

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale

Germano Maria Uberto Pellegata

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

**APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
(PIAO) 2022-2024 DELL'ASST RHODENSE**

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale n°: 2021-1.1.2/19

U.O.C. Affari Generali

Il Responsabile del Procedimento: **Pier Paolo Balzamo**

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502, ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23/10/1992, n. 421" e s.m.i;

VISTA la Legge Regionale 11/08/2015 n. 23, ad oggetto "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)";

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 dal 01/01/2016 è subentrata nella gestione dei rapporti giuridici attivi e passivi della disciolta Azienda Ospedaliera G. Salvini;

PRESO ATTO della D.G.R. XI/5941 del 07/02/2022 a oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 – quadro economico programmatico";

PRESO ATTO, ALTRESÌ, della D.G.R. XI/6387 del 16/05/2022 a oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022";

VISTO il D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, 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";

RICHIAMATO l'art. 6, comma 1, del citato D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni dalla L. 113/2021, il quale 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, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno, adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO);

VISTO l'art. 1, comma 12, lett. a), del D.L. 30 dicembre 2021 n. 228, convertito, con modificazioni dalla L. 25 febbraio 2022, n. 15, recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" che proroga, in sede di prima applicazione, l'adozione del sopra menzionato Piano entro il 30 aprile 2022 e l'art. 7, comma 1, lettera a) punto 1) del D.L. n. 36/2022 che ha disposto la successiva proroga al 30 giugno 2022;

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni dalla L. 113/2021, il PIAO, di durata triennale con aggiornamento annuale, pubblicato sul sito internet istituzionale e inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica, deve definire:

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, stabilendo il

necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;

VISTI E RICHIAMATI i seguenti atti normativi:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

- il D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della Legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

- la Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

- il D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", come modificato dal D.Lgs. 97/2016;

- il D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";

- il D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";

- la Legge 22 maggio 2017 n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", il cui Capo II disciplina il lavoro agile;

- il DPCM 8 maggio 2018 pubblicato sulla Serie Generale della G.U. n. 173 del 27 luglio 2018 ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogno di personale da parte delle amministrazioni pubbliche";

EVIDENZIATO che al momento della adozione del presente Piano, relativamente alla sezione 2, sottosezioni "*Performance*" e "*Rischi corruttivi e Trasparenza*", l'ASST Rhodense ha adottato, come da normativa in vigore, sia il Piano Performance 2022-2024 (delibera n. 63 del 28/01/2022) che il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2022-2024 (delibera n. 432 del 13/04/2022), nei quali sono riportati tutti gli elementi richiesti nella redazione del PIAO, l'Azienda, in un'ottica di semplificazione evitando il cosiddetto "*layer of bureaucracy*", ha convenuto di non duplicare i contenuti degli stessi Piani, ma di rimandare al contenuto degli stessi;

CONSIDERATO che il comma 6 dell'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni dalla L. 113/2021, prevedeva l'adozione di un "Piano – tipo" contenente le modalità semplificate per la redazione del Piano;

DATO ATTO che il decreto sopra richiamato non è ancora stato adottato, il presente Piano potrà essere integrato e/o modificato in seguito alle future e ulteriori disposizioni normative e alle direttive nazionali e regionali che interverranno in materia;

VISTO il parere favorevole espresso dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni al quale è stato sottoposto il PIAO nella seduta del 21.06.2022, come da verbale agli atti;

RITENUTO di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022 – 2024, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO che, il Dirigente Responsabile dell'UOC Affari Generali, 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, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D. Lgs n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i., il parere favorevole del Direttore Amministrativo e 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'adozione dell'allegato Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASST Rhodense 2022-2024 (di seguito PIAO), (Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2. di dare mandato** alla U.O.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale, alla U.O.C. Controllo Gestione, alla U.O.C. Marketing dei Servizi, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e all'Ufficio Formazione di provvedere agli adempimenti consequenziali negli ambiti di propria competenza;

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

4. di pubblicare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 dell'ASST Rhodense sul sito internet dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO(*)

(Marco Ricci)

IL DIRETTORE SANITARIO(*)

(Aldo Bellini)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO (*)

(Pier Mauro Sala)

IL DIRETTORE GENERALE (*)

(Germano Maria Uberto Pellegata)

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

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2022-2024



(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	8
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	19
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	57
3.1. Struttura organizzativa	57
3.2. Organizzazione del lavoro agile	58
3.3. Piano triennale dei fabbisogni del personale	59
3.3.1 Formazione del personale.....	62
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	64

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.

In sede di prima applicazione, il termine per l'adozione del PIAO da parte delle pubbliche amministrazioni è stato stabilito al 30 aprile 2022 (art. 1, comma 12, lett. a) D.L. n. 228/2021), in luogo del 31 gennaio 2022. Da ultimo, l'art. 7, comma 1, lettera a) punto 1) del D.L. n. 36/2022, modificando quanto previsto al comma 6 bis dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, ha prorogato l'adozione del sopra citato Piano al 30 giugno 2022.

Il PIAO ha durata triennale (con aggiornamento annuale) e 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.

Considerato che ad oggi non è ancora intervenuto il decreto attuativo previsto al comma 6 del citato articolo, che prevede l'adozione di un "Piano – tipo" contenente le modalità semplificate per la redazione del Piano, l'ASST Rhodense ha ritenuto di strutturare il proprio Piano Integrato di Attività e Organizzazione suddividendolo in 4 sezioni all'interno delle quali sono stati sviluppati i contenuti previsti ai commi 2 e 3 dell'art. 6 D.L. 80/2021.

Si fa presente che al momento della stesura del presente documento, relativamente alla sezione 2, sottosezioni "*Performance*" e "*Rischi corruttivi e Trasparenza*", essendo già stati elaborati, come da normativa in vigore, sia il Piano Performance 2022-2024 che il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2022-2024, nei quali sono riportati tutti gli elementi richiesti nella redazione del PIAO, l'Azienda ha convenuto di non duplicare i contenuti, ma di rimandare agli stessi (con link diretti). Il tutto in un'ottica di semplificazione, evitando il cosiddetto "*layer of bureaucracy*".

Si evidenzia infine che il presente Piano sarà suscettibile di integrazioni e/o modifiche a seguito delle future e ulteriori disposizioni normative e delle direttive nazionali e regionali che interverranno in materia.

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.

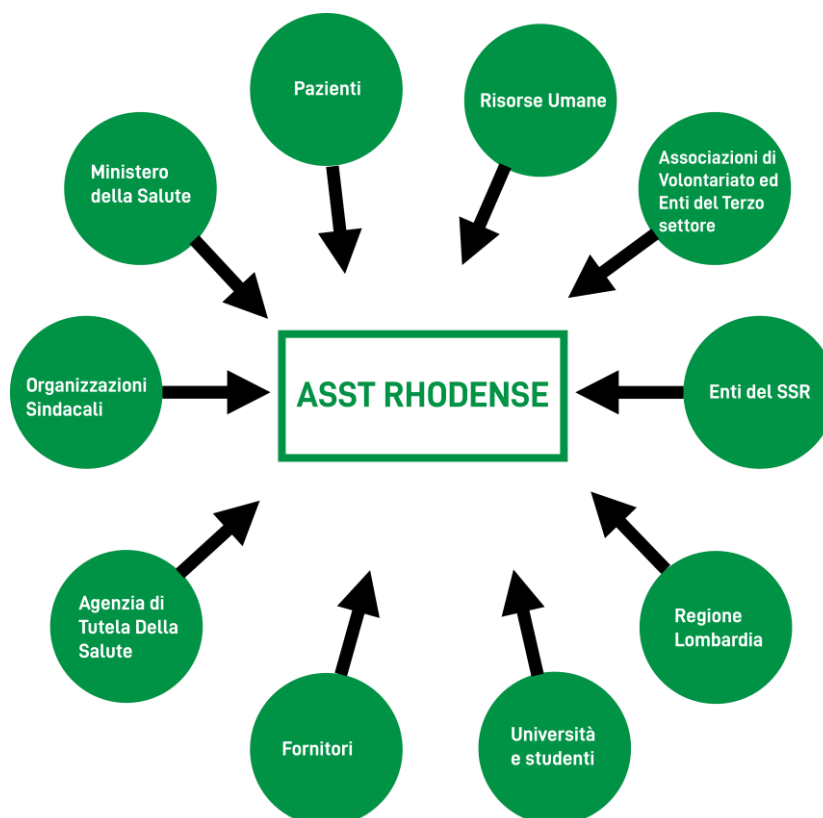
In coerenza con la legge n. 22/2021 e il PNRR si aggiungono alle finalità dell'ASST:

- 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 delle relazioni esistenti, che l'ASST gestisce con l'obiettivo di creare valore pubblico, gestendo le risorse disponibili in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli stakeholder di riferimento.



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.

ATS Milano è soggetto strategico per garantire i rapporti tra ASST Rhodense e MMG/PLS, anch'essi stakeholder, con particolare riguardo alla relazione che intercorre con i loro assistiti.

Altri Enti del SSR

L'ASST Rhodense instaura rapporti con altri Enti, pubblici e privati del SSR, 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. 50/2016 "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, anche per raccogliere proposte progettuali di collaborazione su specifici progetti, con particolare riguardo al potenziamento dell'integrazione tra ospedale e territorio.

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

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 documento.

2.2. PERFORMANCE

Come già evidenziato nella premessa al presente Piano, uno degli adempimenti più rilevanti previsti dall'art. 6, comma 5, D.L. n. 80/2021 è l'emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica (DPR), adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata, con i quali dovevano essere individuati ed abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Nelle more dei DPR e, nonostante il Decreto Milleproroghe, stabilisca all'articolo 1 che: *“in sede di prima applicazione il piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150; b) articolo 18-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82; c) articolo 1, comma 7, della legge 19 giugno 2019, n. 56; d) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124; e) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*, l'ASST Rhodense ha ritenuto di procedere alla redazione del documento ponte: “Piano della Performance 2022 – 2024” approvato con Delibera del Direttore Generale n. 63 del 28/01/2022.

