



Il Consiglio di Amministrazione

DELIBERAZIONE CONSILIARE N. 221

SEDUTA DEL 23-06-2022

Presidente: Marco Giachetti

Consiglieri: Dorina Bianchi
Franco Dalla Sega
Carmelo Ferraro
Patrizia Marzorati (assente)
Nicola Pecchiari (assente)
Daniela Restelli (assente)
Armando Vagliati

Con l'assistenza del Segretario Massimo Aliberti

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) – TRIENNIO 2022/2024

Su proposta del Direttore Generale: dott. Ezio Belleri

Con il parere favorevole del:

Direttore Amministrativo: dott. Fabio Aggrò

Responsabile della U.O.C. Economico Finanziaria: dott. Roberto Alberti

L'atto si compone di n. 168 pagine di cui n. 166 pagine di allegati parte integrante

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione all'Albo Pretorio.

[Atti n. 1006/2016]



IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

PREMESSO che il D.L. n. 80 del 9.6.2021, al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese, ha disposto per le pubbliche amministrazioni l'adozione del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO);

DATO ATTO che tale Piano, con valenza triennale ed aggiornamento annuale, accorpa i Piani che concorrono al valore pubblico, alla performance, alle misure anticorruzione e trasparenza nonché alle misure inerenti all'organizzazione del capitale umano;

ATTESO che, ai fini di cui sopra, è stato costituito un tavolo di confronto, prot. n. 21408 del 22.4.2022 e prot. n. 29496 del 9.6.2022, con il coinvolgimento di varie Strutture di Fondazione, finalizzato a condividere il percorso di integrazione dei documenti di organizzazione di cui sopra in un unico atto di programmazione, garantendo le necessarie rispettive competenze;

RITENUTO pertanto di adottare il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) - triennio 2022/2024, allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;

PREVIA VOTAZIONE resa ai sensi di legge, da cui risultano n. 5 voti favorevoli su n. 5 votanti;

DELIBERA

per le motivazioni richiamate in premessa:

1. di approvare il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) triennio 2022/2024, allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio della Fondazione, ai sensi dell'art. 32 della legge n. 69/2009 e della l.r. n. 33/2009 ss.mm.ii..

Il Segretario

Massimo Aliberti

Il Presidente

Marco Giachetti

REGISTRATA NEL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI
IN DATA 23.06.22 AL N. 1221





Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piano Integrato Attività e Organizzazione

PIAO 2022

INDICE

PREMESSA.....	7	
SEZIONE I		
LA FONDAZIONE	9	
SEZIONE II		
PARTE 1 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2022-2024	14	
1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT		15
1.1	COORDINAMENTO TRA LA SEZIONE ANTICORRUZIONE E LE ALTRE SEZIONI DEL PIAO	15
1.2	CONTROLLO E MONITORAGGIO SULL’ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE	16
1.3	RETE CON ALTRE STRUTTURE	17
2 PIANIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE		18
2.1	SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	18
2.2	AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	20
2.3	OBIETTIVI STRATEGICI	22
2.4	CONTESTO ESTERNO	23
2.5	VALUTAZIONE DELL’IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO SULL’ANALISI DEI RISCHI	29

2.6	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....	30
2.7	ANALISI DELL'ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	33
2.8	MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	34
2.9	ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE-REVOLVING DOORS).....	38
2.10	FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA P.A.	39
2.11	ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI.....	40
2.12	PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI.....	41
2.13	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE.....	42
2.14	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE.....	45
2.15	AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	46
2.16	EMERGENZA COVID-19: INDICAZIONI AGGIUNTIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	46
2.17	FORMAZIONE	51
2.18	TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER).....	52
3	TRASPARENZA.....	54
3.1	PROCEDURA PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI	55
3.2	IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA.....	56
3.3	MONITORAGGIO E VIGILANZA SUGLI ADEMPIMENTI IN TEMA DI TRASPARENZA	56
3.4	ACCESSO CIVICO.....	56
3.5	INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER	58

4	OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	58
4.1	OBBLIGHI DI INFORMAZIONE.....	58
4.2	MONITORAGGIO DEL Piano.	59
4.3	RESPONSABILITÀ	59
5	ELENCO ADEMPIMENTI	60
	 PARTE 2 - PIANO DELLE PERFORMANCE 2022-2024	63
	 PRESENTAZIONE DEL PIANO	63
1	SVILUPPI LEGATI AL COVID-19	64
2	LA COLLABORAZIONE CON UNIMI.....	65
3	L'ATTIVITÀ CLINICA	66
4	LA RICERCA	70
5	IL PIANO DELLE PERFORMANCE	71
6	OBIETTIVI STRATEGICI, AZIONI, INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO	73
6.1	AREA STRATEGICA R – LE RISORSE	74
6.2	AREA STRATEGICA S – LA SALUTE	76
6.3	AREA D – I DIRITTI DEI CITTADINI.....	78
	 SEZIONE III	
	 PARTE 1 - PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE.....	79
1	PROGETTO DI ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE	80
2	IL LAVORO AGILE NELLA FASE PANDEMICA	82
3	RIENTRO AL LAVORO DEI DIPENDENTI PUBBLICI E LINEE GUIDA.....	86

