25/10/2017).

In ossequio alle indicazioni delineate dall'ARAC, con deliberazione n. 207 dell'8 marzo 2018 è stato approvato un nuovo Regolamento dell'ASST Rhodense in materia di incarichi extraistituzionali, con la previsione dell'obbligo per i dipendenti di formale richiesta di autorizzazione preventiva per quanto concerne gli incarichi relativi alla partecipazione a corsi/congressi/convegni in qualità di docenti/moderatori/relatori.

In particolare, con riferimento ai succitati incarichi, è stata adottata un'apposita procedura che prevede il coinvolgimento dei Responsabili delle SC Gestione Acquisti, Ingegneria Clinica e del Responsabile Ufficio Sperimentazioni Cliniche, allo scopo di verificare l'avvenuta o non avvenuta partecipazione del dipendente che abbia fatto richiesta di autorizzazione, negli ultimi due anni, ad attività in qualità di componente delle commissioni di gara, di stesura di capitolati di gara, di programmazione del fabbisogno, di scelta del prodotto, ovvero l'avvenuta o non avvenuta nomina del dipendente quale DEC e/o assistente del DEC, ovvero l'avvenuto o non avvenuto rilascio di un parere tecnico/economico che abbia coinvolto il soggetto conferente, ovvero l'avvenuta/non avvenuta partecipazione ad attività di sperimentazione clinica a favore del soggetto conferente.

A seguito della emanazione da parte della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia delle linee guida in materia di sponsorizzazioni, si è resa necessaria un'ulteriore revisione del Regolamento, approvata con deliberazione n. 655 del 20.06.2019, prevedendo la conferibilità di incarichi di relatore/moderatore o formatore/docente in attività di tipo scientifico convegnistico da parte di società che abbiano in essere attività di sperimentazione con l'Azienda, assoggettati ad obbligo di comunicazione preventiva.

2.3.6.5. Incompatibilità/inconferibilità

Il D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39, emanato in attuazione della delega contenuta nei commi 49 e 50 dell'art. 1 L. n. 190/2012, ha introdotto una nuova disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di diritto pubblico, prevedendo una serie articolata e minuziosa di cause di inconferibilità e incompatibilità.

Con riferimento agli enti del servizio sanitario, la delega contenuta all'art. 1, co. 50 L. n. 190/2012 ha espressamente previsto, tra gli incarichi oggetto della disciplina da delinarsi con i decreti legislativi attuativi, gli incarichi di Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

A seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 39/2013, sono sorti, pertanto, dubbi interpretativi in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ai Dirigenti sanitari, avendo il legislatore riservato al settore sanitario una specifica disciplina rivolta esclusivamente alla dirigenza rappresentata dal vertice delle aziende sanitarie locali (artt. 5, 8, 10 e 14 del D. Lgs. n. 39/2013), in deroga alle disposizioni previste per le altre pubbliche amministrazioni, ove viene genericamente in rilievo ogni incarico dirigenziale interno o esterno, come definito nell'art. 1, co. 2, lett. j) e k) del D. Lgs. 39/2013.

Al riguardo l'ANAC con delibera n. 58/2013, esprimendosi in ordine ad una serie di quesiti interpretativi ricevuti, aveva ritenuto che le cause di inconferibilità e di incompatibilità non possano essere applicate esclusivamente ai titolari degli incarichi di Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, estendendo l'ambito di applicazione della disciplina ai dirigenti in capo ai quali sussistono, oltre alla responsabilità professionale, forme di responsabilità di amministrazione e gestione (art. 15 del D.Lgs. n. 502/1992).

Tuttavia, la terza sezione del Consiglio di Stato, pronunciandosi sulla incompatibilità tra la carica di Dirigente medico preposto ad una Struttura Complessa e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti della stessa regione, ha chiarito che il legislatore delegante, e di riflesso quello delegato, hanno inteso dettare per il personale delle Aziende Sanitarie una disposizione speciale che, assoggettando al regime delle incompatibilità i tre incarichi di vertice, implicitamente ma

inequivocamente esclude da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate “dirigenziali” (sentenza n. 5583/2014).

In considerazione della sopracitata sentenza, l'ANAC, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi ed applicativi ha ritenuto di adottare una nuova delibera (n. 149 del 22 dicembre 2014) interamente sostitutiva della precedente, con la quale ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le AA.SS.LL. devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della L. n. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013.

Infine, l'art. 4 D. Lgs. n. 171/2016 ha stabilito che, in materia di inconferibilità e di incompatibilità, si applicano all'incarico di Direttore Generale, di Direttore Amministrativo, di Direttore Sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, le disposizioni vigenti.

Con delibera n. 1201 del 18 dicembre 2019, l'ANAC è intervenuta nuovamente sulla questione dell'applicabilità della disciplina di cui all'art. 3 del D. Lgs. n. 33/2013 (Inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione) agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria.

Nello specifico, l'ANAC ha chiarito che la *ratio* della disciplina specifica delienerata dall'art. 3, comma 1, lett. e) D. Lgs. n. 33/2013, deve essere ravvisata nel particolare assetto della dirigenza medica e sanitaria (veterinaria, chimica, farmacista, biologa, psicologa e fisica). In tale ambito, tutti i soggetti menzionati sono formalmente inquadrati come dirigenti, iscritti in un unico ruolo, a prescindere, cioè, dall'effettivo svolgimento di incarichi di direzione di strutture semplici-complesse.

La qualifica dirigenziale, in ambito sanitario, è quindi automaticamente connessa alla professionalità degli operatori nell'intento di attribuire loro una spiccata autonomia operativa oltre che la libertà di autodeterminarsi nelle scelte professionali.

Al contrario, la normativa in tema di inconferibilità considera quali incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenuti solo quelli che comportano *“l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione”* (art. 1, co. 2 lett. j), con ciò non ritenendo sufficiente il mero possesso formale della qualifica dirigenziale.

Pertanto il legislatore, ben consapevole delle peculiarità del settore sanitario, nell'ambito del quale i poteri di amministrazione a gestione spettano unicamente al direttore generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore socio sanitario, ha limitato l'applicazione della fattispecie di inconferibilità in questione unicamente a quegli incarichi che comportano l'esercizio di tali poteri.

In tutti gli altri casi la formale attribuzione della qualifica dirigenziale medico-sanitaria (sia esso medica, veterinaria, chimica, ecc.) in relazione all'esercizio della propria professione, non determina del pari attribuzione di poteri di amministrazione circa l'andamento, la gestione e il funzionamento dell'azienda. Tanto premesso, tale limitazione soggettiva del perimetro applicativo della disciplina del D. Lgs. 39/2013 è giustificabile e ragionevole alla luce del principio costituzionale di eguaglianza solo avuto riguardo alle specificità sopra descritte.

Tuttavia, negli enti del servizio sanitario non operano solo dirigenti medici-farmacisti-biologi- veterinari, bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria (addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico, responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico, esperti informatici, ecc.).

Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico-sanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale.

Rispetto ad essi l'ANAC ha ritenuto che valgano le ordinarie regole previste dal D. Lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del D. Lgs. n. 39/2013.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, l'ASST Rhodense, ritiene che la disciplina dettata dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D. Lgs. n. 39/2013 si applichi esclusivamente con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario.

Quanto al tema dell'inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione, in ossequio alle intervenute disposizioni delineate dall'ANAC, si ritiene che la disciplina prevista dall'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013 si applichi non solo alla direzione strategica (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario), ma anche al personale apicale di tutti i ruoli.

Al riguardo, per le figure sopra indicate, l'ASST prevede l'applicazione delle seguenti misure di prevenzione:

1. acquisizione, all'atto di conferimento degli incarichi di Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario, di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 1, D. Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità previste dagli artt. 3, 5 e 8 D. Lgs. n. 39/2013;
2. acquisizione, all'atto di conferimento degli incarichi di Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario, di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 2, D. Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità previste dagli artt. 10 e 14 D. Lgs. n. 39/2013, da aggiornarsi con cadenza annuale;
3. acquisizione, all'atto di conferimento degli incarichi di dirigenti apicale di tutti i ruoli di apposita dichiarazione - ex art. 20, co. 1, D. Lgs. n. 39/2013 – sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità previste dall'art. 3 D. Lgs. n. 39/2013;
4. verifica a campione relativa alla veridicità delle dichiarazioni rese presso le Autorità competenti;
5. conferimento dell'incarico subordinato all'acquisizione della dichiarazione di cui al precedente punto 3;
6. pubblicazione delle dichiarazioni di cui ai punti precedenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*)

L'art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001 stabilisce il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (per qualsiasi causa, compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i medesimi poteri.

Tale norma prevede, quindi, una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto, al fine di eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti ed evitare condizionamenti nell'esercizio di pubbliche funzioni.

Si tratta di un'ipotesi di incompatibilità successiva che si affianca e si aggiunge ai meccanismi di "inconferibilità", ossia i divieti temporanei di accesso ad una carica o ad un incarico, e di "incompatibilità", ossia il divieto di cumulo di più cariche o incarichi, previsti dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Tali misure hanno il comune fine di neutralizzare possibili conflitti di interesse nello svolgimento delle funzioni e di incarichi attribuiti a un dipendente pubblico al fine di salvaguardare l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Anac ha emanato le Linee Guida, aiutando così le Amministrazioni nell'applicazione del divieto: con delibera n. 493, approvata dal Consiglio dell'Autorità del 25 settembre 2024, vengono forniti indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*. Ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato con precedent pareri e delibere dell'Autorità.

Le Linee Guida approvate sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Come ribadito da ultimo nell'aggiornamento al PNA 2022, la norma ricomprende non solo i dipendenti a tempo indeterminato, ma anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015).

In riferimento all'ambito di applicazione, i soggetti interessati sono coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura. Il rischio di preconstituirsì situazioni lavorative favorevoli si può configurare, quindi, oltre che in capo al dirigente, anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC sulla normativa AG 74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015). Pertanto, il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Pertanto la norma si applica a tutti i dirigenti e funzionari, ivi inclusi i titolari di incarichi di funzione (già posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento).

Per quanto attiene i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, l'ANAC ha chiarito che, al di là della formulazione letterale della norma, che sembra riguardare solo società, imprese, studi professionali, la nozione di soggetto privato deve essere la più ampia possibile. Sono esclusi gli enti *in house* della pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente pubblico e gli enti privati costituiti successivamente alla cessazione del rapporto di pubblico impiego del dipendente che non presentino profili di continuità con enti già esistenti (PNA 2022).

La norma prevede, inoltre, un regime sanzionatorio per il caso di violazione del divieto, che prevede sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti.

Nello specifico:

- sanzioni sull'atto: nullità dei contratti di lavoro dipendente e degli incarichi di lavoro autonomo stipulati in violazione del divieto;
- sanzioni sui soggetti:
 - a) per i soggetti privati che hanno stipulato contratti di lavoro dipendente o conferito incarichi di lavoro autonomo in violazione della norma: divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni;
 - b) per gli ex dipendenti/lavoratori autonomi delle pubbliche amministrazioni che hanno stipulato contratti di lavoro dipendente o incarichi di lavoro autonomo in violazione del divieto: obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Al fine di dare attuazione alla normativa così delineata, l'ASST Rhodense prevede le seguenti misure:

- previsione, nei contratti di assunzione del personale dirigenziale e dei funzionari, ivi inclusi i titolari di incarichi di funzione (già posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento), a tempo indeterminato e determinato - anche con rapporto di lavoro autonomo - della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente/lavoratore autonomo;
- inserimento nei prototipi di domanda di dimissione dal servizio (compresi i casi di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) di apposita dichiarazione con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage* e a comunicare obbligatoriamente l'eventuale istaurazione di un nuovo rapporto di lavoro;
- inserimento della clausola del *pantouflage* e dell'obbligo di comunicazione dell'eventuale istaurazione di un nuovo rapporto di lavoro nelle lettere di accoglimento delle dimissioni dal servizio (compresi i casi di mobilità tra Enti o di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione);
- previsione, nelle istanze di partecipazione alle procedure di gara, tra i requisiti generali di partecipazione, che ciascun operatore economico deve necessariamente sottoscrivere, del requisito di non aver stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti ed ex lavoratori autonomi dell'ASST che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, pena l'immediata esclusione dell'operatore economico dalla procedura di affidamento e l'impossibilità per lo stesso di contrattare con l'ASST per i successivi tre anni;
- eventuale azione risarcitoria nei confronti dell'operatore economico per gli eventuali danni subiti dall'ASST.

Chiunque venga a conoscenza della violazione del divieto di *pantouflage* da parte di un ex dipendente, dovrà segnalare detta violazione alla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, che, fatte le dovute verifiche ed accertata la violazione, lo comunicherà al RPCT, affinché questi possa comunicarlo all'ANAC ed eventualmente al soggetto privato.

Nel caso di comunicazione all'Azienda da parte di ex dipendente dell'aver istaurato un nuovo rapporto di lavoro nei tre anni successivi alla cessazione dal servizio, si procederà ad effettuare verifiche circa l'eventuale violazione delle norme sul *pantouflage*.

Selezione e rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione – rotazione straordinaria

La rotazione del personale, come previsto dalla L. n. 190/2012 e successivamente approfondita nelle delibere ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, n. 1074 del 21/11/2018 di aggiornamento del PNA 2018 e nella delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 del PNA 2019, consiste nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La rotazione ordinaria dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, tra cui i cosiddetti vincoli soggettivi come ribadito anche nell'allegato n. 2 della delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019, tenuto conto della necessità che la rotazione ordinaria va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento ed il principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività, necessarie per lo svolgimento di talune attività. Inoltre, la rotazione dei dirigenti è di fatto di difficile

attuazione, per l'infungibilità di alcune figure specialistiche e per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi.

Il ricorso alla rotazione deve, pertanto, essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione e con misure alternative dall'effetto analogo, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'ASST Rhodense senza determinare inefficienze e malfunzionamenti e, pur in un quadro di autonoma determinazione circa le modalità di attuazione della misura, la stessa anche nel triennio 2025-2027 sarà applicata sia nella forma di rotazione funzionale che territoriale, sia attraverso misure alternative con effetto analogo.

Nell'applicazione concreta del principio di rotazione, in funzione di prevenzione della corruzione, l'ASST Rhodense si attiene alle condizioni e criteri di seguito riportati.

CONDIZIONI E VINCOLI DI APPLICAZIONE

L'applicazione della misura della rotazione del personale dell'ASST Rhodense deve tenere conto dei vincoli connessi all'assetto organizzativo dell'Azienda, della disponibilità di professionalità, dei vincoli e limiti posti dai CCNL e dalla normativa, dell'esito del confronto con le organizzazioni aziendali, delle previsioni in atti a contenuto generale e nei contratti, dall'attenta disamina e valutazione degli aspetti gestionali delle diverse Strutture/articolazioni organizzative aziendali.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

È esclusa la rotazione laddove possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi è quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche e rimane sempre rilevante la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

CRITERIO DI APPLICAZIONE

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione in argomento nel triennio 2025-2027 si cercherà di attuare il giusto temperamento tra l'applicazione del principio di rotazione e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie, evitando il rischio di un inutile aggravio dei tempi procedurali, delle modalità di conduzione dei processi o l'insorgere di prassi non conformi alle previsioni normative, tenuto conto, altresì, delle dimensioni aziendali e soprattutto delle peculiarità delle attività erogate dall'Azienda.

L'ASST Rhodense si impegnerà a programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

AMBITO DI APPLICAZIONE

La rotazione si applica al personale dirigenziale ed al personale con funzioni di responsabilità (personale del comparto titolare di incarichi di funzione o con funzioni di coordinamento) operante nei processi aziendali caratterizzati da maggior rischio di corruzione, ovvero con valore di rischio elevato nella ponderazione del rischio effettuata dai referenti del RPCT nel presente Piano.

Sul piano dell'organizzazione del lavoro, è compito del Dirigente assicurare la rotazione nell'affidamento della responsabilità dei procedimenti e nel compimento di atti di vigilanza o di gestione di determinati atti a maggior rischio di corruzione.

MISURE DI ROTAZIONE DA ATTUARE NEL TRIENNIO 2025-2027 :

L'ASST Rhodense si impegna nel corso del triennio 2025-2027 all'attuazione del processo di rotazione sia del personale con funzioni di responsabilità (Dirigenti, personale del comparto titolare di incarico di funzione o con funzioni di coordinamento), sia del personale senza funzioni di responsabilità (personale non titolare di incarichi di funzione), identificando - tra le attività già individuate come soggette a rischio di corruzione - quelle che per la loro peculiarità potrebbero prestarsi ad essere assegnate ad altro personale, previa adeguata formazione teorico-pratica e comunque nel rispetto delle previsioni normative in materia.

Nel triennio 2025-2027 la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e la SC Gestione Acquisti dovranno continuare il percorso già intrapreso negli ultimi anni per le istruttorie più delicate, attuando meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria, consentendo quindi conseguentemente la massima trasparenza all'interno delle Strutture delle varie fasi dei processi e delle motivazioni sottese anche alle decisioni assunte

A tal fine, tutta la documentazione inerente i procedimenti espletati è archiviata all'interno di apposite cartelle su rete informatica accessibile ad una pluralità di operatori della Struttura.