Il Piano è consultabile al sito web aziendale: Amministrazione Trasparente performance al seguente link: <http://www.asst-rhodense.it/inew/AmministrazioneTrasparente/PianoPerformance.html>

Lo stato emergenziale pandemico, che ci sta ormai accompagnando dal 2020, insegna che è sempre più necessario attuare un cambiamento culturale che porti le organizzazioni (che per loro natura sono composte da persone) ad essere flessibili e duttili al cambiamento. Anche nel mondo della Performance è arrivato il momento di avviarci verso un cambiamento del sistema metodologico non più orientato al perseguimento di obiettivi puntuali ma obiettivi che portino in sé un concetto ed una capacità di

adeguamento ai nuovi scenari che di volta in volta si presentano e che non si possono prevedere né determinare. Come detto sopra, ciò comporta un cambiamento culturale radicale che avrà una ricaduta in termini economici e di risparmio di tempo in ambito sanitario.

Abbiamo una dimostrazione di quanto detto se diamo uno sguardo a ciò che è avvenuto nell'ASST Rhodense nel 2021, dove il modello organizzativo aziendale è stato rivisto più volte per garantire una risposta adeguata e flessibile per la cura dei pazienti Covid e NO Covid, sia per quanto attiene l'attività ospedaliera che per quella territoriale, con riferimento all'intera attività di ricovero, ambulatoriale, preventiva e amministrativa.

Indirizzi di Programmazione Strategica

A partire dall'anno 2022, in attuazione della riforma del Sistema Regionale Lombardo, all'ASST Rhodense spetterà l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali e quelle inerenti il percorso assistenziale, che saranno garantite dalle strutture ospedaliere e territoriali afferenti.

In particolare, nel prossimo triennio sono previsti:

- l'individuazione e l'attivazione dei *Distretti* il cui territorio di norma coincide con un ambito sociale (ex.L.328/2000).
- la valorizzazione del ruolo dell'Infermiere di Comunità;
- l'apertura di due Ospedali di Comunità (c/o POT Bollate e c/o PO di Passirana);
- la realizzazione delle Case di Comunità HUB e SPOKE;
- la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali;
- l'apertura dei Punti Unici di Accesso.

Sulla base degli indirizzi di programmazione delle progettualità future sopra esposte, anche in riferimento alla DGR n. XI/5832 del 29.12.2021, sono stati individuati gli obiettivi aziendali 2022-2024 così come indicati al successivo paragrafo intitolato "Matrice degli Obiettivi".

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.

Premessa

Con Delibera n. 612 del 09/06/2022 ad oggetto: "Adozione del piano di organizzazione aziendale strategico dell'ASST Rhodense 2022 - 2024" è stato predisposto il nuovo POAS sulla scorta delle Linee Guida regionali per la redazione dello stesso. La nuova organizzazione aziendale che viene delineata nel documento in oggetto ha lo scopo, in particolare nell'ambito territoriale, di porre in essere i contenuti della riforma del Sistema Sanitario Regionale delineati nella Legge Regionale del 14 dicembre 2021 n. 22.

L'assistenza ospedaliera

La riorganizzazione deve consentire di aumentare in modo significativo 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 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

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

- il 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;
- le 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;
- 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.

Azioni organizzative

Rispetto all'efficacia esterna:

1. valutazione delle risposte alla domanda del paziente acuto, con monitoraggio ed utilizzo dei dati relativi alla distribuzione e alle attese in pronto soccorso, nonché al tempo d'attesa per l'erogazione delle prestazioni programmate, al fine di rilevare tempestivamente criticità sia in ambito di programmazione che in ambito di corretta prescrizione delle prestazioni ambulatoriali, nonché della corretta ed equa definizione della priorità di accesso ai ricoveri programmati, di equità di accesso alle prestazioni erogate dai consultori;
2. organizzazione e revisione delle attività di screening programmato (mammografico, colon retto e cervicouterino, HCV), ponendo attenzione sia al mantenimento del livello di servizio percepito (misurato come tempo d'attesa tra positività del primo livello e erogazione del secondo livello diagnostico), sia alla verifica del percorso;
3. implementazione di modelli organizzativi di gestione dell'assistenza territoriale. L'evolversi della situazione epidemiologica relativa alla emergenza Covid-19 impone l'assunzione di iniziative a lungo termine, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso inappropriato negli ospedali. I modelli organizzativi di gestione dell'assistenza territoriale devono in particolare implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, caregivers, medici e altri operatori sanitari) oltre alle necessarie azioni di sorveglianza attiva e propedeutiche (empowerment, formazione etc.);
4. rimodulazione, riattivazione e innovazione continua della rete dei servizi socio-sanitari. La pandemia

da COVID-19 ha colpito molto duramente le persone non autosufficienti (persone anziane e persone con disabilità), le loro famiglie e gli operatori della rete dei servizi socio-sanitari. Fin dalle prime fasi dell'emergenza, è emerso il problema del sostegno al domicilio delle persone con disabilità, delle persone anziane e dei caregivers, duramente provati in seguito alla sospensione dei centri diurni e dal periodo di quarantena al domicilio. È stato dunque necessario avviare un'attività straordinaria di rimodulazione, riattivazione e innovazione continua della rete dei servizi socio-sanitari, che dovrà proseguire anche nel corso del post emergenza per consolidare i risultati raggiunti, anche in termini di innovazione e cambiamento positivo, che la pandemia ha comunque portato a mettere in campo.

Rispetto all'efficienza organizzativa:

1. potenziamento della capacità di analisi e di previsione dell'afflusso dei pazienti utilizzando le serie storiche di dati del PS in modo da attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento. Implementazione del nucleo di Bed Management. Svolge una funzione di “cerniera” tra reparto di ricovero e Pronto Soccorso, al fine di collocare il paziente in arrivo da PS nel setting assistenziale più adeguato;
2. valutazioni di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario tramite gli indicatori del Piano Nazionale Esiti per indirizzare gli audit clinici e migliorare gli outcome;
3. Implementazione della Telemedicina a supporto del paziente, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie effettuate in remoto.

Il Potenziamento della rete territoriale

Con la Legge Regionale n.22/2021 prende avvio un profondo processo di riforma dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario regionale, con particolare attenzione alla revisione ed al rafforzamento della medicina territoriale.

Presidio Ospedaliero Territoriale

Il POT è definito dalla L.R.23/2015 quale “struttura multiservizio deputata all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari”.

La DGR n. X/6551 del 4/5/2017 precisa che i POT sono strutture “territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario con forte connessione alla componente sociale rivolta a pazienti cronici, prevalentemente complessi e fragili”.

La delibera sopra citata precisa che queste strutture sono volte ad “assicurare una risposta temporanea per livelli di assistenza più complessi di quelli dei PreSST e devono assicurare l'attività di degenza di comunità”.

Il POT afferente alla nostra Azienda è situato nella città di Bollate, e da ospedale per acuti è stato trasformato in un Presidio Ospedaliero Territoriale per la presa in carico del paziente cronico attraverso la costituzione di un'organizzazione flessibile ed integrata, capace di generare una specifica offerta, coordinata con quella degli ospedali per acuti e delle cure primarie presenti nel territorio, in un circuito virtuoso di integrazione.

Coerentemente con quanto previsto dalle linee di sviluppo regionale per tale tipologia di unità d'offerta, in data 13 gennaio 2020, presso il POT di Bollate, è stata istituita la Centrale Operativa del Centro Multiservizi, struttura organizzativa di coordinamento per la continuità assistenziale. Inoltre, presso ciascuna sede dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda, sono riservati sportelli alla centrale operativa del Centro Multiservizi al fine di favorire l'accesso di prossimità dell'utenza.

Il Centro Multiservizi, così come indicato dalla DGR n. XI/2019 del 31 luglio 2019, ha, quale obiettivo

prioritario, l'identificazione dei bisogni di natura clinico-assistenziale degli utenti attraverso la valutazione multidimensionale, e quali obiettivi specifici:

- implementare sistemi di semplificazione per il paziente cronico e la sua famiglia, così da facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e l'attivazione di pratiche e procedure amministrative quali, ad esempio, il rinnovo dei piani terapeutici o la fornitura protesica, favorendo anche l'accesso alla documentazione clinica del paziente ai vari livelli di cura e di assistenza;
- gestire efficacemente i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni attraverso un sistema di prenotazione organizzato e proattivo, per le prestazioni di elezione previste nei piani di cura individuali dei pazienti cronici;
- organizzare, nella fase ospedaliera di riacutizzazione della malattia, il riconoscimento all'accesso del paziente con condizioni croniche e la gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità;
- realizzare l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali per una risposta ottimale e personalizzata ai bisogni del paziente anche durante la fase post-acuta e riabilitativa;
- promuovere lo sviluppo di dispositivi, tecnologie, e soluzioni informatiche per fornire servizi a distanza superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito;
- promuovere interventi di capacity building orientati allo sviluppo di risorse umane per la presa in carico della cronicità e alla gestione del cambiamento nella rete dei servizi, con interventi di formazione finalizzati a diffondere conoscenze sui servizi e i PDTA, per le principali malattie croniche;
- promuovere interventi di comunicazione a diversi target, per migliorare la capacità di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace per prevenire e/o gestire correttamente la cronicità e l'accesso ai servizi e ai percorsi di cura dedicati.

Oltre all'offerta ambulatoriale, presso il POT di Bollate dall'01/08/2018 è stato attivato il nuovo reparto di Cure Subacute con una dotazione di n. 24 posti letto, gestito dalla Cooperativa Sociale Società Dolce di Bologna, in forza di delibera di aggiudicazione n. 789 del 30 novembre 2017. Tale reparto potrebbe configurarsi come una degenza di comunità di livello avanzato secondo gli standard fissati dalla DGR 2019/2019.