4	IPOTESI DI MODALITÀ ATTUATIVE	87
4.1	SEZIONE 1 – ACCESSO AL LAVORO AGILE	88
4.2	SEZIONE 2 – ACCORDO INDIVIDUALE DI SMARTWORKING	88
4.3	SEZIONE 3 – CRITERI PREFERENZIALI	89
4.4	SEZIONE 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO	90
4.5	SEZIONE 5 – CONDIZIONI TECNOLOGICHE, PRIVACY E SICUREZZA....	91
4.6	SEZIONE 6 – DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE	94
4.7	SEZIONE 7 – SICUREZZA E TUTELA SUL LAVORO	95
4.8	SEZIONE 8 – FORMAZIONE DEL LAVORATORE AGILE	95
4.9	SEZIONE 9 – LAVORO DA REMOTO	96
5	PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE	96
	 PARTE 2 - PIANO FORMATIVO	 99
	 PARTE 3 - PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2021-2023	 104
	 PARTE 4 - PIANO AZIONI POSITIVE.....	 108
	 PREMESSE	 108
1	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	109
2	INIZIATIVE PER IL TRIENNIO 2022-2024	111
2.1	AREA 1 – FORMAZIONE, DIVULGAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G.....	111
2.2	AREA 2 – BENESSERE LAVORATIVO, ORGANIZZATIVO, STRESS LAVORO CORRELATO, CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA – TEMPI DI LAVORO .	113

SEZIONE IV

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E DISPOSIZIONI FINALI.....	120
--	------------

PREMESSA

Il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di “testo unico” della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Si tratta di un unico documento che sostituisce una serie di Piani che la Fondazione era tenuta a predisporre e che ora trovano collocazione nel presente documento.

Il presente Piano ha anche lo scopo di perseguire la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi erogati agli utenti e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012 nonché della legge 241/1990.

Considerato che restano esclusi dall’unificazione i documenti di carattere finanziario, ulteriore vantaggio è la grande semplificazione e visione integrata dei progressi delle amministrazioni.

Tra gli obiettivi della Fondazione si colloca pertanto la piena attuazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Come detto, tale piano, con valenza triennale e aggiornamento annuale, accorpa i Piani che concorrono al Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione e Trasparenza a quelli con impatto sull’organizzazione e sul Capitale Umano (es. Lavoro Agile e Formazione).

Nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e sulla base delle indicazioni ministeriali al riguardo, il Piano è strutturato in sezioni. Nella prima sezione verranno tracciati gli elementi identificativi della Fondazione con illustrazione delle relative peculiarità. Nella seconda sezione troverà spazio il tema della prevenzione della corruzione con i contenuti riguardanti anche la trasparenza e il piano aziendale delle performance. Nella terza sezione invece verrà trattato il tema del capitale umano



proponendo le misure inerenti il lavoro agile, il piano formativo, il piano dei fabbisogni e le azioni positive. Infine l'ultima sezione riguarderà il monitoraggio con la definizione degli ambiti di misurazione della funzionalità del presente documento.

SEZIONE I

LA FONDAZIONE

La Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico (di seguito Fondazione) persegue le seguenti finalità:

- svolgere, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e degli indirizzi impartiti dalle competenti autorità e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale, l'attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, al fine di costituire un centro di riferimento nazionale per la cura e la ricerca;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri Enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- fornire, mediante rapporti convenzionali o con altre opportune modalità, il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e della ricerca biomedica;
- assumere ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale ed applicata nonché a tutelare la proprietà dei suoi risultati e la valorizzazione economica degli stessi;
- svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

Nel rispetto dei suddetti principi generali fissati dal proprio Statuto, la Fondazione impronta il proprio operato con il fine prioritario di garantire una risposta adeguata ai contingenti bisogni assistenziali dell'utenza.