I funzionari coordinatori di settore (titolari di incarichi di funzione) delle aree potenzialmente a maggior rischio corruzione (SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Gestione Acquisti, SC Gestione Tecnico Patrimoniale) avranno, anche per il triennio 2025-2027, l'obiettivo individuale della formazione di colleghi ai fini di poter attuare un graduale passaggio di competenze.

In conclusione, l'ASST Rhodense, complessivamente, in combinazione o in alternativa alla rotazione di Dirigenti e funzionari negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, nel corso del triennio 2025-2027, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, si impegna ad instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze ed all'articolazione delle competenze, attribuendo a soggetti diversi i compiti dello svolgimento di istruttorie e accertamenti, l'adozione delle decisioni, l'effettuazione delle verifiche, realizzando, pertanto, quanto ribadito da ultimo nella delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 del PNA 2019 vale a dire: evitare l'isolamento di certe mansioni, avere cura di favorire la trasparenza interna delle attività e l'articolazione delle competenze cd. "segregazione delle funzioni".

Quanto sopra ferme restando le disposizioni dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001, nella parte in cui prevede che i dirigenti *«provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva»*

Secondo la delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 di aggiornamento del PNA 2018, rispetto al momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione, ad avviso dell'Autorità, tale momento coincide con la conoscenza della richiesta di rinvio a giudizio (art. 405-406 e sgg. 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).

MONITORAGGIO E VERIFICA:

I Dirigenti responsabili delle aree Acquisti, Tecnico Patrimoniale, Personale individuate quale aree potenzialmente a maggior rischio corruzione, sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate.

I sopra richiamati Dirigenti responsabili nel corso dell'anno 2025 dovranno esporre al RPCT il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate.

Analogamente, il Dirigente/Referente con responsabilità in materia di formazione rende disponibile al RPCT ogni informazione richiesta da quest'ultimo sull'attuazione delle misure di formazione coordinate con quelle di rotazione.

ROTAZIONE STRAORDINARIA

Oltre alla rotazione "ordinaria", viene posta l'attenzione anche sulla cosiddetta rotazione "straordinaria" disciplinata nel D. Lgs. 165/2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater, secondo cui *«I dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva»*.

Tale misura solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione.

Al fine dell'applicabilità della rotazione straordinaria, l'Azienda è tenuta a verificare, con riferimento ad ogni singolo caso, la sussistenza:

- a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti (per avvio del procedimento in base all'ultima posizione espressa con la Delibera ANAC n. 215/2019 recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria", si deve intendere il momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale);
- b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater del D. Lgs. 165/2001 (per procedimento disciplinare rilevante, in base all'ultima posizione espressa con la Delibera ANAC n. 215/2019 recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione" si deve intendere quello avviato per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate reati).

L'Azienda è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale ovvero al trasferimento del dipendente ad altro ufficio nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata (con provvedimento di spostamento adeguatamente motivato), rilevi che la condotta del dipendente oggetto del procedimento penale o disciplinare sia di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. l-quater, D. Lgs. 165/2001).

Nel caso di personale non dirigenziale, la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, mentre per il personale dirigente, o equiparato, comporta la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, l'attribuzione di altro incarico.

Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione. In tal senso si rinvia alla recente Delibera ANAC n. 215/2019 recante *"Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, D. Lgs. 165/2001"* per quanto concerne la specifica identificazione dei reati da tener conto ai fini dell'adozione della misura, il momento del procedimento penale in cui adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente ai fini dell'eventuale applicazione della misura, il contenuto, la durata, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, il rapporto con la rotazione ordinaria, ecc.

L'ASST Rhodense, a seguito dell'aggiornamento del Codice di comportamento, ha previsto all'art. 11, comma 19 del Codice, il dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di comunicare immediatamente all'amministrazione la sussistenza di provvedimenti di rinvio a giudizio ed, in generale, la circostanza che nei loro confronti è esercitata l'azione penale.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Ai fini dell'applicazione dell'art. 35 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D. Lgs. n. 165/2001, sono tenute a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, per la scelta del contraente, per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis D. Lgs. n. 165 del 2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013.
-

A tal fine l'Azienda ha posto in essere le seguenti misure, che verranno mantenute nel corso del triennio del presente Piano:

- a) acquisire dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del d.P.R. n. 445/2000 sottoscritta contenente la specifica previsione di non aver riportato condanne penali, anche con sentenze non definitive, per uno dei reati penali contro la pubblica amministrazione richiamati ai sensi dell'art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del D. Lgs. 139/2013:
 - all'atto della formazione delle commissioni per l'acquisizione di beni e servizi, per l'affidamento di lavori, per la concessione di contributi, sussidi, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere o di commissioni di concorso (anche per il personale con compiti di segreteria);
 - all'atto di assegnazione di dirigenti e di titolari di incarichi di funzione agli Uffici di cui all'art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001 nonché al personale di cui sopra già assegnato;
 - all'atto del conferimento degli incarichi di cui all'art. 3, comma 1, lett. e) D. Lgs. n. 39/2013 e all'art. 4 d.l.gs 171/2016.
- b) inserire nei bandi per il conferimento di incarichi le condizioni ostative al conferimento.

L'ASST provvede, altresì, a verificare anche presso gli Uffici della Procura della Repubblica territorialmente competente l'effettiva rispondenza a quanto indicato in sede di auto-certificazione, mediante il rilascio di certificato del casellario giudiziale e dei carichi pendenti.

Se, all'esito della verifica, risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applica le misure previste dall'art. 3 del D. Lgs. n. 39/2013 e le sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. 39/2013;

- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto e a dichiarare la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico ex art. 17 del D. Lgs. 39/2013;
- in caso di formazione di commissioni: dichiarare l'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.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblowing)

Il 15.3.2023 è stato pubblicato, nella Gazzetta Ufficiale, il D. Lgs. n. 24/2023, che, nel recepire la Direttiva UE n. 2019/1937, ha disciplinato, in modo unitario, le misure (tecniche; organizzative; giuridiche) a protezione delle persone che segnalano una violazione di una normativa comunitaria/nazionale idonea a ledere l'interesse ovvero l'integrità di un'organizzazione privata o di una pubblica amministrazione (cd. whistleblowing).

Già la legge 30 novembre 2017 n. 179 recante *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”* aveva modificato l'art. 54 bis del D. Lgs. n.165/2001 e integrato l'art. 6 del D. Lgs. n. 231/2001, consolidando alcuni principi fondamentali dell'istituto del whistleblowing introdotto dall'art. 1, comma 51, della legge 190/2012.

La novità normativa di cui al D. Lgs 24/2023 riguarda aspetti attinenti il rafforzamento della tutela della riservatezza del dipendente che segnala illeciti – previa adozione di un canale di segnalazione tramite apposita piattaforma - e sanziona i responsabili di atti discriminatori e/o di misure ritorsive, posti in essere dall'Ente nei confronti del dipendente a seguito della segnalazione medesima.

In forza del D. Lgs 24/2023 deve essere altresì attivato un canale telefonico per la gestione delle segnalazioni degli illeciti cui risponde esclusivamente il RPCT, e ogni modifica apportanda al regolamento aziendale che disciplina la materia deve essere previamente condivisa con le Organizzazioni Sindacali

Al fine di garantire piena attuazione alla disciplina come delineata dalla summenzionata normativa che ha innovato in materia di Whistleblowing, l'ASST Rhodense con Deliberazione n. 1390 del 22 dicembre 2023, ha provveduto ad approvare il nuovo Regolamento recante la procedura per la disciplina delle misure di tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing), in sostituzione del precedente regolamento.

Il Regolamento accluso alla Delibera n. 1390 del 22 dicembre 2023 è stato ulteriormente aggiornato con l'adozione della Delibera n.151 del 21 febbraio 2024 per garantire maggiore e fattiva aderenza al dettato normativo in forza del D. Lgs 24/2023.

Al fine di garantire la massima divulgazione della conoscenza delle nuove disposizioni al personale dipendente, il Regolamento è stato pubblicato nella pagina intranet aziendale e sul sito istituzionale nell'Area “Amministrazione Trasparente” nello spazio dedicato all'anticorruzione (sezione Altri contenuti/prevenzione della corruzione/ sottosezione Procedura Whistleblowing).

Il regolamento fornisce indicazioni operative circa l'oggetto, i contenuti, i destinatari e le modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le nuove forme di tutela offerte al segnalante

dall'ordinamento giuridico, individuando e rimuovendo tutti i fattori che potrebbero in un qualche modo impedire o rallentare il ricorso alla segnalazione.

A tutela dell'anonimato del segnalante, le segnalazioni potranno essere trasmesse secondo le seguenti modalità, conformemente a quanto previsto dall'art. 4 del D. Lgs. n. 24/2023:

- compilazione di un apposito modulo, reperibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'ASST RHODENSE.

Il modulo compilato in ogni sua parte ovvero la segnalazione può essere indirizzato/comunicata al RPCT dell'ASST RHODENSE mediante le seguenti modalità:

- Utilizzo, preferenziale, della piattaforma informatica e raggiungibile al seguente link <https://asstrhodense.whistleblowing.it/>.
- Ove la segnalazione non venga trasmessa tramite la suddetta piattaforma informatica potrà essere trasmessa previo invio all'indirizzo di posta elettronica, appositamente attivato: whistleblowing@asst-rhodense.it, accessibile soltanto al nominato RPCT.
- Mediante il servizio postale, con busta chiusa indirizzata all'AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE, con sede legale in Garbagnate Milanese (MI), in Viale Forlanini n.95, all'attenzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con la dicitura "RISERVATA PERSONALE", secondo le seguenti prescrizioni:
 - la segnalazione dovrà essere inserita in n. 3 buste chiuse:
 - 1) una prima busta chiusa recante i dati identificativi del segnalante, unitamente alla relativa copia del documento di riconoscimento del segnalante medesimo;
 - 2) una seconda busta chiusa con la segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione;
 - 3) entrambe le buste devono poi essere inserite in una terza busta chiusa recante, all'esterno, la dicitura "*riservata al gestore della segnalazione*";tenuto altresì conto delle seguenti ulteriori opzioni:
- Mediante posta interna, con busta chiusa, indirizza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con la dicitura "RISERVATA PERSONALE", e con le stesse opzioni di cui al punto precedente.
- In forma orale, mediante un apposito incontro diretto con il RPCT, da fissarsi entro un termine ragionevole.

In proposito, l'ASST RHODENSE precisa che: "Quando, su richiesta della persona segnalante, la segnalazione è effettuata oralmente nel corso di un incontro con il personale addetto, essa, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del personale addetto mediante registrazione su un dispositivo idoneo alla conservazione e all'ascolto oppure mediante verbale. In caso di verbale, la persona segnalante può verificare, rettificare e confermare il verbale dell'incontro mediante la propria sottoscrizione" (cfr. art. 14 comma 4) del D. Lgs. n. 24/2023).
- In forma orale, mediante un apposito incontro diretto con il Direttore Generale dell'ASST Rhodense, nei casi in cui la segnalazione riguardi fattispecie riconducibili all'operato del RPCT.

La segnalazione potrà essere effettuata anche con una dichiarazione differente da quella prevista dallo specifico modulo messo a disposizione, purché essa contenga gli elementi essenziali ivi indicati.

L'identità del Segnalante è tutelata in tutte le fasi della procedura e non può essere rivelata senza il suo espresso consenso; tale tutela vale anche nei confronti degli organi di vertice dell'Amministrazione.

La tutela di riservatezza del segnalante è espressamente prevista dall'art. 12 del D. Lgs. n.24/2023 e, ai sensi dell'art. 19 del D. Lgs. n. 24/2023, il segnalante può comunicare all'ANAC le eventuali ritorsioni che ritenga di aver subito.

La violazione della tutela della riservatezza del segnalante, fatti salvi i casi in cui sia ammessa la rivelazione della sua identità, come sopra evidenziati, è fonte di responsabilità disciplinare per inosservanza di disposizioni di servizio.

L'ASST Rhodense assicura la tutela del segnalante da qualsiasi forma di ritorsione o discriminazione, diretta o indiretta, quali, ad esempio, trasferimenti, sanzioni disciplinari, mobbing, licenziamento, ecc.

A tal fine, è prevista l'applicazione, nei confronti del/i soggetto/i autore/i di condotte discriminanti, delle sanzioni disciplinari previste nel CCNL di riferimento, fatte salve le ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento vigente a carico di questo/i (responsabilità disciplinare, civile, penale, amministrativa-contabile).

In relazione al contenuto della segnalazione, vengono considerate rilevanti le segnalazioni riguardanti comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico.

La segnalazione non può riguardare rimostranze di carattere personale del segnalante, o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con il superiore gerarchico o i colleghi, per le quali occorre fare riferimento alle Strutture o organismi interni all'Azienda ad esse deputati (SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Ufficio Procedimenti Disciplinari, CUG).

In riferimento alle segnalazioni anonime, le stesse vengono analizzate solo se sufficientemente dettagliate e circostanziate.

L'invio della segnalazione al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza non esonera il segnalante dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità Giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

Il regolamento prevede che la gestione e la verifica in ordine alla procedibilità e fondatezza della segnalazione siano affidate al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che effettua l'istruttoria nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza, avvalendosi del supporto e della collaborazione delle competenti Strutture aziendali.

Qualora, in esito all'istruttoria, venga accertato che per il fatto ascrivibile all'autore della violazione sia applicabile una sanzione di spettanza dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, l'esercizio della relativa azione e l'adozione degli atti conclusivi del procedimento disciplinare sono attribuiti all'UPD.

Nel caso in cui il fatto segnalato sia ascrivibile ad un Dirigente, il RPCT trasmette gli atti al Dirigente sovraordinato, che provvede all'esercizio dell'azione disciplinare e all'assunzione dei provvedimenti di chiusura del relativo procedimento disciplinare.

Il Dirigente responsabile dell'azione disciplinare o l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informeranno il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dei relativi esiti, anche in caso di archiviazione.

Qualora, a seguito delle segnalazioni, emergano elementi oggettivi idonei a rivelare eventuali criticità sull'efficacia del presente Piano in tema di contrasto del fenomeno corruttivo, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza predispone la modifica dello stesso, con adozione di misure preventive ulteriori, rispetto a quelle adottate ed inserite nel Piano.

Formazione

In linea con la disposizione di cui all'art.1, co. 9, lett. b) della legge n. 190/2012, l'ASST Rhodense ha previsto, per il triennio 2025-2027 percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Il PFA, nel triennio 2025-2027 anche attraverso la partecipazione ad eventi esterni, prevede una formazione di base, in particolare agli operatori che operano in settori maggiormente a rischio, in materia di etica e cultura della legalità, alla quale si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di

operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in maniera più articolata i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali maggiormente a rischio.

Nel corso del triennio 2025-2027 l'ASST Rhodense, sulla base delle esigenze prioritarie rappresentate dal RPCT, predisporrà un programma formativo che potrà essere articolato sia su un livello generale sia su un livello specifico principalmente rivolto alle figure addette alle attività a maggior rischio di corruzione che intervengono nell'attuazione delle misure previste in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza anche promuovendo la loro partecipazione ad eventi organizzati da altre aziende del SSR.

La formazione, intesa come strumento di prevenzione della corruzione, in conformità di quanto espresso nella Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 14 gennaio 2025 avente a oggetto: "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti", promuove lo sviluppo del capitale umano delle amministrazioni pubbliche quale centro della strategia di riforma e di investimento promossa dal PNRR che intende la formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità delle persone come strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane delle amministrazioni e si collocano al centro del loro processo di rinnovamento.

Il RPCT intende promuovere processi di formazione nell'ottica sopra descritta con il necessario supporto dei Dirigenti delle Strutture/Uffici rispetto all'individuazione delle tematiche di interesse, stante il dovere dei Dirigenti di sostenere anche lo sviluppo e la crescita professionale del personale assegnato, come anche rammentato nella Direttiva sopra citata.

Patti di integrità negli affidamenti

L'ASST Rhodense a decorrere dall'anno 2025 applicherà, sia in fase di esperimento delle procedure di gara, sia in fase di sottoscrizione ed esecuzione del contratto, il Patto d'integrità in materia di contratti pubblici regionali di cui alla DGR n. XII/3599 del 16 dicembre 2024 che ha approvato il testo aggiornato del "Patto di Integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli Enti del sistema regionale di cui all'all. A1 alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30", e che ha sostituito integralmente il testo del precedente Patto approvato con DGR n. XI/1751 del 17 giugno 2019. (approvato con DGR del 17.06.2019 n. X/1751).

Il Patto di integrità rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel settore dei contratti pubblici.

Si tratta di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo, volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti gli operatori concorrenti e contraenti.

La dichiarazione di assunzione di impegno a rispettare tutte le disposizioni e principi ivi sanciti rappresenta presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti in tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi.

Si tratta di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzata ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente.

Detto obbligo all'osservanza di tutte le disposizioni contenute nei citati documenti trova espressione sia all'interno del Disciplinare di gara, sia all'interno del Capitolato Speciale, nella parte in cui sono riportate condizioni e contenuti delle future obbligazioni contrattuali.

L'ASST Rhodense, inoltre, prevede l'obbligo per l'operatore economico aggiudicatario, in sede di sottoscrizione del contratto, di impegnarsi al rispetto delle disposizioni contenute nel Patto d'Integrità in materia di contratti pubblici regionali, pena la risoluzione del contratto.