Il Presidio Ospedaliero Territoriale rafforzerà il suo ruolo nell'integrazione tra la componente ospedaliera e il territorio creando al proprio interno:

- l'Ospedale di Comunità – ODC
- la Casa di Comunità - CDC HUB

Ospedale di Comunità - ODC

E' una struttura di ricovero di cure intermedie che si colloca tra il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto, e le cure territoriali, caratterizzato da ricoveri brevi rivolti ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Nell'Ospedale di Comunità sono previsti 20-40 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica dove viene svolta una funzione intermedia tra il ricovero ospedaliero e il rientro a domicilio.

L'ODC ha due finalità:

- evitare ricoveri ospedalieri impropri per l'insorgenza o l'aggravamento di problematiche cliniche acute/subacute che necessitano di un supporto clinico/terapeutico di eventi potenzialmente gestibili a domicilio, ma in cui è stata rilevata l'inidoneità abitativa o della rete familiare di supporto;

- favorire dimissioni protette per persone che necessitano del completamento del processo di stabilizzazione clinica con necessità di recupero funzionale e dell'autonomia.

La degenza presso queste strutture punta a garantire la continuità di cura ed assistenza anche in relazione a problematiche socio-ambientali, valorizzando le risorse di rete esistenti, in particolare con i MMG e la rete Socio Sanitaria presente sul territorio.

Casa di Comunità - CDC

E'una struttura sanitaria, promotrice di un modello di intervento, nonché luogo privilegiato per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione socio-sanitaria. In questa struttura, al fine di poter fornire tutti i servizi sanitari di base, il MMG e il PLS lavorano in equipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia e gli specialisti ambulatoriali. E' prevista anche la presenza di assistenti sociali per rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali e una loro maggior integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

L'assistenza territoriale

Le attività svolte all'interno delle strutture territoriali sono le seguenti:

- Cure primarie (integrazione con le attività territoriali dei professionisti – MMG, PLS, Continuità assistenziale-distrettuale per presa in carico globale dell'utente e dei suoi bisogni);
- Assistenza farmaceutica: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, ecc.;
- Protesica e ausili: gestione acquisti per gli assistiti domiciliari, gestione magazzino, distribuzione, distrettuale, ecc.;
- Nutrizione artificiale domiciliare, ossigeno terapia domiciliare;
- Ufficio scelta e revoca distrettuale;
- Area degli interventi alla famiglia (comprendente i Consultori familiari e gli interventi ai "minori fragili" e alle loro famiglie);
- Area della valutazione multidimensionale;
- Attività medico legali per finalità pubbliche: accertativa e valutativa (commissioni mediche per invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità, commissioni patenti, collegio medico per inabilità, etc.); certificativa (certificazioni per idoneità alla guida, porto d'armi, "pass" disabili, etc); necroscopica.

Uno dei primi atti dell'attuazione della riforma regionale è stato la creazione, all'interno del **Polo Territoriale**, dei tre **Distretti** a cui afferiscono, come punti di erogazione delle prestazioni, i **presidi territoriali**.

Con Delibera n. 307 del 23/03/2022 ad oggetto: "Istituzione dei Distretti dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale", sono stati formalizzati i tre Distretti dell'ASST Rhodense, così identificati:

✓ Distretto Garbagnatese - con sede nel Comune di Garbagnate Milanese

comprendente i Comuni di:

CRT 817.1: Baranzate; Bollate; Novate Milanese

CRT 817.2: Cesate; Garbagnate Milanese; Solaro

CRT 817.3: Paderno Dugnano; Senago

✓ Distretto Rhodense - con sede nel Comune di Rho, fraz. Passirana

comprendente i Comuni di:

CRT 823.1: Arese; Lainate

CRT 823.2: Pero; Rho

CRT 823.3: Cornaredo; Pogliano Milanese; Pregnana Milanese; Settimo Milanese; Vanzago

✓ **Distretto Corsichese** - con sede nel Comune di Corsico comprendente i

Comuni di:

CRT 807.1: Cesano Boscone; Corsico

CRT 807.2: Assago; Buccinasco; Cusago; Trezzano sul Naviglio

Il *Distretto* è la sede fisica della valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari: MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.

E' il luogo privilegiato sia per far emergere la centralità del cittadino, sia per il rapporto con i Sindaci del territorio. I distretti sono la sede nella quale rendere effettiva l'integrazione dei professionisti. Rappresenta la sede di valutazione del fabbisogno territoriale locale anche grazie al coinvolgimento attivo dei Sindaci di quel territorio.

Nel *Distretto* andranno progressivamente a collocarsi le seguenti **Strutture Erogrative Territoriali** dove saranno offerti servizi accessibili, integrati e centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita:

- *Ospedale di Comunità – ODC;*
- *Case della Comunità – CDC;*
- *Centrale Operativa Territoriale – COT*, con la funzione propria di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;

Punto Unico di Accesso – PUA, luogo di accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale, al fine di assicurare un accesso unitario, appropriato ed integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Il 23 marzo 2022 è stato inaugurato presso il Presidio di Passirana, l'Ospedale di Comunità, afferente al Distretto di Rho.

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 prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità, nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi; lo stato di avanzamento nel raggiungimento dei risultati viene valutato con un idoneo sistema di monitoraggio che prevede la puntuale misurazione degli indicatori.

In questa fase gli obiettivi individuati da Regione (DGR 5832/2021) e Regole di sistema costituiscono l'asse portante del processo di programmazione, nel Piano della Performance vengono declinati sulla specifica realtà aziendale proponendo, laddove definiti da Regione, gli indicatori della DGR e per quelli ancora da precisare un possibile target di miglioramento del dato osservato l'anno precedente, ma che inevitabilmente richiederà una verifica con la dinamica della pandemia sars-cov2.

Matrice degli obiettivi

Sulla base degli indirizzi di programmazione delle progettualità future sopra esposte, vengono di seguito riportati gli obiettivi aziendali 2022-2024.

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficacia esterna <i>Programmi di screening</i>	1. Rispetto dei target di <i>screening mammografico</i> indicati dalla Direzione Generale	1. Ampliamento dell'offerta necessaria per l'effettuazione dello screening mammografico e garanzia dei tempi di attesa tra gli esami di I e II livello	1. Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%)	Anno 2022-2024
	2. Rispetto dei target di <i>screening del colon retto</i> indicati dalla Direzione Generale	2. Ampliamento dell'offerta necessaria per l'effettuazione dello screening colon-retto e garanzia dei tempi di attesa tra gli esami di I e II livello	2. Rispetto dei tempi di attesa in caso di positività allo screening (< 28 giorni per almeno il 90% dei casi positivi)	Anno 2022-2024
	3. Rispetto dei target di <i>screening</i> per l'eliminazione del <i>virus HCV</i> indicati dalla Direzione Generale	3.1. Adesione al programma di <i>screening</i> per l'eliminazione del <i>virus HCV</i> 3.2. Ampliamento dell'offerta necessaria per l'effettuazione dello <i>screening</i> per l'eliminazione del <i>virus HCV</i>	3.1. Avvio dell'attività di screening per l'eliminazione del virus HCV 3.2. Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%)	Anno 2022 Anno 2022-2024
Efficacia esterna <i>Garanzia di continuità delle attività indifferibili e progressivo recupero liste d'attesa</i>	Miglioramento del livello di servizio relativo all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero	1. Ricovero: Monitoraggio mensile dell'andamento dei tempi di attesa per: - Ricoveri chirurgici oncologici – classe A - Ricoveri chirurgici non oncologici – tutte la classi, nuovi casi 2. Ambulatoriale: Monitoraggio trimestrale dell'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni: - diagnostica (nuovi casi) - prime visite – classi B	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Anno 2022
Efficacia esterna <i>Presa in carico del paziente cronico/fragile (PIC)</i>	Attività di presa in carico dei pazienti cronici	1. Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL 2. Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo	1. Indicatori di corretta programmazione ed erogazione: Indice di congruità di programmazione rispetto ai set di riferimento (Soglia 85%); Indice di aderenza terapeutica (Soglia 100%); Indice di aderenza ambulatoriale al PAI (Soglia 60%) 2. Definizione di strumenti e percorsi per l'arruolamento pro-attivo in fase di dimissione	Anno 2022-2024 <i>Per tutti e tre gli indicatori raggiungimento dei valori soglia stabiliti dall'ATS di riferimento per ciascun anno e trend in miglioramento rispetto all'anno precedente</i>
Efficacia esterna <i>Rimodulazione, riattivazione e innovazione continua della rete dei servizi socio-sanitari</i>	Attuazione delle Linee Guida Regionali e degli indirizzi della DG Welfare per la rete dei servizi socio-sanitari	1. Adozione dei Piani Organizzativi Gestionali (POG) delle UdO Sociosanitarie. 2. Attuazione di nuove modalità di intervento in ambito della Rete dei Servizi Socio Sanitari a sostegno dei pazienti fragili con disabilità	1. N. POG adottati = N. UdO = 100% 2. Implementazione delle azioni previste	Anno 2021: Strutturazione della nuova offerta Anno 2022: Valutazione dei risultati del primo anno e sviluppo dell'approccio di Deming per il miglioramento continuo Anno 2023: Consolidamento dei risultati raggiunti e/o allineamento alle indicazioni regionali specifiche