La Fondazione si caratterizza quindi per l'integrazione tra assistenza, ricerca (riconoscimento IRCCS) e formazione (Università); caratteristiche che si concretizzano in alcuni obiettivi più specifici volti a:

- rafforzare il ruolo di centro di riferimento all'interno delle reti nazionali e internazionali che ne evidenziano le attività distintive quali, tra le altre, l'emergenza/urgenza nell'adulto e nel bambino, i trapianti, l'assistenza materno-infantile e la presa in carico dei pazienti con malattie rare;
- promuovere la ricerca traslazionale e tutelare la proprietà dei suoi risultati;
- attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- riqualificare da un punto di vista urbanistico e architettonico tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale.

Nella stesura del presente documento di organizzazione non si è potuto tralasciare il contesto nel quale si trova, e si è trovato in particolare nell'ultimo periodo, il Sistema Sanitario Regionale.

Come noto, l'emergenza pandemica dall'anno 2020 ha investito in maniera estremamente rilevante tutto il Sistema Sanitario Nazionale con la necessità di dover adeguare le proprie attività ai nuovi bisogni sanitari.

Anche Fondazione è stata fortemente coinvolta nel fronteggiare la suddetta emergenza epidemiologia e, ciò, sia nella fase più critica con l'impegno profuso nel garantire l'incremento di posti letto di terapia intensiva sia nella fase di perseguimento degli obiettivi fissati con il Piano Vaccinale Regionale.

Anche in considerazione di quanto sopra, rispetto al precedente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, alcuni settori hanno subito mutamenti sia in termini di gestione delle attività sia in termini di organizzazione dei servizi e, pertanto, con il presente documento si rende necessario apportare alcune modifiche all'organigramma aziendale.

Inoltre, l'incremento della complessità organizzativa e gestionale di gran parte delle Strutture complesse ha reso necessaria una revisione delle diverse articolazioni aziendali che ha comportato la necessità di potenziare i rispettivi ambiti gestionali e nel contempo riequilibrare e omogeneizzare gli assetti organizzativi.

Sulla base di quanto stabilito dallo Statuto, sono organi della Fondazione:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;

- il Direttore Generale coadiuvato da Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario;
- il Direttore Scientifico;
- Collegio Sindacale.

In ottemperanza alle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, all'interno della Fondazione è costituito il Collegio di Direzione ed è prevista la presenza del Comitato Tecnico Scientifico.

La Fondazione è nota anche come Policlinico di Milano, un ospedale generale che, come detto, può contare su importanti eccellenze in diversi ambiti di cura con una forte interdisciplinarietà.

Fondato dal Duca Francesco Sforza più di 500 anni fa, è tra gli ospedali più antichi d'Italia. Nei suoi sei secoli di attività ha accompagnato i milanesi nel loro percorso di cura, facendo la storia della medicina ed anticipando diverse innovazioni sempre al passo con i tempi.

La Fondazione ha ospitato medici illustri quali Carlo Forlanini - inventore dello pneumotorace artificiale, Edoardo Porro - innovatore dell'operazione di taglio cesareo, Baldo Rossi - padre della chirurgia d'urgenza, Luigi Mangiagalli - fondatore dell'omonima clinica ostetrico-ginecologica, Luigi Devoto fondatore dell'omonima Clinica del Lavoro, la prima nel mondo in questa disciplina, e molti altri.

Risale all'anno 2005 la trasformazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico in "Fondazione" risultando, come stabilito dallo Statuto, quali Soci Fondatori il Ministero della Salute, la Regione Lombardia, il Comune di Milano e l'Arcidiocesi di Milano.

La Fondazione ha sede in Milano, Via Francesco Sforza n. 28 ma, seppur organizzata in un unico presidio, alla data di stesura del presente documento, eroga attività assistenziali nelle seguenti sedi collocate nel territorio della città di Milano:

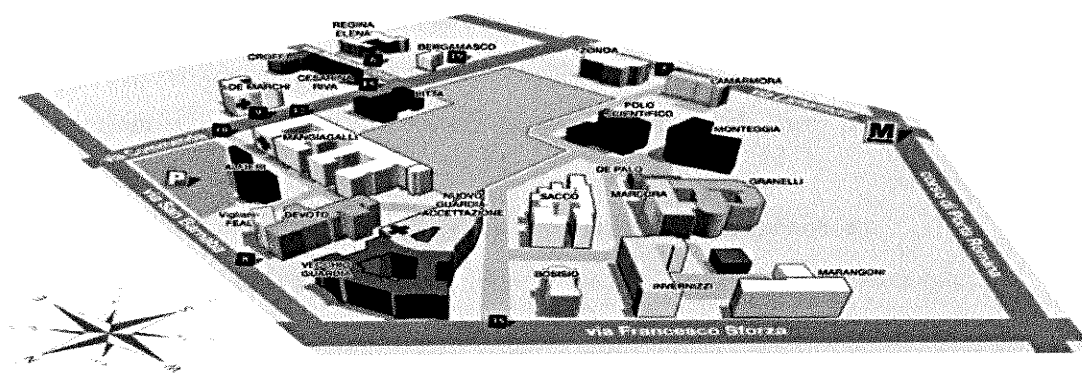
- Area Ospedaliera Via Francesco Sforza 35;
- Area Via Pace 9;
- Area Via Commenda 12;
- Area Via Fanti 6;
- CPS Centro Psico Sociale via Asiago 9;
- CPS Centro Psico Sociale via Fantoli 7;
- Psichiatria Territoriale - Via Ripamonti 20;

- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Viale Puglie 33/Viale Ungheria 29/Via F. Sforza 35;
- Cascina Brandezzata – via Ripamonti 428.

L'area del Policlinico si estende per circa 137.000 m2 ed è situata a sud-est del Duomo tra le vie F. Sforza, San Barnaba, Commenda, Lamarmora e Pace (tra Corso di Porta Romana e Corso di Porta Vittoria).

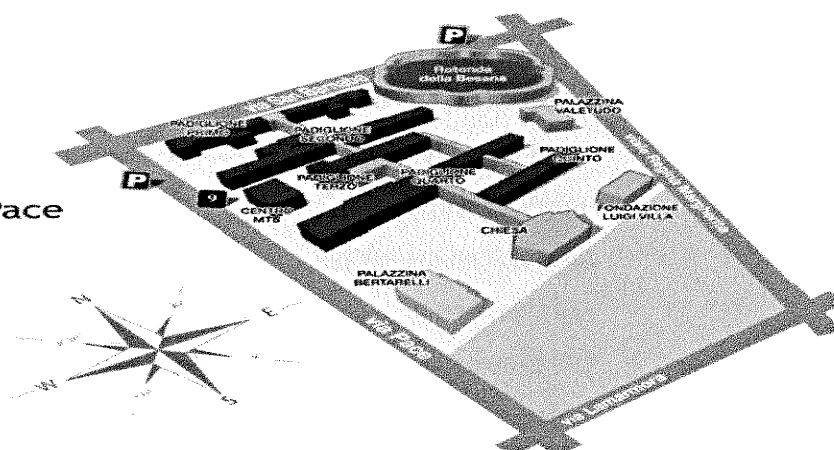
L'area si distingue per la sua struttura a padiglioni.

Area via F.Sforza/Via Commenda

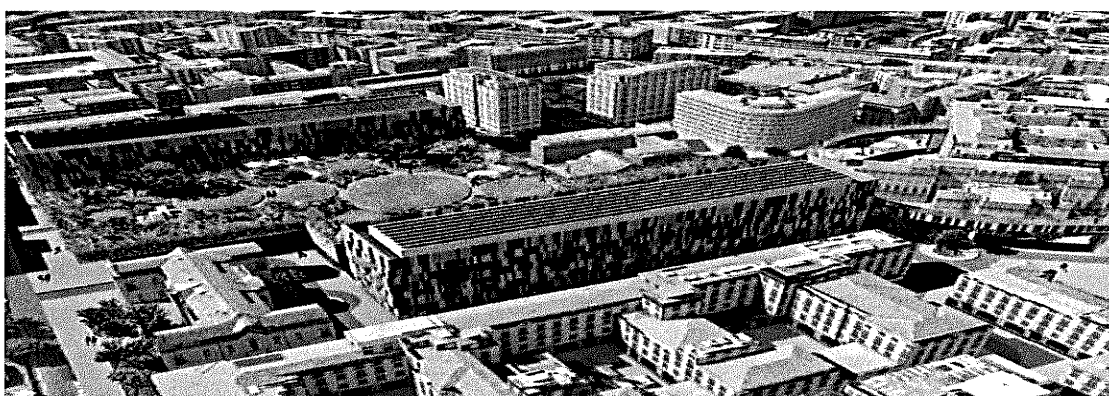


L'area del Policlinico si estende per circa 137.000 m2 ed è situata a sud-est del Duomo tra le vie F. Sforza, San Barnaba, Commenda, Lamarmora e Pace (tra Corso di Porta Romana e Corso di Porta Vittoria).