Eventuali violazioni del Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali costituiscono causa espressa di risoluzione del rapporto contrattuale ai sensi e per gli effetti dell'art. 1457 c.c., fatto salvo ogni ulteriore diritto al risarcimento per i danni che ne dovessero conseguire.

Monitoraggio dei tempi procedurali

Nei processi a maggior rischio corruzione ciascun Dirigente, per l'area o processo di propria competenza, ha il compito di monitorare il rispetto dei termini di conclusione di ogni procedimento. Tali termini sono fissati dai Responsabili delle singole Strutture/Servizi sulla base della normativa vigente e dei regolamenti interni. Ogni anno i Referenti del RPCT verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano sul numero e sulla fattispecie dei procedimenti per i quali si registra un ritardo e le relative motivazioni.

Misure ulteriori di prevenzione

L'Azienda considera quali misure ulteriori e trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia a garantire il buon andamento dell'attività dell'amministrazione, l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:

- il Sistema Qualità: l'Azienda è certificata secondo la norma ISO, applica e monitora un efficace sistema di procedure interne per ogni ambito di attività;
- il Controllo di Gestione: la funzione è costituita ed è disciplinata, in particolare, dalle "Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia";
- la funzione di Internal Auditing, il cui regolamento è stato approvato con delibera n. 252 del 27.05.2016 in linea con le disposizioni di cui alla DGR n. 2989/2014;
- i processi di controllo interno, anche a supporto degli organismi istituzionali di controllo esterno (quali il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni) e l'insieme dei Regolamenti aziendali che disciplinano tutti gli ambiti di attività dell'Azienda;
- l'informatizzazione dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo.

Le macro-aree di audit già programmate per l'anno 2025, come da Piano di Audit 2025, saranno le seguenti:

Codice Audit	AREA D'INTERESSE OBIETTIVO DELL'AUDIT descrizione sintetica	PROCESSI INTERESSATI descrizione di dettaglio	STRUTTURE INTERESSATE
<u>01</u> <u>AU2025</u>	Infezioni Ospedaliere che si manifestano a seguito di ricovero e a causa di esso	Corretta e capillare diffusione della documentazione per la prevenzione delle ICA – Infezioni Correlate all'Assistenza – e controlli sulla verifica della loro applicazione.	Direzioni Mediche di Presidio
<u>02</u> <u>AU2025</u>	PNRR Erogazione incentivi ex 113	Verifica a campione della corretta applicazione dei criteri di erogazione degli incentivi	SC Gestione Acquisti SC Ingegneria Clinica SC Gestione Tecnico Patrimoniale SC Sistemi Informativi
<u>03</u> <u>AU2025</u>	Pantouflage Linee Guida – Deliberazione ANAC 493 del 25/09/2024 e pubblicate in GU il 18/12/2024	Verifica della corretta applicazione della misura	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane SC Gestione Acquisti
<u>04</u> <u>AU2025</u>	Privacy Applicazione e rispetto della normativa in materia di Privacy.	Processo messo in atto dall'Ufficio Privacy – controllo di secondo livello - per la verifica dell'applicazione della normativa e relativi aggiornamenti in materia di Privacy, nonché le modalità utilizzate per assicurarsi che la stessa venga rispettata all'interno delle strutture aziendali.	Ufficio Privacy Data Protection Offer - DPO

Codice Audit	AREA D'INTERESSE	PROCESSI INTERESSATI descrizione di dettaglio	STRUTTURE INTERESSATE
	OBIETTIVO DELL'AUDIT descrizione sintetica		
<u>01FU202</u> <u>5</u>	Fideiussioni Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie	Verifica della coerenza dei controlli previsti/effettuati dall'istruzione operativa.	SC Gestione Acquisti SC Gestione Tecnico Patrimoniale
AU: Audit - FU: Follow Up - ST: Audit su mandato			

Inoltre, in relazione ai singoli processi aziendali, nel procedimento di mappatura dei rischi effettuato con il coinvolgimento dei Referenti del RPCT/Responsabili delle varie articolazioni organizzative aziendali, sono state individuate, per ciascuna attività di rischio, specifiche misure di prevenzione dettagliatamente elencate nel Catalogo dei Rischi, allegato 1 al presente Piano.

Misure di prevenzione del rischio di corruzione e collegamento con il Ciclo della *Performance*

La legge n. 190/2012 prevede che *“l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione”* (art. 1, co. 8, come novellato dal D. Lgs. n. 97/2016).

L'art. 44 D. Lgs. n. 33/2013, inoltre, prevede che *“l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori”*.

Pertanto, come già evidenziato dall'ANAC da ultimo nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT (piano assorbito e sostituito dal PIAO sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza”) e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché quelli individuati dal D. Lgs. 150/2009, ossia:

- il Piano e la Relazione annuale sulla performance (art. 10 del D. Lgs. 150/2009);
- il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del D. Lgs. 150/2009).

Il Piano delle *Performance*/sezione 2.2. “Performance” del PIAO è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Come previsto dall'ANAC, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra l'ex PTPCT/sezione 2.3 “rischi corruttivi e trasparenza” PIAO e Piano della Performance/sezione 2.2. “Performance” del PIAO sotto due profili:

- a. *performance* organizzativa: attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti; le politiche sulla Performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b. *performance* individuale: le misure della prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro Dirigenti.

L'ASST Rhodense assicura un'integrazione tra i due strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nell'ex PTPCT, sostituito dalla sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, in veri e propri obiettivi da inserire nell'ex Piano delle Performance/sezione 2.2. "Performance" del PIAO. Conseguentemente alla redazione dell'ex Piano della Performance/sezione 2.2. "Performance" del PIAO, vengono declinati annualmente gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, che tengono conto di quanto rappresentato nelle schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PIAO sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"

Monitoraggio

Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PIAO sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" e nell'allegato 1, costituisce una fase importante 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, consentendo in tal modo di apportare tempestivamente le eventuali modifiche necessarie.

L'attività di monitoraggio riguarda due aspetti:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

In considerazione della complessità dell'assetto organizzativo dell'ASST Rhodense, l'attività di monitoraggio si esplica su tre livelli:

1. monitoraggio di primo livello, in capo ai Referenti del RPCT ed ai Dirigenti apicali, tenuti ad assicurare, per i procedimenti di rispettiva competenza, la verifica della piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza contenute nel Piano ed a segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate;
2. monitoraggio di secondo livello, in capo al RPCT, chiamato a verificare, attraverso la richiesta e l'acquisizione di documenti e informazioni, la funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio";
3. monitoraggio di terzo livello, attraverso l'esecuzione di *audit*, di concerto con il Responsabile aziendale della funzione di Internal Audit e del Responsabile aziendale della funzione Qualità e Risk Management nelle aree individuate annualmente nel Piano di audit.

L'attività di verifica e di monitoraggio, quindi, non può prescindere dalla necessaria collaborazione dei Referenti del RPCT, dei responsabili degli uffici e del sistema dei controlli interni, attraverso un adeguato e costante flusso informativo nei confronti del RPCT.

Nello specifico, il RPCT, con cadenza semestrale, procede al controllo dello stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nel Catalogo dei Rischi, in conformità alle indicazioni di cui alla delibera ANAC n.605 del 19 dicembre 2023, allegato 1 al presente Piano, mediante la richiesta ai Referenti del RPCT di una rendicontazione sulla scorta dei sotto riportati indicatori di monitoraggio, nonché mediante l'acquisizione di documenti e relazioni:

Tipologia di misura	Indicatori
Misure di rotazione	1. Verifica della composizione delle commissioni di concorso, di gara, di invalidità civile, ecc. 2. Verifica del personale coinvolto nei processi di rotazione ordinaria

	3 Rapporto numero di incarichi e/o pratiche ruotate/totale
Misure di controllo area affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	1. Rapporto numero affidamenti diretti/numero totale gare indette 2. Rapporto numero affidamenti beni infungibili e/o esclusivi/numero totale gare indette 3. Rapporto numero bandi revocati/numero di procedure indette 4. Rapporto numero affidamenti con almeno una variante e/o modifica contrattuale/numero totale affidamenti 5. Rapporto numero contratti la cui esecuzione non ha rispettato i tempi previsti/numero totale contratti 6. Rapporto numero subappalti/numero appalti 7. Rapporto numero contratti prorogati/numero totale contratti 8. Rapporto numero procedure di gara indette in autonomia/adesione a convenzioni stipulate da centrali di committenza o dai soggetti aggregatori 9. Numero ricorsi ditte concorrenti a seguito di esclusione
Misure di regolamentazione	Verifica sull'adozione e attuazione dei regolamenti e/o procedure aziendali (si/no)
Misure di promozione dell'etica e di standard di comportamento	Numero di segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento
Misure di gestione del pantouflage	Numero di dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite rispetto al totale dei dipendenti interessati cessati
Misure di formazione	Numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento

Inoltre, con riferimento alle misure di prevenzione obbligatorie, ai Referenti del RPCT ed ai Dirigenti apicali, viene richiesta semestralmente la trasmissione delle seguenti informazioni:

- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento (da parte del Responsabile della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane);
- esiti sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a maggior potenziale rischio di corruzione, in coerenza con la programmazione prevista nel presente Piano (da parte dei Referenti/Dirigenti delle Strutture);
- esiti delle verifiche effettuate in relazione al rispetto dei termini dei procedimenti per i quali si registra un ritardo e le relative cause e misure intraprese di miglioramento (da parte dei Referenti/Dirigenti delle Strutture);
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (Responsabile della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane);

- segnalazione di indicatori di rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in urgenza (da parte dei Responsabili della SC Gestione Acquisti/SC Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Sistemi Informativi);
- segnalazione in ordine ad eventuali casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (da parte dei Responsabili della SC Gestione Acquisti/SC Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Sistemi Informativi);
- segnalazione in ordine ad eventuali varianti intervenute nel corso dell'esecuzione dei contratti e sulle eventuali difformità riscontrate nel controllo sull'esecuzione dei contratti (da parte dei Responsabili della SC Gestione Acquisti/SC Gestione Tecnico Patrimoniale/SC Sistemi Informativi/SC Ingegneria Clinica);
- report di sintesi elaborati dal NVP e altri Organismi di Controllo Interno e di valutazione (SC Controllo di Gestione/Internal Auditing/Organismo di vigilanza e verifica sulle attività rese in regime di libera professione intramuraria/SC Qualità e Risk Management/Commissione per la valutazione degli Acquisti e degli Investimenti da cui siano emerse indicazioni riconducibili a fenomeni di rischio di corruzione.

Alle suddette verifiche programmate si affiancano, inoltre, le attività non pianificate, che dovranno essere attuate a seguito delle eventuali segnalazioni che possono pervenire direttamente al RPCT attraverso il canale del whistleblowing, ovvero alla Direzione Strategica da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato.

Il sistema di monitoraggio sopra illustrato consente di realizzare un controllo capillare sulla totalità delle misure di prevenzione programmate all'interno del presente Piano non soltanto in termini di attuazione, ma anche di idoneità delle stesse, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo.

Tale attività di controllo costituisce un importante strumento ai fini dell'attività di riesame della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, effettuata annualmente in sede di aggiornamento del Piano per il triennio successivo.

In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di potenziare gli strumenti in atto, individuare eventuali rischi emergenti, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo diverso termine indicato dall'ANAC), il RPCT, come previsto dall'art. 1, co. 14, Legge n. 190/2012, redige una relazione, secondo il modello predisposto dall'ANAC, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con comunicato ANAC del 29 ottobre 2024 il termine di invio di detta relazione per l'anno 2024 è stato fissato al 31 gennaio 2025, data entro cui il RPCT deve provvedere agli adempimenti di competenza.

Tale relazione viene pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti - prevenzione della corruzione".

2.3.7. Trasparenza

Il Responsabile della trasparenza

Il D. Lgs n. 97/2016 prevede che le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza siano poste in capo ad un solo soggetto. L'ASST Rhodense, in attuazione delle disposizioni normative intervenute, ha proceduto all'integrazione dei compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, individuando un unico Responsabile.

ASST Rhodense, con Deliberazione n. 1132 del 26 ottobre 2023 ha nominato RPCT Elisa Pini, Dirigente applicata alla S.C. Affari Generali e Legali, in successione al precedente RPCT, Dott. Pier Paolo Balzamo, già nominato, con Deliberazione ASST Rhodense n.494 del 7 luglio 2017 Responsabile della trasparenza e precedentemente designato Responsabile della prevenzione della corruzione con Deliberazione n. 98 del 21 febbraio 2013 dell'allora Azienda Ospedaliera "G. Salvini".

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza vigila sul rispetto e l'operatività dell'ex Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità oggi PIAO 2025-2027 sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", riconoscendo nella trasparenza dell'attività amministrativa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio.

L'elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati

L'art. 10 del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, così come novellato dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, ha previsto l'apposita "Sezione Trasparenza" all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT), abrogando il Programma Triennale per la Trasparenza precedentemente previsto. In detta Sezione ogni Amministrazione deve indicare i nominativi dei soggetti Responsabili della trasmissione dati, cioè tenuti all'individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, consentendo la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il Responsabile del Servizio/Ufficio.

Sotto l'aspetto operativo sono pertanto i Dirigenti Responsabili dei settori interessati che provvedono, direttamente o avvalendosi di personale dedicato, alla puntuale e tempestiva pubblicazione dei dati e delle informazioni nelle apposite sezioni del sito internet aziendale, nel rispetto delle scadenze monitorate dal RPCTC, garantendo, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 43, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013, il tempestivo e regolare flusso dei dati e delle informazioni da pubblicare nelle apposite sezioni del sito internet aziendale, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si è arricchito a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione realizza in favore degli utenti, degli stakeholder sia esterni che interni. Anche le amministrazioni che sono tenute ad adottare il PIAO osservano gli obblighi di pubblicazione disciplinati dal D. Lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente prevedendo nella sezione anticorruzione una sottosezione dedicata alla trasparenza.

Il processo di elaborazione, aggiornamento e pubblicazione di questa parte del PIAO 2025 - 2027, che diventa l'allegato n. 2, continua ad articolarsi secondo le fasi, le attività e i soggetti competenti indicati nella tabella sottostante, secondo le previsioni contenute dal D.lgs 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016, nonché secondo le indicazioni di cui alla delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, nonché secondo le indicazioni di cui alla Delibera ANAC n.495 del 25 settembre 2024.

Fase	Attività	Soggetti responsabili
Elaborazione/aggiornamento della Sezione "Amministrazione trasparenza" – elenco degli obblighi di pubblicazione	Promozione e coordinamento del processo di formazione della Sezione "Amministrazione trasparenza" – elenco degli obblighi di pubblicazione	Direzione strategica/ RPCT/NVP

	Individuazione/Aggiornamento dei contenuti della sezione “Amministrazione trasparenza”	Dirigenti Responsabili Strutture Complesse/Uffici per i dati di propria elaborazione
Pubblicazione dei dati nella Sezione “Amministrazione trasparenza”	Pubblicazione dei dati	Dirigenti Responsabili Strutture Complesse/Uffici per i dati di propria elaborazione
Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati nella Sezione “Amministrazione trasparenza”	Attività di monitoraggio periodico (di norma quadrimestrale)	<u>Monitoraggio di 1° livello:</u> Dirigenti Responsabili Strutture Complesse/Uffici per i dati di propria elaborazione <u>Monitoraggio di 2° livello:</u> RPCT
	Attestazione dell’assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità, secondo indicazioni ANAC Eventuali audit con RPCT e Dirigenti Responsabili della trasmissione e pubblicazione dati	Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L’attuazione dell’allora Programma Triennale per la Trasparenza, oggi allegato n.2 Sezione “Amministrazione Trasparente” - elenco degli obblighi di pubblicazione del PIAO Sezione 2.3. “Rischi corruttivi e trasparenza” 2025 - 2027 è riservata ai Responsabili delle Strutture complesse/Uffici per i dati di propria elaborazione, i quali hanno il compito di individuare, aggiornare, far pubblicare e verificare l’utilizzabilità dei dati da pubblicare sul sito internet nella sezione “Amministrazione trasparente” ed è stato aggiornato secondo le indicazioni di cui della delibera Anac 19 dicembre 2023 Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2023.

Con Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 sono stati adottati tre sono i nuovi schemi di pubblicazione approvati dall’Autorità, e afferenti le voci: “*utilizzo delle risorse pubbliche*”, “*organizzazione delle pubbliche amministrazioni*” e la voce “*controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’amministrazione*”. Per quanto di interesse e competenza ASST Rhodense ha recepito i nuovi schemi di pubblicazione di cui alla sopra richiamata Delibera e li ha tralati nel documento allegato al presente provvedimento denominato Allegato 2 – Sezione “Amministrazione Trasparente” – elenco degli obblighi di pubblicazione (in relazione alla sezione 2.3 “Rischi corruttivi e Trasparenza”).

Restano fermi i precedenti obblighi di pubblicazione di cui al PNA 2022 che prevedeva già indicazioni anche sulla trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Ministero dell’economia e delle finanze- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato ha introdotto obblighi di pubblicazione con riguardo agli interventi inclusi nel PNRR sia per le Amministrazioni Centrali titolari di interventi, sia per i Soggetti attuatori. In particolare, per questi ultimi in un’ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrano in quelli da pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente” ex D. Lgs. n. 33/2013, possono inserire un link che rinvia alla sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR. previsto che le Amministrazioni centrali

titolari di interventi e i Soggetti Attuatori, utilizzino il sistema informatico centralizzato “ReGIS” sviluppato dal MEF oppure utilizzare, se disponibile, un proprio sistema informatico per la trasmissione dei dati in materia.