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficacia esterna <i>Potenziamiento degli strumenti di rete</i>	Implementazione del modello delle reti clinico-assistenziali, con focus sull'integrazione ospedale-territorio.	1. Potenziamiento dei consultori familiari 2. Presa in carico proattiva delle persone anziane (over 75enni) e con malattie croniche	1. Avvio sperimentale dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità per la gestione della gravidanza fisiologica e l'assistenza al domicilio delle puerpere (home visiting) 2. Avvio sperimentale prevista dell'Infermiere di famiglia e di comunità	Per entrambi i punti: Anno 2021: Avvio della fase di reclutamento e formazione Anno 2022: Valutazione dei risultati del primo anno di sperimentazione e sviluppo dell'approccio di Deming per il miglioramento continuo Anno 2023: Consolidamento dei risultati raggiunti e fine della sperimentazione (o allineamento alle indicazioni regionali specifiche)
Efficacia esterna <i>Accessibilità e presa in carico</i> Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci	Implementazione di soluzioni che consentano al cittadino di ricevere il farmaco senza presentare il promemoria che potrà essere invece stampato direttamente in farmacia	1. Prosecuzione della sperimentazione in farmacia senza ricetta attraverso l'App SALUTILE Ricette 2. Ritiro dei farmaci in Farmacia con la Carta Nazionale dei Servizi 3. Ampliamento dei servizi messi a disposizione da parte delle Farmacie a supporto del percorso di presa in carico dei pazienti cronici	1. Utilizzo dell'App SALUTILE Ricette per il ritiro del farmaco 2. Utilizzo della Carta Nazionale dei Servizi per il ritiro del farmaco 3. Ampliamento della gamma di servizi offerti in Farmacia	Anno 2020-2022 Anno 2020-2022 Anno 2021-2022
Efficacia esterna <i>Piano di contrasto al Covid-19</i>	Rispetto dei target relativi al numero di vaccinazioni e tamponi Covid-19	Monitoraggio del numero di somministrazioni nei centri vaccinali e domiciliari. Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi	1. Volume erogato pari al volume richiesto dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 2. Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi	Anno 2022-2024
Efficacia esterna <i>Piano di ripresa 2022</i>	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.	Rispetto delle indicazioni date dalla DGW Raggiungimento dei target assegnati sia per l'attività di ricovero sia per l'attività ambulatoriale	Rendicontazione quadrimestrale sull'andamento dei target raggiunti sia per l'attività di ricovero sia per l'attività ambulatoriale	Anno 2022
Efficacia esterna <i>Attività di donazione di organi e tessuti</i>	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Incremento graduale, nell'arco del triennio, della percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rendicontazione quadrimestrale dell'andamento delle donazioni di organi e tessuti con evidenza del graduale incremento	Anno 2022-2024

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficienza organizzativa <i>Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso</i> Contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso L'obiettivo rimane sospeso fino al perdurare della pandemia	Definizione di una modalità organizzativo-gestionale flessibile per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dal sovraffollamento legato all'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso	1. Stesura di un piano che, per step di implementazione successivi, permetta di fare fronte alla situazione di criticità con soluzioni organizzative logistiche e di risorse umane, straordinarie 2. Valutazione indicatori ed aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento del PS	1. Invio del PGS all'ATS di riferimento secondo le indicazioni fornite per ciascun anno da specifica DGR 2. Valutazione indicatori anno precedente (medesimo periodo), nell'ottica del miglioramento continuo aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento del PS 3. Nucleo Bed Management	Anno 2021: Implementazione del nucleo e delle procedure operative Anno 2022-2024: Valutazione dei risultati del primo anno e sviluppo dell'approccio di Deming per il miglioramento continuo
Efficienza organizzativa <i>Qualità delle cure erogate</i> Individuare le aree di potenziale miglioramento, indirizzando gli audit clinici	Diffusione della conoscenza del Portale di Governo Regionale e degli indicatori ivi contenuti come strumento per indirizzare percorsi di audit clinico e reingegnerizzazione dei processi	Analisi periodica degli indicatori del PNE e del Network delle Regioni con le funzioni aziendali interessate (Gestione Operativa, Risk Management, Qualità, Controllo di Gestione), il Collegio di Direzione e le UU.OO. interessate per individuare azioni correttive/migliorative	1. Pubblicazione dei risultati sull'Intranet Aziendale; 2. % audit effettuati / audit programmati (100%; solo su cartelle/ambiti critici); 3. Implementazione di soluzioni migliorative (es. revisioni procedure)	Anno 2022-2024 Anno 2022-2024 Anno 2022-2024
Efficienza organizzativa <i>Dimissioni protette</i> Semplificare, ottimizzare e facilitare il percorso di cura dei pazienti cronici grazie alla dematerializzazione delle prescrizioni dei farmaci	Fornire un miglior servizio all'utente che sin dalla fase di ricovero intraprende un percorso in grado di assicurare la continuità tra presa in carico sanitaria, sociosanitaria e sociale	1. Completezza della documentazione necessaria al passaggio in cura ospedale/territorio (scala di Brass, valutazione assistente sociale e lettera di dimissione infermieristica)	1. Presenza della documentazione nel 50 % delle dimissioni protette su campionamento secondo le indicazione del PriMO	Anno 2022-2024
Efficienza organizzativa <i>Potenziamento rete territoriale</i>	Rafforzare il ruolo del Presidio Ospedaliero Territoriale nell'integrazione tra la componente ospedaliera e il territorio creando al proprio interno: - Ospedale di Comunità - Casa di Comunità	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Rispetto delle date inserite nel cronoprogramma secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	Anno 2022-2024

AREA DI VALUTAZIONE	RISULTATO	OBIETTIVI PROGRESSIVI	INDICATORI	CRONOPROGRAMMA
Efficienza organizzativa <i>Attuazione legge regionale n. 22/2021</i>	Articolare Il Polo Territoriale in Distretti a cui afferiscono, come punti di erogazione delle prestazioni, i presidi territoriali.	1.Rispetto delle tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto relativa all'articolazione dei distretti. 2.Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	1. Rendicontazione trimestrale in merito all'attività svolta. 2.Povvedimento regionale di approvazione del POAS	Anno 2022-2024 Anno 2022
Efficienza organizzativa <i>Trasparenza</i>	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale alla Direzione Generale Welfare	Rispetto della tempistica della rendicontazione Nessun rilievo da parte degli uffici regionali preposti	Anno 2022-2024
Economicità <i>Bilanci</i>	Certificabilità dei Bilanci	Monitoraggio e corretta rendicontazione secondo le procedure approvate	Rispetto delle date inserite nelle procedure	Anno 2022-2024
Economicità <i>Investimenti</i>	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziari nei programmi di investimento	Realizzazione degli interventi previsti secondo le tempistiche programmate, come da cronoprogramma.	Rendicontazioni trimestrali in merito al rispetto del cronoprogramma e dell'attività svolta	Anno 2022-2024
Economicità <i>Tempi di pagamento</i>	Rispetto delle tempistiche previste dalla norma vigente	Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)	Mantenimento dell'indice di tempestività dei pagamenti dei fornitori negativo, a fronte della effettiva disponibilità di cassa	Anno 2022-2024

Il Piano triennale di azioni positive

In ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance (si rimanda, pertanto, al Piano della Performance 2022-2024 adottato con deliberazione n. 63 del 28/01/2022).

Il Piano Triennale di Azioni Positive, oltre a configurarsi come adempimento a 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 2022-2023 sono state identificate le seguenti azioni positive, suddivise per macro-aree integrate, individuate nella seguente tabella.

AZIONI POSITIVE 2022-2024	ATTIVITÀ
Area di formazione ed aggiornamento	✓ Attività di formazione per i componenti del CUG ✓ Organizzazione di eventi formativi al fine di far conoscere l'attività del CUG e le tematiche di competenza ✓ 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
Pari opportunità, contrasto alle discriminazioni, benessere lavorativo	✓ Il CUG deve essere il volano delle iniziative aziendali sui temi del benessere nella modalità più ampia possibile; per tale motivo si potrebbe effettuare un'indagine specifica, di secondo livello, sul benessere organizzativo. ✓ Collaborazione con le strutture aziendali, in particolare cabina di regia WHP e UO Medicina del lavoro con il tavolo di regia per il contrasto alla violenza di genere ed il centro HARA
Promozione della conoscenza delle attività del Comitato e partecipazione attiva dei dipendenti anche attraverso la presentazione di proposte e suggerimenti	✓ Aggiornamento del sito WEB 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
Conciliazione vita – lavoro	✓ Proseguimento attività relative all'attuazione del telelavoro e studi/proposte relative a nuove modalità di lavoro (es. smart working)
Medicina di genere	✓ Collaborazione con le strutture aziendali, al fine di creare un contesto orientato alla medicina di genere ✓ Le azioni previste per un approccio di genere sono percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura (v. Bollini Rosa) , ricerca, innovazione, formazione e comunicazione per mettere in atto un modello organizzativo di rete di servizi dedicata alla presa in carico della donna nelle sue varie fasi di età tenendo conto delle diverse fasce di età e relativi bisogni

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"*, entrata in vigore il 28 novembre 2012, 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.

Come già precisato nelle premesse al presente Piano, 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 diversi piani, tra cui il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In sede di prima applicazione, il termine per l’adozione del PIAO da parte delle Pubbliche Amministrazioni è stabilito al 30 aprile 2022, in luogo del 31 gennaio.

Al riguardo, con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022, l’ANAC ha stabilito che il termine per la presentazione del PTPCT 2022-2024 da parte delle pubbliche amministrazioni, inserito all’interno del PIAO, è differito al 30 aprile 2022.

Con comunicato del Presidente dell’ANAC del 12 gennaio 2022 è stato stabilito che in ogni caso ciascuna amministrazione o Ente potrà anticipare l’adozione di specifiche misure e che potrà provvedere all’adozione del PTPCT anche prima della data di differimento al 30 aprile 2022.

Tenuto conto che:

- durante la seduta del 5 aprile 2022, la Commissione Affari Costituzionali del Senato ha proposto di *“prevedere, nel primo provvedimento utile, una proroga del termine per la prima adozione del PIAO”*;
- in data 6 aprile 2022 anche la Commissione Affari Costituzionali della Camera ha approvato la proposta di parere favorevole formulata dalla relatrice sullo Schema di decreto del Presidente della Repubblica concernente regolamento recante individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ma che reca tuttavia una serie di condizioni e osservazioni volte a recepire i rilievi formulati sia dal Consiglio di Stato sia dalla Conferenza unificata;
- anche la Camera ha ritenuto opportuno prevedere, nel primo provvedimento utile, una proroga del termine per la prima adozione del PIAO;

l’ASST Rhodense ha ritenuto di procedere alla redazione del documento “ponte”: Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 432 del 13.04.2022.