La matrice delle responsabilità della trasparenza

Di fondamentale importanza per l'effettiva realizzazione dell'allora Programma Triennale per la Trasparenza oggi allegato n. 2 del PIAO Sezione Amministrazione trasparenza è l'effettiva collaborazione della rete di Referenti individuati nei Dirigenti e nei responsabili delle diverse articolazioni aziendali che, secondo competenza per materia, garantiscono il pieno rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei dati.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione in quanto il monitoraggio di primo livello è in capo ai dirigenti responsabili dell'elaborazione e della trasmissione dei dati per la pubblicazione per assicurare la responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti.

Il Dirigente responsabile della Struttura Complessa Marketing dei Servizi/Comunicazione è il dirigente responsabile della sola pubblicazione dei dati nelle sezioni e sottosezioni previste come indicate dai Dirigenti Responsabili dell'elaborazione e della trasmissione dei dati per la pubblicazione.

Il dettaglio degli obblighi di pubblicazione applicabili dall'Azienda e afferenti a ciascun Dirigente Responsabile è contenuto nell'allegata tabella (allegato n. 2), aggiornata sulla scorta del d.lgs n. 97/2016, del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, approvato dal Consiglio ANAC il 16.11.2022 e pubblicata con delibera n. 7 del 17.01.2023, nonché in esito alla delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 (aggiornamento 2023 PNA) e per la parte della trasparenza in materia di contratti pubblici, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente documento e definisce le specifiche responsabilità in capo a ciascun responsabile ivi indicato, e altresì in esito alla delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 che ha individuato tre sono i nuovi schemi di pubblicazione approvati dall'Autorità afferenti le voci: *“utilizzo delle risorse pubbliche”*, *“organizzazione delle pubbliche amministrazioni”* e la voce *“controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione”* e per quanto di competenza adottati dall'ASST Rhodense.

Violazioni degli obblighi di Trasparenza – le sanzioni

Ai sensi dell'art. 46, comma 1, D.Lgs. 33/2013, l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST Rhodense ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi di cui al comma 1 se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679)

Ai fini della pubblicazione dei dati, è necessario considerare preliminarmente la nuova normativa relativa alla protezione dei dati personali, così come delineata dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 10, che ha adeguato il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003) alle disposizioni del Regolamento.

L'art. 2 ter del D.Lgs. 196/2003 - introdotto dal D.Lgs. 101/2018 - in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, *“è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento”*.

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che *“La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1”*.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.

Il medesimo D.Lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone, inoltre, che *«Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione»*.

Pertanto, in ossequio alle succitate previsioni normative, i dati pubblicati dall'ASST Rhodense saranno pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità della Legge. Per quanto concerne i dati sensibili verrà prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione, fermo restando l'assoluto divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute e le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.

Dati pubblicati e accessibilità

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati tempestivamente, a cura dei referenti, secondo le tempistiche previste nel Decreto Legislativo n. 33/2013 e s.m.i. per ogni fattispecie.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, rimangono pubblicati per cinque anni, decorrenti dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque nel rispetto delle previsioni dell'articolo 8, comma 3, del decreto trasparenza, salvo termini diversi, previsti dalla normativa.

I dati, le informazioni ed i documenti sono pubblicati in modo da rispettare i seguenti requisiti: integrità, completezza, aggiornamento, tempestività, formato “aperto” dei file pubblicati.

In merito al formato dei dati da pubblicare si precisa che, come stabilito dall'art. 1, co. 35 Legge n. 190/2012, per “aperto” deve intendersi che gli stessi sono resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la ridistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, di riuso o di diffusione diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Anche per il triennio 2024-2026 proseguirà l'obiettivo di migliorare l'accessibilità dei documenti e delle informazioni pubblicate attraverso l'attività di informazione attraverso interventi formativi nell'ambito della più ampia tematica della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione, che si connota per essere un controllo successivo, si svilupperà nel corso del triennio 2024-2026 secondo le seguenti direttrici:

1. Con cadenza periodica (di norma trimestrale) il RPCT procederà a chiedere ai Dirigenti Responsabili dell'elaborazione e della trasmissione dei dati per la pubblicazione a verificare ed attestare, la completezza e la correttezza dei dati oggetto di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013, nonché la conformità alla normativa in materia di privacy. A conclusione delle proprie verifiche interne ciascun Dirigente Responsabile trasmetterà al RPCT la relativa attestazione.
2. Con cadenza periodica (di norma trimestrale) il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, coadiuvato dalla sua struttura di supporto, verifica lo stato delle pubblicazioni, rilevando la presenza di eventuali scostamenti. L'analisi sullo stato di attuazione è oggetto di sintesi, mediante la compilazione di apposito report/griglia.

Il monitoraggio prende in esame, di volta in volta, un set specifico di obblighi, che saranno analizzati rispetto ai seguenti aspetti:

- rispetto della tempistica di pubblicazione;
- corretta pubblicazione del dato/documento nella sezione o sottosezione di riferimento;
- modalità di rappresentazione, in coerenza alle norme;
- accessibilità dei documenti pubblicati.

Ove l'amministrazione non possa far ricorso ad un applicativo informatico, il monitoraggio dovrà essere svolto mediante una collaborazione attiva e proficua dei dirigenti responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati con il RPCT.

Dell'esito dei monitoraggi sarà data comunicazione ai Dirigenti Responsabili degli uffici interessati, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore del Dipartimento Amministrativo.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il cui ruolo di verifica in tale ambito è stato rafforzato dalla deliberazione ANAC del 17 maggio 2023 e al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013).

3. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Il Nucleo attesta, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (art. 14 c. 4 lettera g del D.lgs n. 150/2009 e s.m.i.; Delibere CIVIT nn. 2/2012 e 50/2013; Circolare Dip. Funzione Pubblica n. 2 del 19/07/2013, D. Lgs. N. 3372013 e s.m.i.):

- la coerenza tra gli obiettivi dell'ex Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), costituisce allegato n. 2 del presente PIAO sezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" e quelli contenuti nel Piano delle performance/sezione 2.2. "Performance";
- lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione ed il rispetto dei criteri di completezza e qualità del dato.

Il NVP può svolgere, se ritenuto opportuno, attività di audit sul processo di elaborazione ed attuazione degli obblighi di pubblicazione dei dati con il RPCT e con i Dirigenti Responsabili dell'elaborazione e della trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico, già introdotto dall'art. 5, co. 1 D. Lgs. n. 33/2013, ha previsto la possibilità per qualunque cittadino di richiedere ad una Pubblica Amministrazione la pubblicazione di dati o informazione che quest'ultima abbia omissso o ritardato di pubblicare.

Il D. Lgs. n. 97/2016, entrato in vigore a maggio 2016, ha introdotto il nuovo comma 2 all'art. 5 D. Lgs. n. 33/2013, che permette un accesso di tipo generalizzato, secondo i modelli del FOIA (Freedom of information act) di origine anglosassone.

Ciò, in attuazione del principio di trasparenza che il novellato articolo 1, co. 1, del decreto n. 33/2013 ridefinisce come *“accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni”* non più solo finalizzata a *“favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La nuova tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dall'art.5, co. 1 del medesimo decreto e all'accesso agli atti ex. L. 241/1990.

Alla luce delle disposizioni normative intervenute, con deliberazione ASST Rhodense n. 781 del 30 novembre 2017 è stato approvato il Regolamento sul diritto di accesso civico, sul diritto di accesso civico generalizzato e sul diritto di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi dell'ASST Rhodense. Successivamente, con deliberazione n. 1071 del 25.11.2021 l'ASST Rhodense ha approvato un nuovo Regolamento con i relativi moduli di richiesta di accesso, Regolamento poi ulteriormente aggiornato con Delibera n. 232 del 13 marzo 2024.

Fermo restando che la regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni, l'ASST Rhodense garantisce il diritto all'accesso civico generalizzato, mediante specifiche modalità riportate sul sito internet aziendale e nel sopracitato Regolamento.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo dell'Azienda, ai sensi delle vigenti disposizioni regionali formalizzato nel POAS 2022-2024 proposto con deliberazione n. 880 del 09/09/2022 ed approvato da Regione con DGR n. XI/6959 del 19/09/2022, è stato aggiornato a seguito dell'adozione della DGR n. XII/3413 del 18.11.2024, di cui l'Azienda ha preso atto con deliberazione n. 1073 del 22.11.2024.

I livelli di responsabilità in esso previsti risultano coerenti con quanto previsto dal D. Lgs. 502/1992 e dalla L.R. n. 33/2015 e s.m.i. .

In esso si distingue un Polo Ospedaliero e un Polo Territoriale, a loro volta sotto articolati, in relazione agli ambiti di attività di competenza, in Dipartimenti, SC, S.S.D. S.S.

Al proprio interno, ogni struttura gestionale, può vedere la presenza di dirigenti con incarichi professionali graduati, in relazione alle previsioni dei vigenti CCNL, come segue:

- Incarichi Professionali di Altissima Professionalità (solo Dirigenza Area Sanità);
- Incarichi Professionali di Alta Specializzazione;
- Incarichi Professionali di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo
- Incarichi Professionali di base.

Tutti gli incarichi dirigenziali sopra descritti vengono attribuiti nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 484/1997, per quanto concerne gli apicali di area sanità, e dello specifico regolamento Aziendale in materia.

Per quanto riguarda l'Area Comparto, in applicazione di quanto previsto dal CCNL sottoscritto in data 22.11.2022, è stato adottato specifico regolamento atto a definire l'individuazione e le modalità di attribuzione degli incarichi previsti per il personale non dirigenziale.

L'organigramma aziendale è riportato nel POAS 2022-2024 proposto con deliberazione n. 880 del 09/09/2022 ed approvato da Regione con DGR n. XI/6959 del 19/09/2022, come modificato con DGR n. XII/3413 del 18.11.2024.

La consistenza numerica del personale assegnato ad ogni SC/SS è varia e non risulta opportuno esplicitarne la media in quanto sarebbe solo parzialmente idonea ad identificare le caratteristiche dell'attività svolta. A tale riguardo appare più significativo fare rimando al funzionigramma del POAS approvato con deliberazione n. 1133 del 18.11.2022.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'Azienda, con provvedimento n. 617 dell'1.12.2016 ha provveduto ad approvare il regolamento per lo svolgimento del "Telelavoro". Detta iniziativa è stata attivata per favorire la conciliazione tra "tempi di vita" e attività lavorativa.

Si è quindi provveduto a censire l'ubicazione e la numerosità delle attività "telelavorabili" e, tramite specifico bando, a pubblicizzare l'iniziativa invitando il personale interessato a presentare specifica richiesta di ammissione a tale modalità lavorativa.

In esito alla procedura sopra descritta, con provvedimenti n. 300 del 29.3.2018 – 430 del 25.5.2018 – 468 del 31.5.2021 – 784 del 27.9.2018 – 491 del 16.5.2019 – 486 del 7.6.2018 – 670 del 27.6.2019 e 175 del 27.2.2020 e successivi provvedimenti di proroga sono stati autorizzati complessivamente n. 12 Dipendenti di area tecnica (informatici) ed amministrativa a svolgere la propria attività lavorativa in modalità a distanza e, ad oggi, rimangono attivi contratti di telelavoro con n. 7 dipendenti.

A detto personale sono state assegnate le apparecchiature informatiche necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa, unitamente ai software locali e di sistema necessari. Gli oneri relativi ai collegamenti informatici e in voce sono a carico del dipendente.

Si è altresì provveduto a verificare l'idoneità dei locali e degli impianti utilizzati per l'attività lavorativa, mediante specifico sopralluogo da parte di tecnici aziendali.

In prospettiva detta tipologia di lavoro a distanza, è stata inizialmente attivata per la durata di anni 2, successivamente prorogati a richiesta dell'interessato, previa verifica di compatibilità da parte del responsabile di SC.

Per quanto, invece, riguarda lo Smart Working, propriamente detto a seguito dell'emanazione della normativa finalizzata a fronteggiare l'emergenza pandemica da COVID 19, a partire dal mese di marzo 2020 si è provveduto a rendere operativa detta modalità di resa a distanza dell'attività lavorativa. Tenuto conto delle caratteristiche peculiari delle attività "core" dell'Azienda i destinatari della medesima sono stati prevalentemente il personale tecnico amministrativo e, solo in ridottissima parte, quello sanitario per il quale la resa a distanza della prestazione lavorativa risulta possibile solo per un limitatissimo novero di attività quali ad esempio: la refertazione di esami diagnostici, i consulti in telemedicina le consulenze/sedute eseguibili telefonicamente o in videoconferenza.

La finalità precipua di tale nuova modalità di organizzazione dell'attività lavorativa, è stata quella di consentire il distanziamento del personale e di garantire la piena operatività dei servizi, anche in periodo di lock down.

Dal punto di vista operativo, il lavoro agile ha interessato circa n. 354 dipendenti che, come premesso, costituiscono la quasi totalità del personale amministrativo, una parte di quello tecnico e qualche sparuta rappresentanza di personale sanitario.

L'Azienda ha messo a disposizione dei dipendenti l'attrezzatura hardware e software di sistema e gli applicativi locali necessari ad interfacciare i dispositivi privati con la rete aziendale, oltre all'assistenza tecnica da remoto.

Lo specifico regolamento ha definito i principali aspetti operativi utili a garantire il corretto svolgimento dell'attività lavorativa.

Il lavoro agile è stato impostato durante tutte le fasi dell'emergenza pandemica prevedendo la rotazione del personale chiamato a garantire l'attività in presenza. La consistenza dei presenti è stata di volta in volta rimodulata in aderenza alla variazione del rischio di trasmissione del contagio, incrementando le presenze nei periodi di basso rischio e diminuendola negli altri casi. Ogni dipendente è stato messo in condizione di comprovare l'orario di svolgimento dell'attività lavorativa mediante effettuazione di timbratura geolocalizzata.

A partire dal mese di maggio 2022 tale modalità di svolgimento è stata prevista per il solo personale "fragile".

L'art. 8 del D.L. 132/2023, convertito in legge 170/2023, ha disposto la proroga al 31 dicembre 2023 della possibilità di svolgere l'attività lavorativa in modalità agile per la suddetta tipologia di lavoratori.

Nel mese di novembre 2022 è stato sottoscritto il nuovo CCNL Comparto Sanità che definisce, tra l'altro, la regolamentazione a regime del lavoro agile. A seguito di ciò, si è provveduto a predisporre il regolamento aziendale dell'istituto, approvato con deliberazione n. 1356 del 22.12.2023.

Con l'approvazione del citato regolamento il lavoro agile diventa, a tutti gli effetti, una delle modalità ordinarie di svolgimento delle prestazioni lavorative, svincolata da logiche e finalità emergenziali, orientata a migliorare la qualità della vita dei lavoratori, salvaguardando, nel contempo la produttività. Ciò tenuto anche conto del fatto che l'Azienda risulta sostanzialmente già dotata delle infrastrutture informatiche necessarie per garantire lo svolgimento del lavoro in modalità agile.

Già a decorrere dal 1° gennaio 2024 tale modalità di svolgimento dell'attività lavorativa è divenuta operativa per il personale in condizione di fragilità accertata.

Nel corso dell'anno 2024 si è provveduto a censire le attività ordinariamente eseguibili a distanza e, nel corso dei primi mesi dell'anno 2025 si procederà ad individuare i dipendenti ordinariamente ammessi ad eseguire la propria attività lavorativa in modalità agile. Ciò comporterà la possibilità per detto personale di lavorare in sede diversa da quella aziendale per massimo 6 giorni mensili. Al fine di garantire la possibilità di avvelarsi di tale modalità lavorativa al maggior numero possibile di lavoratori, detti contratti avranno durata non superiore ad anni 2, con eventuale possibilità di proroga ove non sussistano esigenze di rotazione tra il personale.

3.3. PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

La consistenza complessiva del personale in servizio presso ASST Rhodense alla data del 08.01.2025 risulta essere pari a n. 3.671 unità, così suddivise: n. 3.095 dipendenti appartenenti all'area Comparto e n. 576 Dirigenti.