Il Piano è consultabile sul sito web aziendale al seguente link: http://www.asst-rhodense.it/inew/Amministrazione Trasparente/Anticorruzione/2022/piano_2022-2024.pdf.

Come anticipato in premessa, al momento della redazione del presente PIAO, continuano ad essere vigenti le disposizioni dei precedenti strumenti di programmazione. L’Azienda ha, quindi, portato a compimento il processo di redazione del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2022-2024 (d’ora in avanti PTPCT 2022-2024) e, nell’ambito della stesura della presente sottosezione del PIAO, si è ritenuto di procedere nel concreto con un rinvio ai contenuti del PTPCT 2022-2024, tenuto conto della corrispondenza tra le tematiche in esso trattate e quanto previsto come contenuto nella presente sottosezione, così come definito alla lettera d) del comma 2 dell’art. 6 del D.L. n. 80/2021.

2.3.1. Obiettivi strategici

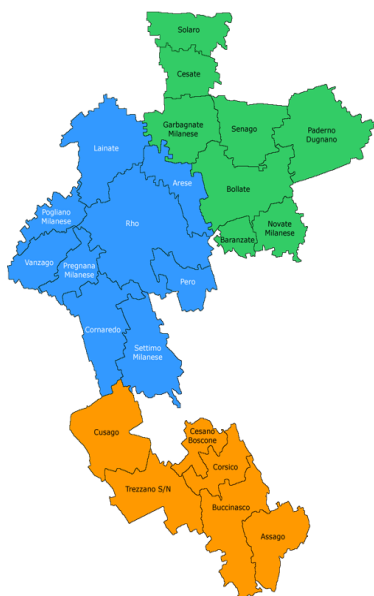
L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la ASST si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2022 l'ASST si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra gli obiettivi dell'anticorruzione e la sezione delle Performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- realizzare un'integrazione tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso il dirigente preposto alla funzione di Internal Auditing;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata.

2.3.2. 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 486.000 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

Al 1° gennaio 2022 la popolazione residente nel territorio di afferenza dell'ASST Rhodense è costituita da 485.709 unità, di cui 236.737 maschi e 248.972 femmine (fonte: ISTAT).

DISTRETTO DI GARBAGNATE MILANESE			
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Baranzate	6155	5711	11866
Bollate	17375	18864	36239
Cesate	6996	7280	14276
Garbagnate Milanese	13011	13760	26771
Novate Milanese	9603	10453	20056
Paderno Dugnano	23040	24340	47380
Senago	10496	10811	21307
Solaro	6942	7049	13991
TOTALE	93618	98268	191886

DISTRETTO DI RHO			
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Arese	9415	10048	19463
Cornaredo	10061	10529	20590
Lainate	12806	13331	26137
Pero	5647	5804	11451
Pogliano Milanese	4143	4186	8329
Pregnana Milanese	3653	3677	7330
Rho	24530	26212	50742
Settimo Milanese	9836	10297	20133
Vanzago	4551	4767	9318
TOTALE	84642	88851	173493

DISTRETTO DI CORSICO			
Sesso	maschi	femmine	totale
Territorio			
Assago	4581	4679	9260
Buccinasco	13127	13888	27015
Cesano Boscone	11520	12166	23686
Corsico	16598	18003	34601
Cusago	2160	2155	4315
Trezzano sul Naviglio	10491	10962	21453
TOTALE	58477	61853	120330

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 – anno 2020” e dalla “Relazione sull'attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA) – Giugno - Luglio 2021”, 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.

Inoltre, nel complessivo contesto settentrionale, il sistema sanitario lombardo è apparso soggetto, specie nell'ultimo decennio, a una più accentuata, insidiosa attenzione da parte degli interessi mafiosi. È infatti in questa regione, più che in altre, che i clan hanno mostrato di volere cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche e sociali che il settore offre fisiologicamente.

Gli episodi verificatisi principalmente nella provincia di Pavia hanno dimostrato che la sanità rappresenta il settore in grado di garantire ai clan servizi esclusivi e per definizione “vitali” proprio in virtù della sua delicata funzione.

In particolare, si possono individuare tre risorse preziosissime a garanzia della “salute” dell'organizzazione mafiosa e dei suoi uomini. La prima è rappresentata dal sistema delle perizie mediche compiacenti per salvare dal carcere soggetti condannati a misure detentive e imputati in attesa di giudizio dai processi. Accanto all'ambito delle perizie, altri strumenti di “tutela” per i clan sono rappresentati dai

servizi di cura offerti dal sistema sanitario secondo modalità (formalmente) legittime, ossia ricoveri o visite mediche. Ai servizi di cura (formalmente) legittimi si affiancano ricoveri e visite mediche illegittime, in quanto vedono nelle vesti di pazienti boss in stato di latitanza.

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 (oltre che con quelle di Torino e di Imperia) 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.

Le organizzazioni criminali dell'area sono state negli anni colpite da diverse indagini condotte dalla Procura di Milano; per quanto riguarda il comune di Corsico, particolarmente significativi sono stati una serie di eventi legati alla sagra dello stocco di Mammola programmata nell'ottobre 2016 con il patrocinio del Comune, successivamente annullata a seguito delle polemiche innescate dalla presenza tra gli organizzatori di un commerciante legato alla criminalità organizzata. Alla richiesta della Commissione parlamentare antimafia di un segnale di discontinuità, sono seguite le dimissioni di quasi tutti gli assessori e il conseguente rimpasto.

Anche l'area Nord Ovest è caratterizzata non solo da una presenza radicata, ma anche molto strutturata delle criminalità organizzata. Delle otto locali individuate in questi anni in provincia di Milano, cinque si trovano in questo quadrante: Bollate, Rho, Cormanò, Bresso e Solarò.

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 delle 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 particolarmente esposto alle mire delle cosche, anche nella prospettiva degli investimenti che verranno fatti nell'edilizia ospedaliera.

Vi è poi un aspetto non trascurabile, connesso all'alta mortalità dovuta al coronavirus, che ha imposto carichi di lavoro maggiori sia alle imprese di onoranze funebri, per cui risulta importante verificare, specie nei presidi ospedalieri dichiarati "COVID", se vi siano imprese che sono state favorite più di altre.

Come emerge dalla relazione della DIA, anche i primi mesi del 2021 sono stati caratterizzati dalla persistenza della pandemia in Lombardia dove le misure di restrizione sono state tra le più rigide a livello nazionale sebbene da maggio sia poi seguito un loro progressivo allentamento.

I dati macroeconomici a causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria permangono critici. Secondo le stime della Banca D'Italia e di Unioncamere Lombardia nel 2020 il prodotto interno lordo regionale è diminuito del 9,4% in misura leggermente più accentuata della media nazionale. Dopo il recupero segnato nel terzo trimestre dello scorso anno in coincidenza del calo estivo dei contagi e delle conseguenti riaperture l'attività economica lombarda è tornata a flettere in seguito alla c.d. seconda ondata di contagi, rimanendo debole benché sostenuta da un'ampia gamma di politiche e reti di protezione sociale varate dal Governo e dalle Autorità locali con misure volte a mitigare l'impatto della pandemia sulle imprese, sulle famiglie e sull'occupazione. La ripartenza del sistema economico lombardo nel 2021 si prospetta ancora con alcune variabili di incertezza sempre collegate all'emergenza sanitaria, con le imprevedibili evoluzioni sfavorevoli della pandemia.

A tal proposito, 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.

Al riguardo, la DIA rinvia alle indicazioni già fornite all'inizio della pandemia nella primavera 2020 con riferimento al rischio di infiltrazione da parte delle organizzazioni criminali mediante il tentativo di accaparramento delle commesse pubbliche ovvero con la gestione diretta o indiretta di imprese operanti in settori economici più attrattivi o maggiormente esposte al rischio di default a causa della pandemia tra cui i presidi medico-sanitari.

Alla luce del quadro sopra delineato, risulta opportuno per l'ASST Rhodense valutare nel triennio 2022-2024 l'attivazione di specifiche misure di prevenzione nello svolgimento della propria attività amministrativa, con particolare riferimento alla materia degli appalti pubblici e dell'antiriciclaggio, allo scopo di prevenire le infiltrazioni o i condizionamenti mafiosi nei confronti delle imprese, anche con riguardo alle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

2.3.3. 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)” prevede un “potenziamento” del servizio sanitario regionale in particolare per medicina territoriale, prevenzione e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Come già ampiamente precisato al par. 2.1, l'ASST Rhodense ha rivisto i contenuti della propria mission e vision aziendale a partire dall'anno 2022.

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.

2.3.4. Analisi e valutazione dei rischi

In ossequio alle indicazioni dell'ANAC contenute nell'Allegato n. 1 al PNA 2019 *“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”*, ai fini dell'adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2022-2024, è stata effettuata una rivalutazione del livello di esposizione al rischio delle singole attività inserite nel “Catalogo dei rischi”, allegato n. 1 al PTPCT 2022-2024, 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 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (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, con riferimento, altresì, alle azioni intraprese per la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID 19.

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.

Pertanto, la stesura del PTPCT 2022-2024 ha rispettato il raccordo sinergico di collaborazione tra il RPCT e i Referenti/Dirigenti per ottenere un piano condiviso come un modello a rete.