Si riportano di seguito i prospetti descrittivi contenenti la suddivisione per macro classi di profilo del personale, sia con conteggio ad unità che a FTE equivalenti:

Personale in Forza ASST RHODENSE per MACRO PROFILO di appartenenza - Situazione al 08/01/2024					
UNITA' (a)	Ruolo	Struttura complessa	Tempo determinato	Supplenti	Totale aziendale
AMMINISTRATIVI	406	0	13	1	420
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	0	0	0	2
ASSISTENTI SOCIALI	44	0	0	0	44
AUSILIARI	5	0	0	0	5
INFERMIERI	1385	0	2	0	1387
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	299	0	40	0	339
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	503	0	25	0	528
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	196	0	2	0	198
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	12	0	1	0	13
TECNICI SANITARI	158	0	1	0	159
Totale COMPARTO	3010	0	84	1	3095
DIRIGENTI MEDICI	434	38	9	3	484
Totale MEDICI	434	38	9	3	484
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	7	7	0	0	14
DIRIGENTI SANITARI	56	2	11	0	69
DIRIGENTI T/P	2	3	1	0	6
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	1	0	0	3
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	67	13	12	0	92

Totale aziendale	3511	51	105	4	3671
------------------	------	----	-----	---	------

Personale in Forza ASST RHODENSE per MACRO PROFILO di appartenenza - Situazione al 08/01/2024					
FTE (b)	Ruolo	Struttura complessa	Tempo determinato	Supplenti	Totale aziendale
AMMINISTRATIVI	395,20	0,00	12,66	1,00	408,86
ASSISTENTI RELIGIOSI	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00
ASSISTENTI SOCIALI	40,69	0,00	0,00	0,00	40,69
AUSILIARI	4,83	0,00	0,00	0,00	4,83
INFERMIERI	1333,83	0,00	2,00	0,00	1335,83
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	289,67	0,00	40,00	0,00	329,67
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	495,98	0,00	25,00	0,00	520,98
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	182,99	0,00	2,00	0,00	184,99
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	10,65	0,00	1,00	0,00	11,65
TECNICI SANITARI	154,18	0,00	1,00	0,00	155,18
Totale COMPARTO	2910,02	0,00	83,66	1,00	2994,68
DIRIGENTI MEDICI	431,70	38,00	7,90	3,00	480,60
Totale MEDICI	431,70	38,00	7,90	3,00	480,60
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	7,00	7,00	0,00	0,00	14,00
DIRIGENTI SANITARI	55,00	2,00	11,00	0,00	68,00
DIRIGENTI T/P	2,00	3,00	1,00	0,00	6,00
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2,00	1,00	0,00	0,00	3,00
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	66,00	13,00	12,00	0,00	91,00
Totale aziendale	3407,72	51,00	103,56	4,00	3566,28

La programmazione strategica delle risorse umane risulta articolata su due livelli, una macro definito da Regione Lombardia con proprio provvedimento deliberativo, l'altro di dettagli determinato a livello aziendale in aderenza agli indirizzi organizzativi previsti nel POAS.

Con DGR n. XII/661 del 17/07/2023, è stato approvato il PTFP per il triennio 2023-2025, redatto secondo le indicazioni pervenute da Regione Lombardia.

In tale documento, sono stati stimati i fabbisogni di personale coerenti con i tetti di dotazione ed il livello massimo di costi assegnato da Regione, avendo cura di verificare, a livello di macro profilo, la consistenza dell'organico esposto, con le effettive esigenze assunzionali relative all'anno di riferimento.

Il PTFP relativo al triennio 2023-2025 è stato predisposto tenendo conto, altresì, della necessità di garantire l'attivazione ed il funzionamento a regime di tutte le strutture territoriali esistenti e di nuova istituzione, strutturate in modo idoneo a consentire l'espletamento delle funzioni previste dalla legge regionale n. 22/2021 di riforma del sistema socio sanitario lombardo, riconfigurando in modo significativo l'assetto relativo all'area territoriale.

Strategia di copertura dei fabbisogni.

In relazione alla grave carenza di personale sanitario, sia del comparto che della dirigenza, verificatasi in questi ultimi anni a seguito sia del massiccio pensionamento dei dipendenti appartenenti a tale area, che dell'attrattività delle strutture sanitarie del centro sud Italia (zona di origine di molti dipendenti), l'Azienda ha intensificato l'attivazione di procedure assunzionali indirizzate a tali figure professionali, sia con la finalità di stabilizzazione del personale già in servizio a tempo determinato, sia per il reperimento di nuovi dipendenti.

Per far fronte alle esigenze organizzative quali tutoraggio e affiancamento neo assunti e a quelle riconducibili ad esigenze funzionali non diversamente assolvibili, esplicabili solamente dal personale individuato ai sensi dell'art.1, comma165, della legge 30 dicembre 2024, n°207, l'Azienda si riserva la facoltà di individuare e trattenere fino al 70° anno d'età, nel limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali ordinarie, il personale in servizio dell'Area Medico Sanitaria e esercenti delle professioni sanitarie di cui alla Legge 1/02/2006 n° 43 dipendenti del S.S.N., per una durata minima non inferiore ad un anno.

Non risulta invece realistico ipotizzare una grossa efficacia delle procedure di mobilità, in quanto, stante la generalizzata carenza di personale di area sanitaria, molto spesso la concessione dei necessari "nulla osta" da parte delle Aziende di appartenenza risulta improbabile se non impossibile.

Nel corso delle ultime annualità, in coerenza con le indicazioni regionali, sono state e verranno espletate, procedure concorsuali in forma aggregata con altre ASST/ATS, al fine di migliorare l'efficacia delle procedure concorsuali, ottimizzando, nel contempo l'utilizzo delle risorse necessarie per il loro espletamento .

Relativamente alle Strutture Complesse di Area Medica, nel corso dell'anno 2024 sono state avviate le procedure necessarie a garantire la copertura di alcuni degli incarichi resisi vacanti, la maggior parte delle quali sono state concluse.

Inoltre, ove da parte dell'Azienda, con le modalità ordinarie di reclutamento, non si riesca a garantire la consistenza minima di determinate figure professionali necessaria ad assicurare l'adeguata erogazione dei livelli minimi di assistenza, si procederà all'emissione di avvisi ad evidenza pubblica finalizzati al conferimento di incarichi di lavoro autonomo, ove non siano disponibili elenchi di professionisti idonei predisposti da ATS/AREU.

Con riguardo alle figure di area tecnica ed amministrativa, sia del comparto che della dirigenza, le procedure concorsuali e di stabilizzazione del personale a tempo determinato espletate nell'annualità 2024, l'utilizzo di graduatorie approvate da altre Amministrazioni nonché l'eventuale emissione di nuovi bandi concorsuali, garantiranno per l'anno in corso la possibilità di far fronte, con un certo agio, alle esigenze di sostituzione del personale cessato e/o, se del caso, assente per lunga malattia, aspettativa, ecc.

Per tale ultima area professionale si dovrà porre attenzione, da una parte a garantire una certa mobilità interna utile a soddisfare le attese professionali dei dipendenti già a tempo determinato che vogliono

provare a cimentarsi in attività lavorative nuove in settori diversi da quello di attuale assegnazione, dall'altra alla stabilizzazione del personale precario oggi presente.

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO - MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio periodico sono finalizzate a monitorare il corretto andamento e il rispetto dei vincoli economico-finanziari e quantitativi relativi alle risorse umane aziendali.

Anche per l'anno 2025 si continuerà a monitorare l'andamento del personale, sia come teste che come FTE, ed i costi, articolati per area contrattuale (Comparto, Dirigenza area Sanità e Dirigenza Funzioni Locali). Il personale viene monitorato mensilmente in relazione alle attese/previsioni numeriche (come la dotazione organica) e al BPE dell'anno in corso. Il monitoraggio dei costi prevede la stima a chiudere dell'anno in corso, a partire dai dati di consuntivo mensile che mano a mano vengono prodotti.

Vengono inoltre effettuate le attività di controllo relative alle attività in Libera professione effettuate dai dirigenti e dal personale del comparto delle professioni sanitarie e sociosanitarie, in particolare mensilmente, prima del pagamento degli stipendi, viene controllato che non vi siano incongruenze a livello di timbratura tra gli orari di svolgimento dell'attività istituzionale e quella libero professionale.

3.3.1. Formazione del Personale

La SS Formazione, collocata all'interno della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane con afferenza funzionale alla Direzione Generale, si pone come strumento strategico e di sistema finalizzato allo sviluppo ed al rafforzamento delle competenze tecnico-professionali, relazionali e comunicative di tutti i professionisti, al fine di rispondere in maniera sempre più aderente ai bisogni di salute della popolazione.

L'ASST Rhodense con la neo-costituita SS Formazione agisce in coerenza con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale ed in sintonia con il Piano di Formazione Regionale del settore sanità.

Nella considerazione del sensibile cambiamento che la Formazione aziendale sta via via assumendo in questi anni, si possono così sintetizzare i principi fondamentali posti alla base di una moderna ed efficace concezione dell'attività formativa, coerente con la Mission aziendale:

- stimolare il coinvolgimento di tutto il personale verso il raggiungimento di obiettivi aziendali, promuovendo la cultura della Formazione continua, dell'aggiornamento professionale e della valorizzazione delle persone come fattore chiave per il successo, anche al di là degli obblighi ECM;
- investire sulla crescita delle risorse umane e professionali interne, coinvolgendo il personale nel processo formativo non solo in qualità di discenti, ma sollecitando contributi di docenza e di tutoraggio;
- sostenere la qualità degli interventi formativi erogati attraverso il coinvolgimento, interprofessionale e intersettoriale del personale, al fine di sviluppare il legame con il sistema organizzativo;
- favorire lo sviluppo di competenze volte a soddisfare i requisiti di qualità organizzativa, professionale e percepita anche attraverso l'integrazione tra diverse tipologie formative (formazione residenziale, formazione sul campo e formazione a distanza);
- stimolare un clima organizzativo orientato al dibattito, alla ricerca di soluzioni creative, allo sviluppo di interazioni e confronto tra professionisti generando spazi di confronto e approfondimento di fronte alla sfida, sempre più difficile e affascinante, di aiutare le aziende e le persone che ci lavorano ad esprimere il meglio di sé.

Come precisato nella Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 14 gennaio 2025, sopra menzionata nel paragrafo rubricato “Formazione” e declinato tra le misure di prevenzione della corruzione, la promozione della formazione costituisce uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative al fine di garantire il conseguimento dell’obiettivo del numero di ore formative pro-capite annue, a partire dal 2025, non inferiore a 40, pari a una settimana di formazione per anno

La SS Formazione raccoglie le necessità formative ed elabora il Piano Formativo Aziendale, quale strumento di programmazione per la gestione e la valorizzazione di tutte le categorie professionali presenti in azienda, che presenta al Comitato Scientifico, organismo preposto alla sua validazione preventiva ed al riesame, prima dell’approvazione definitiva della Direzione Strategica; la SS Formazione raccoglie le esigenze formative che emergono anche nel corso dell’anno, impiegando come strumento principale il colloquio, proponendo al Comitato Scientifico l’integrazione delle iniziative nel piano formativo, tenuto conto anche delle risorse a disposizione; per l’erogazione delle iniziative formative inoltre, gestisce l’utilizzo delle risorse economico-finanziarie stabilite e assegnate con specifico budget aziendale.

Senza pretesa di esaustività, la formazione obbligatoria deve riguardare la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la prevenzione della corruzione, l’etica, la trasparenza e l’integrità, i contratti pubblici e la pianificazione strategica.

La formazione del personale, tuttavia, non può risolversi in una questione eminentemente tecnica: l’accurata definizione di obiettivi strategici di sviluppo delle competenze del personale, costituisce un presupposto necessario, ma non sufficiente, per una piena efficacia degli interventi formativi.

Le persone e le amministrazioni devono appropriarsi della dimensione “valoriale” della formazione aumentando, ovvero migliorando, la consapevolezza del fatto che le iniziative di sviluppo delle conoscenze e delle competenze devono produrre valore per la popolazione afferente all’azienda, per le risorse umane e per l’azienda stessa.

La formazione del Personale costituisce una delle determinanti della creazione di valore pubblico e che riguarda i benefici e i miglioramenti che i servizi, i programmi e le politiche pubbliche apportano alle comunità e alla società nel suo complesso.

La formazione deve essere intesa quale catalizzatore delle produttività e dell’efficienza organizzativa, e deve contribuire a rafforzare, diversificare e ampliare le competenze, le conoscenze e le abilità dei dipendenti, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e di valore pubblico.

In particolar modo la formazione deve permettere lo sviluppo delle competenze delle persone, la crescita delle loro conoscenze oltre alla crescita della coscienza del ruolo ricoperto dal singolo

L’ASST Rhodense sostiene la crescita delle persone e lo sviluppo delle loro competenze in tutte le fasi della loro vita lavorativa e in particolare in fase di reclutamento, nel caso in cui il dipendente venga adibito a nuove mansioni, nelle progressioni professionali, in concomitanza con l’adozione di processi di innovazione che impattano su strumenti, metodologie e procedure di lavoro, ma comunque, durante l’intero percorso lavorativo della persona e per tutta la sua durata.

Il tema della formazione del capitale umano presenta una rinnovata attualità nel quadro del processo di riforma della PA anche per gli obiettivi di innovazione previsti dal PNRR, che puntano allo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale, attraverso una formazione

straordinaria, per il volume di popolazione a cui si rivolge, in tema di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza e di implementazione del FSE.

La SS Formazione inoltre, è identificata come Polo Formativo Milano Ovest il cui Partner è ASST Ovest Milanese, e, dal febbraio 2020 è sede di polo formativo per la formazione dei MMG, in collaborazione con Accademia Polis Lombardia e con SS Gestione Convenzione Cure Primarie.

In collaborazione con le diverse Istituzioni proponenti (INPS, Accademia di Polis, Ministero della PA), la SS Formazione coordina la partecipazione del personale dell'ASST, anche al fine di creare reti di collaborazione interaziendali.

Infine, la SS Formazione gestisce i tirocini professionalizzanti degli studenti, in collaborazione con Università, Scuole di specializzazione, Istituti superiori e agenzie formative nonché garantisce la partecipazione dei dipendenti ad attività formative sponsorizzate esterne all'azienda, nel rispetto della trasparenza.

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti del Piao avverrà con gli strumenti e le modalità descritti nelle stesse cui si rinvia.

ELENCO ALLEGATI

Allegato 1 – Catalogo dei rischi prevenzione della corruzione (in relazione alla sezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”)

Allegato 2 – Sezione "Amministrazione Trasparente" - elenco degli obblighi di pubblicazione (in relazione alla sezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”)