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, ha individuato, in considerazione delle peculiarità funzionali ed organizzative aziendali, ulteriori aree di rischio specifiche, identificando all'interno di ciascuna area diverse attività di rischio, come di seguito riportato:

Area A “Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine”

Attività di rischio:

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera, incarichi e nomine
3. Conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione
4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)
5. Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

Area B “Affidamento di lavori, servizi e forniture e contratti pubblici”

Attività di rischio:

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Contratti sotto soglia (art. 36, c. 2, lett. b) d.lgs. 50/2016)
8. Contratti sotto soglia (art. 36, c. 2, lett. a) d.lgs. 50/2016)
9. Procedure negoziate (art. 63 d.lgs. 50/2016)
10. Revoca del bando
11. Redazione del cronoprogramma
12. Varianti in corso di esecuzione del contratto
13. Subappalto
14. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
15. Proroghe contrattuali
16. Adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori
17. Esecuzione del contratto

18. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi

Area C “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”

Attività di rischio:

1. Progressioni e incarichi
2. Gestione rapporti con l'utenza e i familiari degli ospiti UdO sociosanitarie
3. Valutazione idoneità all'adozione delle coppie, richiesta dal Tribunale per i Minorenni
4. Favorire la scelta di un utente garantendo agevolazioni improprie
5. Rilascio certificazioni
6. Gestione e somministrazione di farmaci stupefacenti

Area D “provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”

Attività di rischio:

1. Progressioni e incarichi
2. Invalidità Civile
3. Collegi medico-legali
4. Certificazioni medico-legali
5. L. n. 210/1992 - Indennizzo soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni
6. Concessione benefici economici
7. Scelta e revoca
8. Attivazione voucher socio-sanitari
9. Valutazione Multidimensionale del bisogno di persone con disabilità gravissime ai fini dell'accesso ai benefici economici e di prestazioni sociosanitarie

Area E: “Attività libero professionale e liste di attesa”

Attività di rischio:

1. Libera professione *intra moenia*
2. Alterazione liste di attesa
3. Libera professione *intra moenia* allargata
4. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione)

Area F: “Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”

Attività di rischio:

1. Fatturazione Attiva
2. Fatturazione Passiva
3. Gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare
4. Gestione Finanziamenti Pubblici
5. Incasso Ticket (Maneggio denaro)
6. Falso in bilancio
7. Attività ex Equitalia
8. Pagamenti
9. Gestione delle uscite
10. Donazioni vincolate
11. Donazioni di beni mobili durevoli
12. Donazioni conseguenti a stati di emergenza

Area G: “Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni”

Attività di rischio:

1. Partecipazione ad eventi formativi/sponsorizzazioni
2. Sperimentazioni cliniche
3. Gestione farmaci

Area H: “Provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Attività di rischio:

1. Contributi
2. Risarcimenti
3. Rimborsi
4. Incarichi legali e specialisti
5. Incarichi di collaborazione ai docenti esterni

Area I: “Decessi intraospedalieri”

Attività di rischio:

1. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Area L: “Altra area di rischio”

Attività di rischio:

1. Valutazione del personale
2. Funzione di Internal Auditing

2.3.5. Misure generali di prevenzione

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 (PTPCT) 2022-2024 adottato con delibera n. 432 del 13/04/2022;
- 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 e consultazione;
- patti di integrità negli affidamenti.

2.3.5.1. 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 il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), che costituisce apposita sezione del PTPCT 2022-2024 adottato con delibera n. 432 del 13/04/2022.

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 del 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.

Sul punto, si rimanda all'approfondimento di cui al successivo par. 2.3.6.

2.3.5.2. 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.

Con deliberazione n. 1200 del 17.12.2020, 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, sulla scorta delle indicazioni contenute nel D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, 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.

Tale Codice, approvato a seguito dell'iter previsto dalle citate linee guida e corredato da apposita relazione illustrativa redatta dal Responsabile dell'UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale, 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, il personale assunto con contratto di lavoro interinale, 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:

- al rispetto della Costituzione;
- 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 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;
- 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 nel PTPCT aziendale, nonché l'obbligo di segnalazione di eventuali situazioni di illecito, di cui sia venuto a conoscenza, al proprio Dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria. Al riguardo, le misure di prevenzione specifiche previste all'interno del presente Piano sono state declinate in specifici doveri di comportamento in capo ai dipendenti assegnati agli uffici maggiormente esposti al rischio corruzione.

All'interno del nuovo Codice, inoltre, secondo le indicazioni contenute nel PNA 2018, è stato introdotto 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.

2.3.5.3 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, all'UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale che provvederà all'archiviazione in un fascicolo generale apposito.

L'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 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.

Nello specifico, al comma 1 l'art. 42 del codice dei contratti pubblici richiede alle stazioni appaltanti la previsione di misure adeguate per contrastare frodi e corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.

Al secondo comma, la disposizione offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedura di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. A titolo esemplificativo, la norma indica le situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

Il rimedio individuato dal citato art. 7 nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi consiste nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante e nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura, pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

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 ad astenersi dalla funzione di componente della Commissione e comunicare tale situazione agli altri membri della Commissione e all'Azienda, qualora sopraggiunga una situazione (o la conoscenza di una situazione) di conflitto di interessi anche potenziale.

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.

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

Con deliberazione n. 655 del 21.04.2016, in attuazione dell'art. 53 d.lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 190/2012, in conformità alla normativa vigente in tema di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi, si era provveduto ad approvare il Regolamento dell'ASST Rhodense in materia di incarichi extraistituzionali.

Nel corso dell'anno 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 il 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 dell'UOC/UOS 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.

2.3.5.5. 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 delinearsi 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.

Di recente, 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 delineata 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 art. 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 art. 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.

2.3.5.6 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.

In materia di *pantouflage*, l’ANAC è intervenuta con delibere, orientamenti e pareri allo scopo di risolvere i dubbi interpretativi emersi sulla formulazione della norma, in particolare sull’ambito di applicazione dell’istituto.

Come chiarito nel PNA 2018 e ribadito nell’aggiornamento al PNA 2019, 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 preconstituire 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.

L’ANAC ha chiarito che nel novero dei poteri autoritativi e negoziali rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l’acquisizione di beni e servizi per la P.A., sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l’adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell’8.02.2017).

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).

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*;
- inserimento della clausola del *pantouflage* 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 all'UOC Amministrazione e sviluppo del Personale, che, fatte le dovute verifiche ed accertata la violazione, lo comunicherà al RPCT, affinché questi possa comunicarlo all'ANAC ed eventualmente al soggetto privato.

Per quanto attiene, infine, 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 pertanto da considerarsi anche i soggetti che, pur formalmente privati, sono partecipati o controllati dall'ASST.

2.3.5.7 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 2022-2024 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.

E' 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 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 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 2022-2024:

L'ASST Rhodense si impegna anche nel corso del triennio 2022-2024 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.

Nel corso dell'anno 2022 l'ASST Rhodense prevede, per l'applicazione della rotazione ordinaria del personale non dirigenziale vale a dire dei funzionari, di espletare le procedure selettive per individuare le candidature idonee a ricoprire alcune ex posizioni organizzative, oggi incarichi di funzione di organizzazione e professionali.

Nelle aree più esposte a rischio corruzione, i Dirigenti responsabili dovranno porre in essere azioni finalizzate alla rotazione dei procedimenti assegnati, compatibilmente con l'organizzazione del Servizio e le competenze specifiche e/o professionali e continuare a promuovere l'interdisciplinarietà delle attività tra tutti gli operatori.

Nel triennio 2022-2024 l'UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale e l'UOC Acquisti dovranno continuare il percorso già intrapreso negli ultimi anni per le istruttorie più delicate, attuando meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, 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 (UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale, UOC Acquisti, UOC Tecnico Patrimoniale) avranno, anche per il triennio 2022-2024, 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 2022-2024, 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 2022 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 20 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.

2.3.5.8 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 PTPCT 2022-2024:

- 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:

a1. 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);

a2. 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;

a3. 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.lgs. 171/2016.

- b) inserire nei bandi per il conferimento di incarichi le condizioni ostative al conferimento.

Per la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici è in corso di approvazione il nuovo Regolamento aziendale che prevede la verifica dei requisiti dei componenti individuati nonché la nomina da parte del Direttore Generale mediante apposito provvedimento da emenarsi in data successiva alla scadenza del termine di presentazione delle offerte.

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.

2.3.5.9. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblowing)

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”* ha modificato l'art. 54 bis del d.lgs. n.165/2001 e ha 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 riguarda aspetti attinenti il rafforzamento della tutela della riservatezza del dipendente che segnala illeciti e sanziona i responsabili di atti discriminatori e/o di misure ritorsive, quali ad esempio il demansionamento e il licenziamento, posti in essere dall'Ente nei confronti del dipendente a seguito della segnalazione medesima.

Al fine di garantire piena attuazione alla disciplina delineata dal novellato art. 54 bis d.lgs. n. 165/2001, l'ASST Rhodense con deliberazione n. 23 del 17.01.2019, 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 adottato con deliberazione n. 255 del 30.05.2016.

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:

- mediante invio all'indirizzo di posta elettronica a tal fine appositamente attivato, whistleblowing@asst-rhodense.it, accessibile esclusivamente dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- mediante il servizio postale, con busta chiusa indirizzata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con la dicitura "riservata personale";
- mediante posta interna, con busta chiusa indirizzata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con la dicitura "riservata personale";
- verbalmente, mediante dichiarazione rilasciata e riportata a verbale, previo appuntamento con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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.

In particolare, con riferimento all'obbligo di segretezza dell'identità del segnalante, in ossequio alle previsioni di cui all'art. 1, comma 3, della Legge n. 179/2017, il nuovo Regolamento prevede:

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

La 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).

Il comma 6 dell'art. 54 bis, così come novellato dalla Legge n. 179/2017, prevede una nuova specifica disciplina nell'ipotesi in cui venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte dell'Azienda.

Fermi restando gli altri profili di responsabilità, è prevista, infatti, l'applicazione - da parte dell'ANAC - di una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 Euro al Responsabile che ha adottato tale misura.

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 (UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale, 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.

2.3.5.10 Formazione

In linea con la disposizione di cui all'art.1, co. 9, lett. b) della legge n. 190/2012, l'ASST Rhodense continuerà a prevedere, anche per il triennio 2022-2024, come già attuato negli anni precedenti, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Il PFA, nel triennio 2022-2024, prevede e garantisce una formazione di base a tutti gli operatori 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.