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

INDICATORI: A) livello di interesse "esterno" B) grado di discrezionalità del decisore interno alla PA C) manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata D) trasparenza del processo decisionale E) grado di attuazione delle misure di prevenzione in passato F) controlli			DATI OGGETTIVI: 1. dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati in possesso dell'amministrazione	VALUTAZIONE FINALE: - Rischio marginale o nessun rischio; - rischio accettabile; - rischio medio; - rischio rilevante; - rischio critico					
ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A1	1. Reclutamento	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Rotazione relativamente al personale dipendente e, per quanto compatibile con la normativa concorsuale, dei componenti delle commissioni e dei segretari.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A1	1. Reclutamento	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio previsione termini e scadenze molto ravvicinate ed in prossimità di importanti periodi feriali o festività al fine di favorire determinati candidati	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Garantire un congruo periodo di pubblicazione del bando evitando, per quanto compatibile con motivate esigenze aziendali, di far coincidere le scadenze con periodi feriali o importanti festività.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio gestione procedure di attribuzione incarichi di struttura complessa con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Rispetto delle disposizioni contenute nella "Procedura per l'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa", pubblicata sul sito istituzionale; 2. adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.	
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento incarichi di direzione di distretto	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti; 2. predeterminazione dei criteri di selezione e della modalità di svolgimento dei colloqui; 3. esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità	INDICATORI: A) accettabile B) medio C) marginale D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Descrizione dettagliata da parte del proponente delle motivazioni che hanno portato alla formulazione della proposta di attribuzione dell'incarico.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Aumento artificioso degli incarichi dirigenziali da ricoprire	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio accettabile	Verifica della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e dotazione organica approvata con il PTFP aggiornato annualmente, nonché le norme e regolamenti di settore ecc.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> utilizzando lo strumento del facente funzione	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Rispetto delle norme contrattuali in tema di conferimento incarichi <i>ad interim</i> ; 2. tempestiva richiesta alla Regione Lombardia di autorizzazione all'avvio delle procedure concorsuali.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta dei Direttori di Dipartimento	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance individuale nella Struttura di appartenenza; 2. esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsione del POAS e agli indirizzi di programmazione regionale.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento incarichi di direzione di struttura semplice con modalità non improntate ai principi di imparzialità	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio marginale	1. Pubblicazione delle Strutture Semplici per le quali va conferito l'incarico; 2. avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti; 3. predeterminazione dei criteri di selezione; 4. esplicitazione, negli atti di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A2	2. Progressione di carriera, incarichi e nomine	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/Affari Generali e Legali	Rischio previsione termini e scadenze molto ravvicinate e in prossimità di importanti periodi feriali o festività al fine di favorire determinati candidati	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio accettabile	Garantire un congruo periodo di pubblicazione del bando evitando, per quanto compatibile con motivate esigenze aziendali, di far coincidere le scadenze con periodi feriali o importanti festività.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A3	3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane /Affari Generali e Legali	Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità e trasparenza della P.A.	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio marginale	1. Applicazione della procedura PAC aziendale; 2. emissione di avviso pubblico di selezione per titoli e colloquio.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A3	3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio previsione termini e scadenze molto ravvicinate e in prossimità di importanti periodi feriali o festività al fine di favorire determinati candidati	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Garantire un congruo periodo di pubblicazione del bando evitando, per quanto compatibile con motivate esigenze aziendali, di far coincidere le scadenze con periodi feriali o importanti festività.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative impostate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Rotazione, per quanto compatibile con la normativa e con l'organizzazione, dei componenti delle commissioni; 2. Applicazione del Regolamento aziendale in materia di borse di studio.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio previsione termini e scadenze molto ravvicinate e in prossimità di importanti periodi feriali o festività al fine di favorire determinati candidati	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio accettabile	Garantire un congruo periodo di pubblicazione del bando evitando, per quanto compatibile con motivate esigenze aziendali, di far coincidere le scadenze con periodi feriali o importanti festività.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A5	5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Attribuzione incarichi a tempo determinato utilizzando, ove possibile, graduatorie di concorso pubblico proprie o di altra Azienda della Regione Lombardia; 2. emissione di avviso pubblico subordinatamente all'esperimento infruttuoso delle procedure di cui al punto precedente; 3. rispetto del piano assunzioni annuale.	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A6	1. Conferimento incarichi di titolarità MMG	S.C. Cure Primarie	Rischio gestione procedure per il conferimento della titolarità di mmg e pls con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Rotazione relativamente al personale dipendente degli incaricati dell'istruttoria delle domande e delle delibere di approvazione delle graduatorie	Continuo
A	Area: acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	A6	2. Proseguimento attività convenzionale fino a 72 anni	S.C. Cure Primarie	Rischio gestione procedure di proroga dell'attività convenzionale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Assenso alle richieste di proseguimento dell'attività convenzionale di MMG fino al compimento del 72 esimo anno di età condizionato al rilascio del parere favorevole del Direttore di SC, sulla base delle scoperture nell'ambito territoriale in argomento	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B1	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Frazionabilità del valore del contratto a fini elusivi della normativa	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Vigilanza sulla corretta individuazione della tipologia e caratteristiche del bene/servizio oggetto di acquisizione coinvolgendo una pluralità di livelli di responsabilità (Direttore di Struttura Complessa, Responsabile Struttura tecnica).	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B1	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Mancata articolazione della procedura in pluralità di lotti con aggregazione non giustificata di pluralità di tipologie di prestazioni impeditiva della massima partecipazione alla procedura di gara di pluralità di operatori economici	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Acquisizione di pluralità di pareri in merito alla individuazione della tipologia e caratteristiche del bene/servizio oggetto di acquisizione coinvolgendo una pluralità di livelli di responsabilità (Direttore di Struttura Complessa, Responsabile Struttura tecnica); 2. menzione all'interno dei provvedimenti amministrativi dei pareri acquisiti dalle professionalità competenti espressi mediante approvazione del capitolato speciale; 3. espressa menzione all'interno del provvedimento amministrativo della motivazione sottesa alla individuazione di specifiche caratteristiche tecniche, in qualche modo limitative della concorrenza.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B1	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Descrizione dell'oggetto del contratto in modo tale da limitare, in maniera ingiustificata, la libera concorrenza	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI): 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Acquisizione di pluralità di pareri in merito alla individuazione della tipologia e caratteristiche del bene/servizio oggetto di acquisizione coinvolgendo una pluralità di livelli di responsabilità (Direttore di Struttura Complessa, Responsabile Struttura tecnica); 2. menzione all'interno dei provvedimenti amministrativi dei pareri acquisiti dalle professionalità competenti espressi mediante approvazione del capitolato speciale; 3. espressa menzione all'interno del provvedimento amministrativo della motivazione sottesa alla individuazione di specifiche caratteristiche tecniche, in qualche modo limitative della concorrenza; 4. utilizzo delle piattaforme informatiche per la gestione delle procedure di gara.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B2	2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Arbitraria scelta dell'istituto da impiegare per la selezione del fornitore allo scopo di favorire un determinato operatore economico	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) marginale E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi	Rischio accettabile	1. Adozione delle disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli acquisti; 2. rappresentazione all'interno del provvedimento amministrativo della motivazione in ordine alla scelta della tipologia di procedura adottata.	Continuo
	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B2	2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Ricorso improprio alle deroghe al codice degli appalti previste per la gestione della fase emergenziale allo scopo di favorire un determinato operatore economico	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) marginale E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Rappresentazione all'interno del provvedimento amministrativo della motivazione in ordine alla scelta della tipologia di procedura adottata.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B3	3. Requisiti di qualificazione	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di individuare i requisiti di qualificazione in modo arbitrario allo scopo di favorire uno o più operatori determinati	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Rappresentazione all'interno del provvedimento amministrativo a contrarre dei criteri di individuazione e di ponderazione degli elementi e dei criteri di qualificazione; 2. obbligo di dettagliare all'interno degli atti di gara la motivazione di congruità dei requisiti di ammissione prescritti; 3. misurazione su base annua del numero di ricorsi giurisdizionali promossi per eccesso di potere/manifesta irragionevolezza in merito ai requisiti di qualificazione prescritti.	Continuo Continuo Annuale

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B4	4. Requisiti di aggiudicazione	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di determinare gli elementi di aggiudicazione (qualità/prezzo) e criteri, parametri e sottoparametri afferenti all'elemento qualitativo in modo arbitrario e deliberatamente orientato a favorire un determinato operatore economico	INDICATORI : A) medio B) accettabile C) marginale D) medio E) marginale F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Acquisizione, ove possibile in ragione delle professionalità presenti in Azienda, di pluralità di pareri in merito alla ragionevolezza e congruità dei criteri/elementi/parametri e ponderazione utilizzati per la valutazione tecnico-qualitativa delle offerte (Direttore di Struttura complessa, Responsabile di Struttura Tecnica), mediante approvazione del Disciplinare di gara per la parte in argomento;: 2. pubblicazione integrale degli atti inerenti procedura aperta su sito internet aziendale (all'interno dell'apposita area dedicata);: 3. misurazione su base annua del numero di ricorsi giurisdizionali promossi per eccesso di potere/manifesta irragionevolezza in merito al criterio di aggiudicazione e agli elementi parametri oggetto di valutazione qualitativa.	Continuo Continuo Annuale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B5	5. Valutazione delle offerte	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Deliberata distorsione della valutazione qualitativa delle caratteristiche del bene/servizio oggetto di valutazione al fine di favorire un determinato operatore economico	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. acquisizione da parte dell'Ufficio procedente di dichiarazione di terzietà ed assenza di conflitto di interesse da parte di ciascun componente della commissione; 2. pubblicazione sul sito internet dell'Amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva; 3. rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento, in fase di adozione da parte dell'Azienda, relativo alla nomina e alla composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici. Nomina della Commissione per la valutazione degli acquisti e degli investimenti della Asst Rhodense.	Preventivamente alla nomina della commissione A seguito dell'aggiudicazione definitiva Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B6	6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Aggiudicazione a proponente di offerta anomala	INDICATORI : A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI : 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. espletamento di subprocedimento di verifica della congruità dell'offerta da parte del RUP/Commissione Giudicatrice, in relazione alla complessità dell'oggetto di gara; 2. verbalizzazione di tutte le attività di verifica poste in essere e delle motivazioni sottese alla determinazione finale.	In sede di valutazione degli atti di gara
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B7	7. Contratti sotto soglia (art. 36, c. 2, lett. b) d.lgs. 36/2023)	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Arbitrarietà nella individuazione degli operatori economici da invitare	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli acquisti, pubblicato sul sito internet aziendale; 2. espressa menzione all'interno dei provvedimenti amministrativi dei criteri di individuazione delle imprese da invitare; 3. previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante; 4. invito a partecipare alla procedure di gara esteso a classi di operatori iscritti nell'Albo fornitori gestito dalla Piattaforma SinTel nelle categorie attinenti all'oggetto della procedura (criteri da concordare con amministratore di Piattaforma Sintel in considerazione).	Continuo Continuo Continuo In sede di definizione degli atti di gara
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B8	8. Contratti sotto soglia (art. 36, c. 2, lett. a) d.lgs. 23/2023)	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di arbitrarietà nell'impiego dell'istituto allo scopo di favorire un determinato operatore economico in violazione delle disposizioni legislative e regolamentari	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) medio E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio rilevante	1. Rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli acquisti, pubblicato sul sito internet aziendale; 2.obbligo di esplicitare, direttamente all'interno di provvedimenti amministrativi ovvero mediante altre evidenze documentali, per ragioni attinenti a valore/urgenza/avvalimento di Piattaforma MEPA/convenienza derivante da motivazioni di ordine tecnico, le motivazioni sottese al ricorso all'affidamento diretto.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B9	9. Procedure negoziate (d.lgs. 36/2023)	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di arbitrarietà nell'impiego dell'istituto allo scopo di favorire un determinato operatore economico in violazione delle disposizioni legislative e regolamentari	INDICATORI: A) medio B) medio C) accettabile D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio rilevante	Rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento per l'acquisizione di apparecchiature, hardware e software, farmaci, dispositivi medici, altro materiale di consumo, beni durevoli, servizi e lavori dichiarati infungibili/esclusività, adottato con delibera n. 250 del 9.03.2022 e pubblicato sul sito internet aziendale, e della Linea Guida ANAC n. 8 e della DGR n. XI/491 del 2/8/2018.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B10	10. Revoca del bando	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Revoca del bando in assenza di elementi oggettivi posti a tutela dell'interesse pubblico al mero scopo di favorire uno o più soggetti determinati	INDICATORI : A) medio B) accettabile C) accettabile D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Adozione di provvedimento amministrativo con motivazione della revoca del bando; 2. trasmissione con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e al RPCT di una rendicontazione sintetica relativamente ai bandi di gara revocati con le motivazioni sottese alla decisione.	Continuo Semestrale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B11	11.Redazione del cronoprogramma	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Determinare in modo arbitrario e non corretto i tempi di esecuzione del contratto allo scopo di limitare la concorrenza in fase di gara e rendere indispensabile l'introduzione di varianti a favore dell'aggiudicatario in fase di esecuzione del contratto	INDICATORI : A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Individuazione, con il provvedimento di affidamento del contratto (deliberazione o determinazione) del DEC, cui compete la vigilanza circa la corretta esecuzione del contratto; 2. approvazione motivata delle proposte di variante dal DEC e dal RUP.	Continuo in funzione della durata del contratto
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B12	12.Varianti in corso di esecuzione del contratto	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Impropria ed arbitraria valutazione del fabbisogno allo scopo di conferire vantaggi economici all'aggiudicatario	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Approvazione motivata delle proposte di varianti da parte del DEC e del RUP con atto amministrativo; 2. pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti; 3. applicazione delle penali contenute nel bando di gara in caso di ritardo o allungamento del termine per causa imputabile all'aggiudicatario.	Continuo in funzione della durata del contratto
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B13	13.Subappalto	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di attenuazione dei controlli in ordine al possesso dei requisiti generali di cui all'art. 80, D.Lgs. n. 50/2016, al fine di favorire infiltrazioni malavitose/mafiose all'interno degli appalti pubblici	INDICATORI : A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1.Verifica identificazione del titolare effettivo dell'impresa subappaltatrice qualora si tratti di società schermate da persone giuridiche estere o fiduciarie; 2. sottoposizione all'Organismo tecnico collegiale di supporto al Gestore delle Comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio delle anomalie riscontrate per valutazione segnalazione; 3.trasmisione di una relazione trimestrale all'Organismo tecnico collegiale di supporto al Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio sull'esito delle verifiche effettuate.	Continuo Continuo Trimestrale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B13	13 bis Subappalto art.49 D.L. n. 77/2021 Modifiche della disciplina del subappalto	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venire meno dei limiti del subappalto	INDICATORI : A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Pubblicazione dei nominativi delle imprese subappaltatrici e degli importi contrattuali (obblighi in materia di trasparenza e tracciabilità - Linee guida per la trasparenza e la tracciabilità dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" di Regione Lombardia di cui alla DGR XI/6605 del 30/06/2022);	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B13	13 ter Subappalto	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti	INDICATORI : A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Tracciamento degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'Istituto del subappalto.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B14	14.Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Rischio di approvare soluzioni svantaggiose per la P.A., in assenza di adeguati presupposti	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Con riferimento ad accordi transattivi economicamente rilevanti: 1. attività di vigilanza interna; 2. acquisizione di parere legale e di parere da parte del Collegio Sindacale.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B15	15. Proroghe contrattuali	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Utilizzo distorto delle proroghe in violazione alla libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione e trasparenza	INDICATORI: A) rilevante B) rilevante C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Corretta programmazione delle acquisizioni di beni e servizi e delle attività di gara; 2. motivazione espressa negli atti amministrativi della scelta di ricorrere alla proroga contrattuale, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali; 3. trasmissione con cadenza semestrale a Regione Lombardia di un report contenente le indicazioni delle eventuali proroghe effettuate.	Annuale Continuo Semestrale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B16	16. Adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Adesione non allineata con i reali fabbisogni/Adesione a prodotti che non corrispondono alle esigenze e che non verranno poi acquistati	INDICATORI : A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Programmazione annuale; 2. obbligo di motivare la formulazione di bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati alla centrale di committenza in corso di programmazione.	Annuale Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B16	16. Adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Stipula di contratti autonomi nelle categorie riservate ai soggetti aggregatori	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Necessità di motivazione negli atti amministrativi in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità; 2. indizione di una procedura di gara in autonomia previa autorizzazione da parte di ARCA e solo per il periodo autorizzato.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B17	17. Esecuzione del contratto	Gestione Tecnico Patrimoniale/Sistemi Informativi	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori/servizi rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPCT e agli uffici di controllo interno al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma.	Continuo
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B17	17. Esecuzione del contratto	Ingegneria Clinica/Gestione Acquisti	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo adempimento delle condizioni contrattuali al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) accettabile DATI OGGETTIVI : 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Acquisizione di documentazione comprovante l'erogazione del servizio/fornitura a regola d'arte con segnalazione di eventuali non conformità; 2. predisposizione di un registro dei controlli semestrali effettuati sulla congruità di almeno 3 certificati di regolare esecuzione/contratti (collaudo nel caso di forniture).	Continuo Semestrale