Nel corso del triennio 2022-2024 l'ASST Rhodense prevede la predisposizione di un programma formativo articolato su due livelli differenziati: a) un livello generale b) un livello specifico rivolto al RPCT, ai referenti del RPCT, ai funzionari e 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. Il personale sarà individuato su proposta dei Referenti del RPCT che proporranno al RPCT anche le tematiche di interesse, tenuto conto delle diverse giornate formative e tematiche già realizzate nel 2020 e 2021.

2.3.5.11 Patti di integrità negli affidamenti

L'ASST Rhodense applica, 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 (approvato con DGR del 17.06.2019 n. X/1751), il quale 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.

2.3.5.12 Monitoraggio dei tempi procedimentali

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.

2.3.5.13 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 diffusa 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 2022, come da Piano di Audit 2022, saranno le seguenti:

OBIETTIVO DELL'AUDIT descrizione sintetica	PROCESSI INTERESSATI descrizione di dettaglio	STRUTTURE INTERESSATE
Gestione dei Magazzini farmaceutici ospedalieri" (follow-up)	Processi inerenti la procedura "Gestione dei Magazzini farmaceutici ospedalieri" PRG3.1.1 Procedura inserita nel Percorso attuativo della certificabilità del Bilancio (PAC).	U.O.C Farmacia
Approvvigionamento e disponibilità dei DPI per le UU.OO. e Servizi (follow-up)	Approvvigionamento e disponibilità dei DPI per le UU.OO. e Servizi	U.O.C Acquisti DAPSS/SIPO SPP
Erogazioni liberali per l'emergenza Covid-19 ed utilizzo (follow-up)	Pubblicazione sul sito aziendale amministrazione della rendicontazione delle erogazioni liberali per l'emergenza Covid-19	U.O.C. Economico Finanziaria
Area attività Libero Professionali e liste d'attesa e Registrazione prestazioni erogate (follow-up)	• Registrazione della prestazione erogata; • Monitoraggio frequente su coincidenza tra liste di prenotazione e visite effettivamente eseguite; • Erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto alle prenotazioni.	U.O.C Servizi Amministrativi di supporto e accoglienza
L'approvvigionamento dei vaccini e materiale ancillare per la campagna vaccinale COVID-19	L'approvvigionamento dei vaccini e materiale ancillare per la campagna vaccinale COVID-19	U.O.C Farmacia

Contratti sotto soglia (art. 36, c. 2, lett. a) d.lgs. 50/2016)	Monitoraggio rapporto numero affidamenti diretti e numero totale gare indette con FOCUS su Processo di acquisizioni delle protesi cardiache e delle protesi ortopediche	U.O.C. Acquisti
Selezioni Pubbliche	• Procedure concorsuali • Procedure di reclutamento • Area Dirigenziale Area comparto • Verifica risultanze/ indicazioni/ azioni di miglioramento	U.O.C Gestione del Personale

Inoltre, in relazione ai singoli processi aziendali, nel procedimento di mappatura dei rischi effettuato con il coinvolgimento dei Referenti/Responsabili delle varie articolazioni organizzative aziendali, sono state individuate, per ciascuna attività di rischio, specifiche misure di prevenzione dettagliatamente enunciate nel Catalogo dei Rischi, allegato 1 al PTPCT 2022-2024.

2.3.5.14 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 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* 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 il PTPCT e Piano della Performance sotto due profili:

- 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;
- 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 nel PTPCT in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

Conseguentemente alla redazione del Piano della Performance, 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 PTPCT.

2.3.5.15. Monitoraggio

Il monitoraggio delle misure contenute nel Piano costituisce una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, 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, nelle aree a più alto rischio di corruzione, 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, allegato 1 al PTPCT 2022-2024, 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

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 dell'attuazione dei regolamenti aziendali
Misure di promozione dell'etica e di standard di comportamento	Numero di segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento

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 dell'UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- 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 dell'UOC Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- segnalazione di indicatori di rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in urgenza (da parte dei Responsabili dell'UOC Acquisti/UOC Tecnico Patrimoniale/UOC Sistemi Informativi ed Informatici/UOC Ingegneria Clinica);
- 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 dell'UOC Acquisti/UOC Tecnico Patrimoniale/UOC Sistemi Informativi ed Informatici/UOC Ingegneria Clinica);

- 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 dell'UOC Acquisti/UOC Tecnico Patrimoniale/UOC Sistemi Informativi ed Informatici/UOC Ingegneria Clinica);
- report di sintesi elaborati dal NVP e altri Organismi di Controllo Interno e di valutazione (UOC Controllo di gestione/Internal Auditing/Organismo di vigilanza e verifica sulle attività rese in regime di libera professione intramuraria/UOC Qualità, Accreditamento & Risk Management/Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio di Pubblica Tutela/ Gruppo di ascolto e mediazione trasformativa/Commissione di valutazione HTA delle nuove tecnologie) 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.

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

2.3.6 Trasparenza

2.3.6.1 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 RPTC, 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 processo di elaborazione, aggiornamento e pubblicazione di questa parte del Piano continua ad articolarsi secondo le fasi, le attività e i soggetti competenti indicati nella tabella sottostante, secondo le previsioni contenute nella delibera CiVIT 2/2012, in stretta coerenza con il D.lgs 33/2013, come modificato dal D.lgs 97/2016.

Fase	Attività	Soggetti responsabili
Elaborazione/aggiornamento della Sezione della trasparenza, quale parte integrante del PTPCT 2022-2024	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	Direzione strategica/ UOC/UOS/Uffici dell'amministrazione specificatamente individuati
	Redazione	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Attuazione del Programma triennale (PTTI)	Attuazione delle iniziative del Programma ed elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	UOC/UOS/Uffici indicati nel presente documento
Monitoraggio e audit degli adempimenti e delle iniziative	Attività di monitoraggio periodico da parte di soggetti interni sulla pubblicazione dei dati e sulle iniziative in materia di trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di concerto con il Responsabile Performance
	Attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità, secondo indicazioni ANAC Eventuali audit	Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L'attuazione del Programma è riservata ai Responsabili delle Strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare e verificare l'utilizzabilità dei dati da pubblicare sul sito internet nella sezione “Amministrazione trasparente”.

2.3.6.2 La matrice delle responsabilità della trasparenza

Di fondamentale importanza per l'effettiva realizzazione del Programma triennale 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 responsabile dell'UOC Marketing dei Servizi è responsabile della pubblicazione dei contenuti nelle sezioni e sottosezioni previste.

Il dettaglio degli obblighi di pubblicazione applicabili dall'Azienda e afferenti a ciascun Responsabile di area è contenuto nell'allegata tabella (allegato 2 PTPCT 2022-2024), aggiornata sulla scorta del d.lgs n. 97/2016, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente documento e definisce le specifiche responsabilità in capo a ciascun referente ivi indicato.

2.3.6.3 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 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.

2.3.6.4 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.

2.3.6.5 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, 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 redistribuzione 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 2022-2024 proseguirà l'obiettivo di migliorare l'accessibilità dei documenti e delle informazioni pubblicate, sia attraverso l'attività di informazione, già intrapresa nel corso degli anni precedenti (trasmissione di apposite circolari informative), sia attraverso interventi formativi nell'ambito della più ampia tematica della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

2.3.6.6 L'attività di monitoraggio

Il monitoraggio sullo stato di attuazione si sviluppa secondo le seguenti direttrici:

1. Verifiche periodiche a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con cadenza trimestrale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza 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 appositi verbali.

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.

L'obiettivo è quello di raggiungere, nell'arco di ogni annualità, una copertura di verifica degli obblighi di pubblicazione pari al 100%.

Dell'esito dei monitoraggi ne sarà data comunicazione agli uffici interessati, al Responsabile della performance ed alla Direzione Strategica.

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, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 d.lgs. n. 33/2013).

2. Il Nucleo di Valutazione (NdVP)

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

- la coerenza tra gli obiettivi del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), che costituisce apposita sezione del PTPCT, e quelli contenuti nel Piano delle performance;
- lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione ed il rispetto dei criteri di completezza e qualità del dato.

Il NdVP può svolgere, se valutato opportuno, attività di audit sul processo di elaborazione ed attuazione del Programma oltre che sulle misure di trasparenza adottate dall'amministrazione.

3. A.N.A.C.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità ha facoltà di chiedere informazioni tanto al NdVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il modello organizzativo dell'Azienda, ai sensi delle vigenti disposizioni regionali, è stato formalizzato nel POAS adottato con deliberazione n. 326 del 15/05/2017 dell'ASST Rhodense, approvato con DGR n. X/6609 del 19/05/2017, e con deliberazione n. 580 del 4/06/2021 dell'Azienda, approvato con DGR n. XI/4903 del 21/06/2021.

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, U.O.C., U.O.S.D. U.O.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 Specializzazione;
- Incarichi Professionali di Alta Specializzazione;
- Incarichi Professionali di Studio o Ricerca;

- Incarichi Professionali di Altissima Specializzazione;

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 21.5.2018, è stato adottato specifico regolamento atto a definire l'individuazione e le modalità di attribuzione degli "incarichi di funzione" previsti per il personale non dirigenziale

L'organigramma aziendale, coerente con le previsioni del vigente POAS, è allegato alla delibera aziendale n. 580 del 4/06/2021.

La consistenza numerica del personale assegnato ad ogni UOC/UOS 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 allegato al POAS approvato con DDGGRR n. X/6609 del 19.05.2017 e n. XI/4903 del 21.06.2021.

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 31.5.20218 – 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 proroghe sono stati autorizzati complessivamente n. 12 Dipendenti di area tecnica (informatici) ed amministrativa a svolgere la propria attività lavorativa in modalità a distanza.

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, inizialmente attivata per la durata di anni 2, successivamente prorogati a richiesta dell'interessato, previa verifica di compatibilità da parte del responsabile di U.O.C., dovrà essere oggetto di rivalutazione all'atto dell'attivazione con modalità ordinaria dell'istituto del lavoro agile.