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B18	18. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi	Marketing dei Servizi/Servizio Prevenzione e Protezione	Arbitraria soggettività nella scelta del soggetto erogatore della prestazione sanitaria legata a storicità, abitudine e pregresse relazioni personali	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) accettabile D) rilevante E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Per enti pubblici: monitoraggio periodico della tipologia e quantità di prestazioni sanitarie acquisite da soggetto terzo e verifica dei criteri di selezione; per istituti privati: indagine di mercato e valutazione prezzo-qualità.	Continuo
B BIS	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B19	art. 1 D. L. n. 76/2020 come modificato dal D.L. n. 77/2021 Appalti sottosoglia Quando la determina a contrarre o altro atto equivalente sia adottato entro il 30.06.2023. In deroga agli artt. 36, co. 2 e 157, co. 2 del D. Lgs. 50/2016, si applicano le procedure di affidamento di cui ai commi 2, 3 e 4 del medesimo art. 1.	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso, oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare la soglia prevista per l'affidamento diretto	INDICATORI: A) rilevante B)medio C) accettabile D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1,Tracciamento di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere agli affidamenti in deroga. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2. tracciamento degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricorrenti; 3. tracciamento, in base al Common procurement vocabulary (CP), degli affidamenti con procedure negoziate	Continuo
B BIS	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici	B20	art. 2, co. 2, D. L. n. 76/2020 come modificato dal D.L. n. 77/2021 Appalti sopra soglia	Gestione Acquisti /Gestione Tecnico Patrimoniale	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 de d.lgs. N. 50/2016 in assenza del ricorrere delle condizioni di estrema urgenza previste dalla norma.	INDICATORI: A) rilevante B)medio C) accettabile D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Chiara e puntuale esplicitazione della determina e contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C1	1. Progressioni e incarichi	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio connivenza con OO.SS. nel regolamentare criteri di applicazione di istituti normati previsti dal CCNL (es. Tempo parziale, lavoro agile ...)	INDICATORI : A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Verifica coerenza regolamentazione prevista con finalità istituto stabilita nel CCNL; 2. predisposizione di graduatorie di priorità / merito.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C2	2. Gestione di rapporti con l'utenza e i familiari degli ospiti UdO Sociosanitarie	Coordinamento Attività Consultoriale / Coordinamento Disabilità e Fragilità RSA "Pertini"	Mancata applicazione regolamento che disciplini diritti e doveri degli ospiti e dei loro familiari/disparità di trattamento nei confronti degli ospiti, tali da favorire alcuni	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) accettabile E) medio F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Verifiche a campione da parte del Direttore/Dirigenti delle Strutture coinvolte, anche durante gli incontri periodici dell'équipé con i familiari degli utenti.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
C	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	C2	2. Gestione rapporti con l'utenza e i familiari degli ospiti UdO sociosanitarie	Marketing dei Servizi	Richiesta di encomio da parte del personale dirigente	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Periodico monitoraggio degli enomi pervenuti per il personale dirigente e segnalazione a SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C3	3. Valutazione idoneità all'adozione delle coppie, richiesta dal Tribunale per i Minorenni	Coordinamento attività consultoriale	Atteggiamento discrezionale da parte degli operatori in fase valutativa, non supportata da evidenze	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) accettabile D) rilevante E) rilevante F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Verifiche a campione da parte del Direttore /Dirigenti della SC del rispetto della procedura standardizzata dell'indagine psico-sociale, comprendente la conduzione degli incontri da parte degli operatori; 2.rotazione degli operatori al fine di evitare possibili commistioni; 3.relazione finale stesa dagli operatori sempre validata dal Dirigente Responsabile.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C3	Favorire la scelta di un utente garantendo agevolazioni improprie	Direzione Funzioni Polo Territoriale	In fase di valutazione delle esigenze espresse dall'utenza: atteggiamento discrezionale, non supportato da evidenze concrete, da parte degli operatori amministrativi assegnati alle sedi territoriali	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Verifiche a campione.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C5	5. Rilascio certificazioni	Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze	Esecuzione degli accertamenti medici per la produzione di certificazioni concernenti l'uso, l'abuso o la dipendenza da sostanze psicotrope o altri comportamenti addittivi (persone a cui è stata sospesa la patente di guida ed inviati dalla CMLP; lavoratori addetti a mansioni pericolose per sé e per terzi; richiedenti adozioni inviati da centro adozioni; persone che ne possono trarre benefici di legge [misure alternative alla detenzione, ecc.]	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) medio F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Verifiche a campione da parte del Direttore del Dipartimento e della SC rispetto all'utilizzo delle linee guida e regolamenti interni.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C4	6. Gestione e somministrazione di farmaci stupefacenti	Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze	Accesso ai trattamenti con metadone, buprenorfina o GHB da parte di persone che non hanno diritto o esecuzione di trattamenti non appropriati	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) accettabile E) medio F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Verifiche a campione da parte del Direttore del Diaprtimento e della SC rispetto all'utilizzo delle linee guida e regolamenti interni; 2. verifiche periodiche presso le SC / SS che utilizzano farmaci stupefacenti.	Continuo
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C5	6. Concessione benefici economici	Medicina Legale	Utilizzo da parte degli utenti della visita libero professionale quale modalità di corruzione del Dirigente Medico al fine di ottenere dallo stesso, nell'attività istituzionale accertativa/certificativa, facilitazioni per la concessione di benefici economici diretti/indiretti	INDICATORI: A) medio/rilevante B) accettabile/medio C) marginale D) marginale/accettabile E) marginale/accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile/medio	1.Astensione da prestazioni giuslavoristiche (ambito Invalidità Civile, INPS, mobbing) su utenti residenti nel territorio delle ASST Rhodense; 2. attribuzione pratiche RCA, INAIL e Ass. private a Dirigenti medici legali di differente sede territoriale rispetto all'utenza.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D1	1. Progressioni e incarichi	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischi connivenza con OO.SS. nel regolamentare le progressioni nelle aree o tra le aree, nel definire le tipologie di incarico e la loro graduazione	INDICATORI : A) accettabile B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Verifica coerenza progressioni e tipologie/graduazioni dell'incarico con le reali necessità previste dai documenti di organizzazione aziendale e con le disposizioni del CCNL; 2. predisposizione di graduatorie di merito; 3. rispetto del regolamento aziendale per l'attribuzione di incarichi.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D2	2. Invalidità Civile	Medicina Legale	Valutazioni incongrue finalizzate a riconoscere illegittimamente benefici economici diretti e indiretti al cittadino non invalido	INDICATORI: A) critico B) accettabile C) marginale D) medio E) medio F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Validazione verbali in capo all'INPS ex art. 20 Legge 78/2009; 2. rotazione presidenti interni/esterni; 3. attribuzione dirigenti medici-legali commissioni sensibili ciechi/psich/Anffas; 4. rapporti sinergici con Guardia di Finanza a fronte di segnalazioni anche anonime della cittadinanza.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D2	2. Invalidità Civile	Medicina Legale	Distribuzione disomogenea attività a medici liberi professionisti incaricati mediante selezione con bando pubblico	INDICATORI: A) accettabile B) medio C) marginale D) accettabile E) accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Monitoraggio semestrale n° commissioni di Invalidità Civile attribuite a ciascun medico-legale, tenuto conto delle disponibilità di giorni e luogo da parte del libero professionista.	Semestrale
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D3	3. Collegi medico-legali	Medicina Legale	Riconoscimento di benefici pensionistici illegittimi	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile/medio	1. Rotazione Presidenti interni; 2. rotazione medici del lavoro; 3. monitoraggio Direttore SC di tutti i giudizi emessi; 4. il personale ASST sarà shiftato verso collegi esterni di altre ASST, anche in forza della DGR X-5954 del 05.12.2016.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D3	3. Collegi medico-legali	Medicina Legale	Illegittima esclusione di mansioni previste dalla qualifica professionale non gradite dal lavoratore	INDICATORI: A) rilevante B) rilevante C) marginale D) medio E) medio F) rilevante DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Rotazione Presidenti interni; 2. rotazione medici del lavoro; 3. monitoraggio Direttore SC di tutti i giudizi emessi; 4. il personale ASST sarà shiftato verso collegi esterni di altre ASST, anche in forza della DGR X-5954 del 05.12.2016.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D4	4. Certificazioni medico-legali	Coordinamento Disabilità e Fragilità	Illegittime concessioni di benefici a favore di soggetti non disabili, anche con indiretti vantaggi economici	INDICATORI: A) rilevante B) rilevante C) marginale D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Regime istituzionale esclusivo (non in libera prof.ne) delle prestazioni; 2. attività certificatoria ambulatoriale in presenza di dirigente medico + 1 amm.vo con funzioni di segretario.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D5	5. L. 210/1992 - Indennizzo soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni	Medicina Legale	Illegittima attribuzione di indennizzi bimestrali	INDICATORI: A) rilevante/critico B) marginale C) marginale D) accettabile E) marginale/accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Giudizio medico-legale nesso di causalità in capo alla CMO (PA esterna); 2. doppio check bimestrale Direttore SC/Posizione Organizzativa dedicata rispetto a categorie ed entità degli indennizzi, nonché dei destinatari degli stessi; 3. stretto monitoraggio Regionale.	Continuo Bimestrale Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D5	5. L. 210/1992 - Indennizzo soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni	Medicina Legale	Errata attribuzione categorie di indennizzo di cui alla tabella A del Ministero	INDICATORI: A) rilevante/critico B) marginale C) marginale D) accettabile E) marginale/accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Giudizio medico-legale nesso di causalità in capo alla CMO (PA esterna); 2. doppio check bimestrale Direttore SC/Posizione Organizzativa dedicata rispetto a categorie ed entità degli indennizzi, nonché dei destinatari degli stessi; 3. stretto monitoraggio Regionale.	Continuo Bimestrale Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D7	7. Scelta e Revoca	Area Accoglienza - Cup Aziendali	Favorire la scelta di un determinato medico	INDICATORI: A) marginale B) medio C) marginale D) medio E) marginale F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Predisposizione di un foglio informativo in più lingue da mettere a disposizione nelle sala d'attesa degli sportelli Scelta/Revoca che inviti l'utente a consultare gli elenchi esposti dei MMG /PdF e a sceglierne almeno 3 prima di recarsi allo sportello.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D8	8. Attivazione voucher socio-sanitari	Coordinamento Disabilità e Fragilità / Dipartimento delle Cure Proimarie - ADI	Suggerimento e favoritismo rispetto alla scelta di un determinato erogatore	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) accettabile DATI OGGETTIVI : 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Potenziare l'informazione che la scelta dell'erogatore è a carico dell'assistito/familiari attraverso la consegna di un elenco degli enti accreditati agli utenti all'atto dell'istanza di erogazione del voucher; 2. la lista degli Enti viene generata dal programma in base alla residenza del paziente; l'elenco non è statico: la posizione degli Enti Accreditati sull'elenco è modificata automaticamente dal sistema.	Continuo
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D9	9. Valutazione Multidimensionale del bisogno di persone con disabilità gravissime ai fini dell'accesso ai benefici economici e di prestazioni sociosanitarie	Coordinamento Disabilità e Fragilità	Eccessiva discrezionalità nell'uso degli strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno ai fini dell'accesso dei benicifi economici e di prestazioni socio-sanitarie	INDICATORI: A) rilevante B)accettabile C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1.Garantire all'utenza un'adeguata informazione (anche sul sito Aziendale) rispetto alla normativa regionale ed alla possibilità di accesso ai benefici; 2.garantire adeguata formazione agli operatori; 3.discussione in equipé dei casi dubbi.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E1	1. Libera professione intra moenia	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Esecuzione della libera professione al di fuori degli orari concordati con l'Azienda	INDICATORI: A) medio B) marginale C) accettabile D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Controlli mensili finalizzati al confronto e verifica della coerenza fra la timbratura causalizzata e la prenotazione della prestazione di libera professione con previsione di invio mail di richiesta di giustificazione in caso di mancata coerenza.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E1	1. Libera professione intra moenia	Area Accoglienza - Cup Aziendali	Pagamento diretto del professionista da parte dell'utente (prestazione non fatturata)	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) medio E) medio F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Obbligo di prenotazione e pagamento di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E1	1. Libera professione intra moenia	Responsabile Unico Tempi di Attesa/Organismo di vigilanza e verifica sulle attività rese in regime di libera professione intramuraria / Marketing dei Servizi	Violazione della normativa vigente in materia di attività svolta in regime di libera professione intramuraria	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Controlli sugli accessi in LP vs attività istituzionale; 2. verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E1	1. Libera professione intra moenia in regime di ricovero	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Esecuzione della libera professione al di fuori degli orari concordati con l'Azienda	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Controlli mensili finalizzati al confronto e verifica della coerenza tra la timbratura causalizzata e la prenotazione della prestazione di libera professione con previsione di invio mail di richiesta di giustificazione in caso di mancata coerenza.	
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	Direzione Medica di Presidio	Abuso nell'agevolare pazienti in lista d'attesa per interventi da ricovero ospedaliero	INDICATORI: A) medio B) medio C) accettabile D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Monitoraggio dei tempi di attesa e valutazione a campione dei casi sulla base delle segnalazioni delle varie SC Sanitarie e da terzi; 2. controlli periodici sulla corretta tenuta dei registri dei tempi di attesa in dotazione ai reparti.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	Sistemi Informativi	Errata indicazione tempi di attesa delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Pubblicazione automatica dei tempi di attesa per ciascuna prestazione mediante il flusso MOSA di Regione Lombardia.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	Area Accoglienza - Cup Aziendali	Alterazione dei tempi di attesa al fine di favorire parenti o conoscenti nell'ammissione ai trattamenti sanitari ambulatoriali	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Rispetto rigoroso dei regolamenti aziendali e delle regole regionali in materia di liste di attesa. Controlli a campione sull'attività svolta dagli operatori di front-office.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	Direzione Medica di Presidio	Alterazione delle liste di attesa o delle informazioni cliniche del paziente con la finalità di favorire parenti o conoscenti. Utilizzo del pronto soccorso per eludere le liste d'attesa	INDICATORI : A) accettabile B) accettabile C) accettabile D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1.Rispetto rigoroso delle procedure aziendali e regionali di prescrizione e di accettazione; 2. tracciatura a livello informatico delle fasi di accettazione; 3. vigilanza e segnalazioni da parte dei Direttori di SC / SS e Responsabili di Pronto Soccorso alle Direzioni Mediche di Presidio.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	RSA "Pertini"	Abuso nell'agevolare pazienti in lista d'attesa per ricovero in RSA	INDICATORI: A) rilevante B) marginale C) marginale D) rilevante E) rilevante F) rilevante DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Monitoraggio del numero di ospiti in lista di attesa settimanalmente inviato ad ATS Milano Città Metropolitana; 2. assenza di criteri di urgenza per superare la lista di attesa, direttamente gestita dall'UdO (fa fede esclusivamente la data di presentazione della domanda che viene protocollata); 3. valutazione a campione dei casi.	Settimanale Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E2	2. Alterazione liste di attesa	Medicina Legale	Utilizzo della visita libero professionale quale modalità di corruzione al fine di ottenere facilitazioni nell'accesso a prestazioni istituzionali (liste di attesa)	INDICATORI: A) rilevante B) rilevante C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Tracciabilità informatica dell'istanza telematica.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E3	3. Libera professione <i>intra moenia</i> allargata	Area Accoglienza - Cup Aziendali	Incasso improprio del pagamento, prenotazione preferenziali accertamenti/prestazioni	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) medio E) medio F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Obbligo di prenotazione e pagamento di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale, con gestione delle Agende dei professionisti e pagamenti/incassi elettronici (POS).	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E3	Convenzioni attive	Marketing dei Servizi	1) Mancato rispetto della fungibilità e rotazione; 2) Stipula di convenzione con struttura accreditata.	INDICATORI: A) rilevante B) accettabile C) rilevante D) rilevante E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1) Stipula di convenzioni per branca specialistica con identificazione delle SC /SS di afferenza; 2) verificare struttura accreditata / non accreditata.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E4	4. Libera professione in convenzione	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Esecuzione della libera professione al di fuori dell'orario di servizio e/o dei periodi che inibiscono la normale attività lavorativa	INDICATORI: A) medio B) marginale C) accettabile D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Controlli mensili finalizzati alla verifica dell'espletamento dell'attività in libera professione al di fuori dell'orario di servizio e/o dei periodi che inibiscono la normale attività lavorativa (permessi, aspettative, congedi, ferie e di astensione dal lavoro a vario titolo); 2. trasmissione di lettera di contestazione in caso di incongruenze.	Continuo
E	Area: Attività libero professionale e liste di attesa	E4	4. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione)	Direzione Medica di Presidio	Inserimento codice colore alla dimissione o diagnosi di dimissione che esenti il paziente dal pagamento del ticket	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) accettabile D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Controllo congruenza diagnosi di dimissione e codice colore; 2. controllo congruenza motivo di accesso al Triage e diagnosi di dimissione da parte dei responsabili di Pronto Soccorso e segnalazione alle Direzioni Mediche di Presidio.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F1	1. Fatturazione Attiva	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Emissione fatture erranee a proprio o altrui vantaggio	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Fatturare sempre e solo mediante procedure informatiche; 2. controllo incrociato con il personale che ha erogato la prestazione in libera professione presso altre strutture e l'ufficio fatturazione attiva in merito alla correttezza dell'importo da fatturare (procedura PAC 5.4); 3. controllo delle fatture emesse in base alle comunicazioni mensili del DMT e della Struttura di coordinamento regionale per gli scambi di emocomponenti, sangue ed emoderivati e i riepiloghi trimestrali dei valori economici degli scambi effettuati trasmessi dalla struttura regionale di coordinamento (procedura PAC 5.2.3); 4. fatturare sempre e solo nell'ambito di contratti formalizzati sulla base di tariffe definite preventivamente.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F1	1. Fatturazione Attiva	RSA "Pertini"	Incasso improprio delle rette RSA	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) rilevante E) rilevante F) rilevante DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Incassi tramite bollettini pagoPA emessi contemporaneamente alle fatture mensili di pagamento della retta e spediti ai familiari.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F2	2. Fatturazione Passiva	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Registrazione debito verso i fornitori corrispondente all'importo della fattura registrata.	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Controlli interni alle SC da parte di personale assegnato alla stessa SC che non svolge le funzioni a rischio.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F2	2. Fatturazione Passiva	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità /Gestione Acquisti	Liquidazione della fattura a fronte della mancata erogazione della fornitura/servizio	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Nelle procedure PAC approvate relative all'Area I) e all'Area D) sono precisati i documenti che devono comporre il corredo contabile necessario per poter procedere alla liquidazione delle fatture/note di debito, che può anche variare in ragione dell'oggetto della fornitura/servizio; 2. nelle medesime procedure è previsto che il responsabile dell'ufficio liquidatore (o suo delegato) non può procedere alla liquidazione dei documenti in argomento in mancanza dei documenti previsti.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F2	2. Fatturazione Passiva	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità /Gestione Acquisti	Effettuazione di pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Nelle procedure PAC approvate relative all'Area I) Debiti e costi sono previsti: 1. il controllo mensile delle fatture scadute e non liquidate; 2.l'invio degli elenchi agli uffici liquidatori con l'invito a liquidare la fattura o, se del caso, a metterla in contestazione; 3. la procedura per la contestazione delle fatture.	Mensile Continuo Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F3	3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	Tutte le SS.CC. / SS.SS.	Sottoscrizione dell'inventario dei cespiti assegnati alle SC /SS a fronte della non presenza fisica dei beni mobili patrimoniali	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Rispetto delle procedure PAC Area D-Immobilizzazioni; 2. Il Responsabile delle SC / SS trasmette l'elenco dei beni presenti presso la propria Sc / SS al settore Manutenzioni e Patrimonio della SC Gestione Acquisti. Quest'ultimo verifica a campione secondo le scadenze riportate nella procedura PAC che l'elenco trasmesso sia congruente allo stato di fatto.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F3	3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	Gestione Acquisti	Accettazione di beni mobili patrimoniali	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Rispetto delle procedure PAC Area D-Immobilizzazioni; 2. Il settore Manutenzioni e Patrimonio della SC Gestione Acquisti predispone un registro dei controlli semestrali effettuati sulla congruità di almeno 2 certificati di regolare esecuzione con verifiche sul campo.	Continuo Semestrale
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F3	3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	Gestione Acquisti	Sottrazione impropria di beni di proprietà dell'Ente durante la fase di preparazione dei contenitori per i beni economici in giacenza presso il magazzino	INDICATORI: A) marginale B) accettabile C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Presenza di procedure regolamentate e approvate dall'Ente; 2. Controlli periodici interni alla S.S. da parte di personale assegnato alla stessa S.S. che non svolge le funzioni a rischio.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F3	3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	Gestione Tecnico Patrimoniale	Condizioni e procedure di cessione e locazione di immobili a terzi che facciano prevalere l'interesse dei terzi rispetto a quello dell'amministrazione	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Pubblicare sul sito web informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del d.lgs 33/2013 e ss.mm.ii., indicando il valore degli immobili di proprietà, le modalità e le finalità di utilizzo; 2. vigilanza aziendale sulle anomalie degli indicatori di rischio come ad esempio la consistenza del patrimonio non usato per fini istituzionali, gli scostamenti tra valore del bene, prezzo di vendita e ricavato nelle procedure di dismissione/locazione.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F4	4. Gestione Finanziamenti Pubblici	Gestione Tecnico Patrimoniale	Utilizzo improprio dei fondi	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Applicazione corretta di leggi, regolamenti e contabilità.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F5	5. Incasso Ticket (Maneggio denaro)	Area Accoglienza - Cup Aziendale	Abuso nella gestione degli incassi (tipo falsi rimborsi o falsi ammanchi di cassa)	INDICATORI: A) marginale B) accettabile C) medio D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	1. Lo strumento informatico deve tracciare compiutamente ogni operazione di incasso o rimborso, segnalando eventuali anomalie in opportuni report; 2. controlli a campione periodici sugli incassi del front-office; 3. formalizzazione e comunicazione a tutti gli operatori delle procedure di incasso e di rimborso.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F6	6. Falso in bilancio	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Applicazione delle procedure PAC (Area Immobilizzazioni), pubblicate nell'Area INTRANET aziendale.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F7	7. Attività ex Equitalia	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Controlli ex Equitalia	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Controlli interni alla SC da parte di personale assegnato alla stessa SC che non svolge le funzioni a rischio, come previsto nelle procedure PAC approvate relative all'Area I, che peraltro hanno sancito una prassi già in uso all'interno della SC.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F8	8. Pagamenti	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Emissione mandati di pagamento	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	La procedura PAC 4.4. prevede, tra gli altri, un controllo periodico a campione di corrispondenza tra il documento di spesa e l'ordinativo di pagamento (l'importo dell'ordinativo deve essere uguale o inferiore al documento di spesa), nonché l'esistenza della firma di liquidazione da parte del personale autorizzato, effettuato da personale che non si occupa dell'emissione degli ordinativi di spesa.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F9	9. Acquisti	Gestione Acquisti	Gestione delle casse economali e casse psichiatriche (maneggio denaro)	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. RegISTRAZIONI obbligatorie nella procedura contabile aziendale; 2. controlli periodici e a cadenza fissa.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F10	10. Donazioni vincolate	Gestione Operativa	Non utilizzo delle somme oggetto di donazione per le finalità previste	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Applicazione del Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle donazioni, delle erogazioni liberali e dei lasciti.	Continuo
F	Area: gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	F11	10. Donazioni di beni mobili durevoli	Gestione Acquisti	Potenziale conflitto di interesse del donante / beneficiario	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	1. Applicazione del Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle donazioni, delle erogazioni liberali e dei lasciti; 2. acquisizione da parte dei beneficiari della donazione, individuati nei Responsabili delle SS.CC./SS.SS. destinatarie e/o utilizzatrici del bene donato, di dichiarazione di assenza di conflitto di interesse e/o incompatibilità con il donante.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G1	1. Partecipazione a eventi formativi/sponsorizzazioni	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Partecipazione del personale aziendale come relatore/moderatore/docente in attività scientifiche/convegnistiche che possa influenzare la prescrizione di farmaci/apparecchiature biomedicali e/o la partecipazione a commissioni di gara (stesura capitolati/DEC)	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 02. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Rispetto del Regolamento aziendale di conferimento incarichi extraistituzionali; 2. rilascio di specifica autorizzazione previo parere favorevole: - della SC Gestione Acquisti e dalla SC Ingegneria Clinica; - del Responsabile dell'interessato.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione sponsorizzazioni	G1	1. Partecipazione a eventi formativi/sponsorizzazioni	Marketing dei Servizi	Richieste di patrocinio per iniziative aventi come sponsor case farmaceutiche	INDICATORI: A) rilevante B) accettabile C) marginale D) accettabile E) marginale F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:		Ad ogni richiesta corrisponde sottoscrizione di apposita dichiarazione relativa ad assenza di conflitto di interessi e che l'evento non ha carattere lucrativo, ovvero che non deriveranno utili né per il proponente né per soggetti terzi, compresi gli sponsor.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G2	2. Sperimentazioni cliniche	Gestione Operativa	Mancato rispetto dei protocolli sperimentali. Erogazione di attività sanitarie non coerenti con i bisogni dei pazienti.	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Verifica dell'aderenza degli atti sanitari espletati nell'ambito della sperimentazione al protocollo sperimentale stesso e invio della relativa documentazione al CE.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G2	2. Sperimentazioni cliniche	Gestione Operativa	Discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi	INDICATORI: A) medio B) medio C) marginale D) medio E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Rispetto del Regolamento aziendale sulle sperimentazioni cliniche.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G3	3. Gestione farmaci	Farmacia/Farmacia Polo Territoriale	Sottrazione farmaci	INDICATORI: A) accettabile B)accettabile C) marginale D) marginale E) rilevante F)marginale DATI OGGETTIVI: n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Tenuta dei documenti di carico/scarico dei farmaci; 2. Verifiche periodiche sul Foglio Unico di Terapia (FUT) dei pazienti.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G3	3. Gestione farmaci	Direzioni Mediche di Presidio	Sprechi/Negligenze nella gestione/Distribuzione farmaci	INDICATORI: A) marginale B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva della richiesta.	Continuo
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G3	3. Gestione farmaci	RSA "Pertini"	Sottrazione farmaci in RSA	INDICATORI: A) marginale B) rilevante C) marginale D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Richiesta informatizzata di farmaci con frequenza settimanale	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
G	Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	G3	3. Gestione farmaci	RSA "Pertini"	Sprechi/Negligenze nella gestione/Distribuzione farmaci in RSA	INDICATORI: A) medio B) rilevante C) marginale D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. I farmaci inutilizzati in una singola unità della RSA vengono mensilmente rivalutati e trasferiti alle altre infermerie; 2. I farmaci di elevato costo se non utilizzati vengono restituiti alla farmacia centrale o territoriale; 3. per gli antibiotici e farmaci di costo elevato viene effettuata richiesta motivata da parte del Medico di reparto autorizzata dal Direttore della struttura.	Mensile Continuo Continuo
H	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	H1	1. Contributi	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio attribuzione non corretta di trattamenti economici e contributi	INDICATORI: A) accettabile B) marginale C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Costante monitoraggio e verifiche/controlli affidati a rotazione a operatori diversi.	Continuo
H	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	H2	2. Risarcimenti	Affari Generali e Legali	Liquidazione per risarcimenti sinistri	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) marginale E) marginale F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Rispetto delle Linee Guida Regionali; 2. decisioni collegiali del Comitato Valutazione Sinistri sulla base di relazioni medico legali e legali; 3. rispetto della procedura aziendale; 4. astensione membri del CVS in caso di conflitto di interesse.	Continuo
H	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	H3	3. Rimborsi	Coordinamento Disabilità e Fragilità/ Coordinamento attività consultoriale / S.C. Distretto Rhodense	Non adeguata valutazione dei documenti amministrativi oggetto del rimborso	INDICATORI: A) accettabile B) accettabile C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	Verifiche da parte dei Direttori delle SS.CC., rispetto alla corretta applicazione dei criteri di rimborsabilità oggettivi (es. verifica dei chilometri esposti dai dializzati che utilizzano il proprio mezzo con le mappe Michelin).	Continuo
H	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	H4	4. Incarichi legali e specialisti	Affari Generali e Legali	Rischio attribuzione conferimenti incarichi a legali e agli specialisti medici	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti: 2. n. segnalazioni pervenute: 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Affidamento incarichi dall'albo aziendale avvocati; 2. aggiornamento periodico albo avvocati esterni.	Continuo

ALLEGATO N. 1 - CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione SS.CC./SS.SS.governo del rischio	Denominazione Rischio	Valutazione indicatori e dati oggettivi	Valutazione finale del rischio	Misure di prevenzione	Tempi di attuazione misure
H	Area: provvedimento con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	H5	5. Incarichi di collaborazione ai docenti esterni	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Rischio attribuzione conferimenti incarichi a docenti esterni allo scopo di agevolare soggetti particolari	INDICATORI: A) rilevante B) medio C) marginale D) medio E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio medio	Affidamento incarichi sulla base di una valutazione quali quantitativa e mediante comparazione di più preventivi.	Continuo
I	Area:decessi intraospedalieri	I1	1. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione Acquisti	Agevolazione imprese di onoranze funebri	INDICATORI: A) rilevante B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Predisposizione di modulistica dedicata alla segnalazione dei cittadini per pressioni ricevute da parte di operatori della ditta appaltatrice del servizio in ordine alla scelta del servizio funebre; 2. rendicontazione trimestrale da parte dell'azienda appaltatrice del servizio di gestione delle camere mortuarie del registro ospedaliero delle salme e delle imprese delle onoranze funebri. Tale rendicontazione viene utilizzata dalla SC Gestione Acquisti solo in caso di segnalazioni da parte dei cittadini; 3. rispetto del Codice di Comportamento sul divieto per il personale addetto di fornire indicazioni sulle imprese di onoranze funebri.	Continuo Trimestrale Continuo
I	Area:decessi intraospedalieri	I1	1. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Gestione Acquisti	Accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti	INDICATORI: A) medio B) marginale C) marginale D) accettabile E) accettabile F) accettabile DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Interventi ispettivi al fine di verificare l'assenza di violazioni di obblighi contrattuali e/o comportamenti in violazione della legge sull'anticorruzione; 2. rispetto del Codice di Comportamento aziendale.	Continuo
L	Area: Altra area di rischio	L1	1. Valutazione del personale	Controllo di Gestione	Attività legata al sistema di valutazione del personale	INDICATORI: A) marginale B) rilevante C) marginale D) accettabile E) medio F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Doppio livello di controllo interno: il primo controllo avviene in fase di assegnazione degli obiettivi e il secondo controllo avviene in fase di assegnazione del punteggio in sede di valutazione finale; 2. controlli trasversali effettuati da parte della SC Controllo di Gestione e dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane; 3. controllo da parte di organismo terzo: Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.	Continuo
L	Area: Altra area di rischio	L2	Funzione di Internal Auditing	Controllo di Gestione	Errata valutazione dei rischi connessi alle macro aree auditate	INDICATORI: A) marginale B) accettabile C) marginale D) accettabile E) accettabile F) medio DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio accettabile	1. Applicazione delle procedure declinate nel Manuale di Internal Audit; 2. eventuale revisione del Manuale in presenza di nuovi ambiti oggetto di attività di audit; 3. revisione check list e istruzioni operative; 4. programmazione di riunioni periodiche di monitoraggio dei rischi del Gruppo aziendale di IA.	Continuo
L	Area: Altra area di rischio	L3	Favorire la scelta di un utente garantendo agevolazioni improprie	Distretti	In fase di valutazione delle esigenze espresse dall'utenza: atteggiamento discrezionale, non supportato da evidenze concrete, da parte degli operatori amministrativi assegnati al PUA	INDICATORI: A) medio B) accettabile C) marginale D) marginale E) accettabile F) marginale DATI OGGETTIVI: 1. n. precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti; 2. n. segnalazioni pervenute; 3. ulteriori dati significativi:	Rischio marginale	Verifiche a campione.	Continuo

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza/PIAO	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)/PIAO	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) / PIAO	Annuale (entro il 31 gennaio) - da pubblicare nella sezione Dati Ulteriori - prevenzione della corruzione	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo, entro 15 gg. dall'adozione del provvedimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Organizzazione		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre di riferimento)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 30 gg. variazione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Annuale: marzo	SC Sistemi Informativi
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 3 mesi dal conferimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SC Affari Generali e Legali/ Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Gestione Tecnico Patrimoniale
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 30 gg. dal conferimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SC Affari Generali e Legali/ Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Gestione Tecnico Patrimoniale
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 3 mesi dal conferimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SC Affari Generali e Legali/ Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Gestione Tecnico Patrimoniale
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 3 mesi dalla liquidazione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SC Affari Generali e Legali/ Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Gestione Tecnico Patrimoniale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Dall'anno 2018 le comunicazioni al DFP avvengono in tempo reale, quindi non viene generata alcuna tabella	OBBLIGO SOPPRESSO
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo: entro 3 mesi dal conferimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ SC Affari Generali e Legali/ Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Gestione Tecnico Patrimoniale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Entro 3 mesi dal conferimento	SC Affari Generali e Legali
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 3 mesi dal conferimento	SC Affari Generali e Legali
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 3 mesi dal conferimento	SC Affari Generali e Legali
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	SC Affari Generali e Legali
				2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	SC Affari Generali e Legali
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	SC Affari Generali e Legali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	SC Affari Generali e Legali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	SC Affari Generali e Legali

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (entro il 30 aprile anno successivo, con riserva di integrazione dei dati pubblicati riguardo al trattamento accessorio se liquidato successivamente) - il totale degli emolumenti percepiti viene ottenuto sommando la voce "Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico" alla voce "altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica"	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Trimestrale	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 5 gg. dall'inserimento del curriculum da parte del dipendente nel portale "My Aliseo" - invio solleciti mensili a inadempienti.	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro il 31 marzo anno successivo, con riserva di integrazione dei dati pubblicati riguardo al trattamento accessorio se liquidato successivamente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro il 31 marzo anno successivo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 31 marzo) - il totale degli emolumenti percepiti viene ottenuto sommando la voce "Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico" alla voce "altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica"	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Non di pertinenza
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Non di pertinenza
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Elenco dirigenti cessati dal servizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro il mese successivo alla cessazione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno: Informazioni già inserite nell'area relativa al personale in servizio (link)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza in quanto la norma si applica solo alla Direzione Strategica
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Incarichi di Funzione di Organizzazione (ex posizioni organizzative)	Curricula dei titolari di incarichi di Funzione di Organizzazione (ex posizioni organizzative) redatti in conformità al vigente modello europeo	Trimestrale - entro il mese successivo al trimestre	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013): entro 30 gg. dalla certificazione di conformità da parte di R.L.	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) - entro 30 gg. dalla certificazione di conformità da parte di R.L.	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013): entro il 31 gennaio anno successivo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) - gennaio/aprile/luglio/ ottobre	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) - gennaio/aprile/luglio/ ottobre	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - trimestrale	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane (link a sito ARAN)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 30 gg. dalla deliberazione di recepimento	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) - entro 30 gg dal ricevimento della certificazione di conformità da parte di R.L. (con riserva di integrazione per successive modifiche)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - entro 30 gg. dalla nomina	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - entro 30 gg. dalla nomina	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo entro 30 gg. dalla deliberazione di adozione del Sistema di Valutazione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Piano della Performance/PIAO	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione/PIAO	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Annuale	SC Controllo di Gestione

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Relazione sulla Performance	n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Annuale	SC Controllo di Gestione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Annuale per l'anno precedente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Annuale per l'anno precedente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): entro 30 gg. dalla deliberazione di adozione del Sistema di Valutazione	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): Annuale per l'anno precedente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013): Annuale per l'anno precedente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016	
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non di pertinenza
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non di pertinenza
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
				Per ciascuna tipologia di procedimento:		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia Polo Territoriale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia PoloTerritoriale
Monitoraggio tempi procedurali		Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi/ Direzioni Mediche di Presidio/ Responsabile Protezione Dati/ SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane/ Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze/ SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive/ SC Coordinamento Attività Consultoriali/ SS Coordinamento Disabilità e Fragilità/ SS Farmacia Polo Territoriale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali e Legali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Pubblicazione		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023		Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT		
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
				Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.		
		Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		Art. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolamentate	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale		

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
“Bandi di gara e contratti”	<u>PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023</u>					S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 □	Dibattito pubblico facoltativo e obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023	Documenti di gara / Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		Art. 28, d.lgs. 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021	D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Contratti	Affidamento	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022	Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	<i>Non di pertinenza</i> L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022 La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica
	Esecutiva	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti □	Tempestivo	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Non di pertinenza
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Procedura di affidamento	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	S.C. Gestione Acquisti/ S.C. Gestione Tecnico PATrimoniale
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013), entro 30 gg.	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013), entro 30 gg.	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - luglio	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - agosto	SC Gestione Tecnico Patrimoniale
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - agosto	SC Gestione Tecnico Patrimoniale
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SC Controllo di Gestione
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	SC Controllo di Gestione
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Controllo di Gestione
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Affari Generali

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Marketing dei Servizi
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	SC Affari Generali e Legali
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) - luglio	SC Controllo di Gestione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - mensile (tempi)	SC Area Accoglienza - Cup Aziendali
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	
						Non di pertinenza
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC GestioneTecnico Patrimoniale
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC GestioneTecnico Patrimoniale
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC GestioneTecnico Patrimoniale
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Stato dell'ambiente			1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Fattori inquinanti			2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto			3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto			4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
	Relazioni sull'attuazione della legislazione			5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Non di pertinenza</i>
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Acquisti/ SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Acquisti/ SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Gestione Acquisti/ SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale (entro il 31 gennaio)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Resp.le Prevenzione della Corruzione e della trasparenza/ SC Marketing dei Servizi - U.R.P.- Ogni ufficio per le richieste di accesso ricevute
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Ogni ufficio per le richieste di accesso ricevute
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Tempestivo	Ogni ufficio per le richieste di accesso ricevute

ALLEGATO 2) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile/Ufficio competente conindicazione se l'obbligo non è pertinente per l'ASST
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SC Sistemi Informativi
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	SC Sistemi Informativi
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) - marzo	Responsabile Accessibilità del sito
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Tempestivo	Ogni Ufficio per le materie di propria competenza

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)