Per quanto, invece, riguarda lo Smart Working, 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. Al momento è prevista fino al 30 giugno per il solo personale "fragile".

Ogni dipendente è stato messo in condizione di comprovare l'orario di svolgimento dell'attività lavorativa mediante effettuazione di timbratura geolocalizzata.

Al momento si è in attesa di conoscere la regolamentazione a regime del lavoro agile, che dovrebbe essere definita nel corso dell'anno 2022 dai CCNL di prossima approvazione.

Nella sostanza, l'Azienda risulta sostanzialmente già dotata delle infrastrutture informatiche necessarie per garantire lo svolgimento dello Smart Working, tuttavia si dovranno definire gli aspetti regolamentari e contrattuali specifici necessari per rendere tale modalità di resa della prestazione lavorativa una modalità ordinaria svincolata da logiche e finalità emergenziali, orientata a migliorare la qualità della vita dei lavoratori, salvaguardando, nel contempo la produttività.

3.3. PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

La consistenza complessiva del personale in servizio presso ASST Rhodense alla data del 06.06.2021 risulta essere pari a n. 3.661 unità, così suddivise: n. 3.057 dipendenti appartenenti all'area Comparto e n. 604 Dirigenti.

Personale in Forza ASST RHODENSE per MACRO PROFILO di appartenenza - Situazione al 06/12/2021					
UNITA' (a)	Ruolo	Struttura complessa	Tempo determinato	Supplenti	Totale aziendale
AMMINISTRATIVI	354	0	40	0	394

ASSISTENTI RELIGIOSI	2	0	0	0	2
ASSISTENTI SOCIALI	47	0	0	0	47
AUSILIARI	5	0	0	0	5
INFERMIERI	1338	0	8	0	1346
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	317	0	21	0	338
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	507	0	4	0	511
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	189	0	6	0	195
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	14	0	0	0	14
TECNICI SANITARI	147	0	9	0	156
Totale COMPARTO	2920	0	88	0	3008
DIRIGENTI MEDICI	476	37	11	0	524
Totale MEDICI	476	37	11	0	524
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	3	6	5	0	14
DIRIGENTI SANITARI	57	1	1	0	59
DIRIGENTI T/P	3	2	0	0	5
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0	1	0	0	1
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	63	10	6	0	79
Totale aziendale	3459	47	105	0	3611

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 06/06/2022					
FTE (b)	Ruolo	Struttura complessa	Tempo determinato	Supplenti	Totale aziendale
AMMINISTRATIVI	384,94	0,00	16,66	7,00	408,60
ASSISTENTI RELIGIOSI	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00
ASSISTENTI SOCIALI	43,35	0,00	0,00	0,00	43,35
AUSILIARI	4,83	0,00	0,00	0,00	4,83
INFERMIERI	1300,07	0,00	17,00	0,00	1317,07
RUOLO TECNICO - ALTRO PERSONALE	287,52	0,00	20,00	0,00	307,52
RUOLO TECNICO - OTA/OSS	526,30	0,00	0,00	0,00	526,30
TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	179,01	0,00	2,00	0,00	181,01
TECNICI DI VIGILANZA E ISPEZIONE	11,73	0,00	0,00	0,00	11,73
TECNICI SANITARI	143,20	0,00	8,00	0,00	151,20
Totale COMPARTO	2882,95	0,00	63,66	7,00	2953,61
DIRIGENTI MEDICI	469,00	35,00	7,00	1,00	512,00
Totale MEDICI	469,00	35,00	7,00	1,00	512,00

DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	3,00	7,00	4,00	1,00	15,00
DIRIGENTI SANITARI	55,00	1,00	10,00	0,00	66,00
DIRIGENTI T/P	5,00	1,00	0,00	0,00	6,00
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,00	1,00	1,00	0,00	2,00
Totale DIRIGENTI NON MEDICI	63,00	10,00	15,00	1,00	89,00
Totale aziendale	3414,95	45,00	85,66	9,00	3554,61

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 riferimento al triennio 2021-2023, i criteri e le indicazioni operative per la redazione sono stati impartiti da Regione Lombardia, con provvedimento n. XI/5658 del 30.11.2021, le indicazioni utili alla redazione del piano triennale adottato dall'Azienda con provvedimento n. 1171/2021/DG del 23.12.2021.

In tale documento, in ossequio alle indicazioni regionali 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 riferite all'anno di riferimento.

L'obiettivo più significativo di trasformazione dell'allocatione delle risorse, presente nel PTFP 2021-2023, è costituito dalla messa a regime dell'organico relativo agli infermieri di famiglia. Detta attività prevista a livello regionale e finanziata in modo stabile da risorse statali inizialmente messe a disposizione nell'ambito dell'emergenza COVID, dovrebbe andare a regime nel corso dei primi mesi dell'anno in corso e vedere la definizione dei percorsi assistenziali e di cura ad essa correlati, nell'ambito del biennio 2022-2023.

Analogamente, nel corso del prossimo biennio, dovrebbero andare a regime gli obiettivi di trasformazione del Sistema Sanitario Lombardo, previsti dalla L.R. 22/2021 (legge di Riforma del Sistema Sanitario Regionale), recentemente approvata, che comporterà la ridefinizione dei POAS delle singole Aziende, con conseguente rideterminazione dell'organizzazione complessiva delle stesse.

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.

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.

Con riguardo alle figure di area tecnica ed amministrativa, l'Azienda ha ultimato le procedure concorsuali sia per la categoria BS che per la categoria C. Tale fatto dovrebbe garantire 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 vogliano 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.

Vengono monitorati 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). Queste vengono monitorate 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, 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

L'ASST Rhodense con la struttura dell'Ufficio Formazione agisce in coerenza con indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale ed in sintonia con il Piano di Formazione Regionale del settore sanità. Le risorse interne, in qualità di patrimonio culturale, inserite e sostenute da obiettivi di crescita e consolidamento, sono un valore che l'Azienda intende spendere nella offerta di servizi di formazione all'esterno e nel panorama della formazione aziendale garantendo la formazione, con particolare attenzione agli aspetti della sicurezza e quelli strettamente operativi.

È obiettivo dell'ASST Rhodense il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate che richiedono:

- orientamento al paziente/cliente/utente
- orientamento al processo
- orientamento al miglioramento del servizio erogato
- controllo delle risorse
- attenzione agli eventi pandemici

Per ottenere la condivisione di questo obiettivo da parte degli operatori della Azienda Ospedaliera è necessario, attraverso la formazione, favorire processi di integrazione e armonizzazione, per contribuire a costruire una cultura aziendale, sviluppare il senso di appartenenza all'Azienda, la comprensione e la condivisione degli obiettivi strategici della stessa.

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, l'aggiornamento professionale e la 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 come discenti, ma sollecitando contributi di docenza, tutoring e facilitazione
- 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 modalità formative (formazione residenziale, formazione sul campo e formazione a distanza) prediligendo la formazione sul campo
- 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.

L'Ufficio Formazione Permanente, in staff alla Direzione Strategica, indirizza e coordina i processi formativi quali leve strategiche per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e lo sviluppo professionale degli operatori; è preposto alla gestione del processo di aggiornamento professionale, per tutti gli operatori della Azienda, in sintonia con le indicazioni della Direzione Generale Aziendale e in stretto rapporto con l'Area Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione. Gestisce l'utilizzo delle risorse economico-finanziarie stabilite nello specifico budget aziendale.

Il processo di analisi dei bisogni formativi è funzionale all'implementazione del Piano di Formazione Aziendale predisposto dall'Ufficio Formazione Permanente e approvato con delibera n. 253/2022.

L'Ufficio Formazione Permanente raccoglie le indicazioni della Direzione Strategica e presenta al Comitato Scientifico per la Formazione Permanente le proposte che pervengono dai Soggetti individuati ed indicati annualmente.

L'Ufficio Formazione Permanente raccoglie le esigenze formative che emergono anche nel corso dell'anno, impiegando come strumento principale il colloquio/intervista, proponendo al Comitato Scientifico per la Formazione Permanente l'integrazione nel piano formativo programmatico in relazione a obiettivi/contenuti e risorse a disposizione. Tale modalità viene inoltre integrata dagli esiti del questionario di gradimento al fine di individuare l'esigenza di formazione percepita dal singolo operatore (customer satisfaction) in occasione della frequenza ad iniziative formative

Si concretizza attraverso la formalizzazione del budget e con la ripartizione in

- formazione interna (per aree di progetto)

AREA 1 PROPOSTE DI DIPARTIMENTI SANITARI GESTIONALI/DAPSS

AREA 2 RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE DI BASE E SPECIFICHE

AREA 3 GOVERNO CLINICO

AREA 4 EMERGENZA/URGENZA

AREA 5 SICUREZZA (D.LGS 81/08)

AREA 6 SISTEMI INFORMATIVI/CRS-SISS

AREA 7 ALTRI EVENTI (OBIETTIVI DELLA DIREZIONE AZIENDALE)

AREA 8 ANTICORRUZIONE/TRASPARENZA

AREA 9 SISTEMA SOCIO SANITARIO INTEGRATO

- formazione individuale (esterna)

Le proposte provenienti da Aree e Dipartimenti/, in applicazione della procedura convalidata nell'ambito del Comitato Scientifico per la Formazione Permanente (CSFP), vengono vagliate dall'Ufficio Formazione Permanente in relazione alle linee di indirizzo generale sulla formazione (Accordo Conferenza Stato Regioni del 19 aprile 2012 "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina") ed al piano formativo aziendale, con particolare valorizzazione di quelle di carattere trasversale e/o interdisciplinare.

L'Ufficio Formazione Permanente rimane comunque il titolare sensibile ed attento rispetto alle esigenze, anche in itinere e con formule cognitivo-didattiche innovative, rispetto alla evoluzione dei fabbisogni formativi come nel caso dell'avvianda formazione regionale in tema di Triage e/o altre formule innovative che il panorama di evoluzione del SSR propone come sfide cognitive.

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

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