Area via Pace



Dopo la conclusione delle fasi propedeutiche alla realizzazione del nuovo ospedale (previsti un polo Medico e un polo Materno Infantile), hanno preso il via le attività di costruzione dell'edificio: nell'ottobre 2019 si è proceduto con la stipula del contratto con l'ATI aggiudicataria dell'appalto. I lavori, dopo la consegna delle aree, sono di fatto iniziati nel 2020 e sono stati rallentati dall'emergenza COVID e dalla necessità di procedere a una ulteriore imprevedibile bonifica dei terreni con il conseguente aggiornamento del cronoprogramma che ne prevede il completamento ad aprile 2024.



La Fondazione svolge la propria attività basandosi su criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio complessivo di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali.

La Fondazione organizza la propria Struttura mediante centri di responsabilità e di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali.

A handwritten signature or mark, possibly a stylized 'P' or 'B', located in the bottom right corner of the page.

SEZIONE II

PARTE 1

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2022-2024

La presente sezione del PIAO è sviluppata in applicazione della vigente normativa in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. Tiene conto altresì dei documenti in materia adottati da ANAC, con particolare riferimento al PNA 2019-2021, alle LG ANAC emesse a giugno 2021 e al Manuale Operativo approvato il 2 febbraio 2022.

La sezione, pur innovativa nella forma e coerente con i principi di semplificazione e fruibilità dei contenuti e di integrazione con le restanti sezioni del presente Piano, assicura continuità con le attività avviate con i precedenti PTPC di Fondazione e gradualità nello sviluppo dei nuovi obiettivi da implementare.

ACRONIMI

ANAC	Autorità Nazionale Anti Corruzione
D.P.O.	Data Protection Officer
N.V.P.	Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
ORAC	Organismo Regionale per le Attività di Controllo
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.T.P.C.	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
R.P.C.T.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari



1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT

La Fondazione, con delibera consiliare n. 126 del 28.01.2021, ha nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) con decorrenza dal 1° marzo 2021 la prof.ssa Silvana Castaldi succeduta al dott. Massimo Aliberti.

La prof.ssa S. Castaldi è un dirigente universitario di II livello che ha ricoperto all'interno dell'organizzazione numerosi incarichi distinguendosi negli anni per integrità, autonomia ed etica professionale.

L'incarico di RPCT si affianca a quello di responsabile della UOC Qualità, Internal Auditing e Privacy che nell'organigramma organizzativo della Fondazione si colloca attualmente in staff alla Direzione Sanitaria. La funzione di RPCT, tuttavia, si posiziona *super partes* e l'interfaccia è diretta sia con la Direzione Generale sia con il CdA.

Tenuto conto della complessità e specificità delle materie trattate all'interno della struttura, al RPCT è stata assegnata una risorsa interna con incarico professionale, dedicata, esperta di organizzazione sanitaria, di controlli interni e componente del team di Internal Auditing della Fondazione.

Per quanto attiene il ruolo di DPO svolto dalla prof.ssa S. Castaldi, invece, la Fondazione, in considerazione degli oneri e cumulo di competenze, ha provveduto all'assegnazione di una consulenza esterna specialistica a supporto.

La durata dell'incarico di RPCT si sovrappone e coincide con quella contrattuale di Responsabile della struttura complessa. In caso di temporanea e improvvisa assenza del RPCT la continuità dell'attività dovuta per l'espletamento della funzione è garantita dalla figura incaricata in staff, previo atto autorizzativo della Direzione Generale.

1.1 COORDINAMENTO TRA LA SEZIONE ANTICORRUZIONE E LE ALTRE SEZIONI DEL PIAO

L'intero impianto del presente documento si fonda sulla necessità di garantire l'integrazione delle attività che sottintendono la formulazione di programmi di lavoro e di azioni di miglioramento, la cui attuazione ed adeguatezza devono essere valutate periodicamente e in modo sistematico creando sinergia e scambio tra i diversi ambiti.

Per la tipologia delle attività trattate e il loro impatto sull'organizzazione, ai fini della stesura del PIAO, la Direzione Amministrativa assicura il coordinamento tra tutte le funzioni

interessate, in particolare, tra il RPCT e i responsabili delle strutture di Pianificazione, controllo di gestione e flussi informativi e di Gestione delle risorse umane, attraverso la formalizzazione di:

- incontri propedeutici la stesura del documento, per il confronto sul contenuto delle sezioni di competenza e la condivisione delle parti da sviluppare che risultano comuni (per esempio: la descrizione dell'organizzazione/contesto interno, la programmazione della rotazione e della formazione del personale che sono anche misure di prevenzione della corruzione);
- incontri successivi, volti alla condivisione degli esiti dell'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure e azioni programmate.

A titolo esemplificativo le misure di prevenzione della corruzione, compresi gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza e le misure aggiuntive individuate nella mappatura dei rischi, costituiscono adempimenti dei Dirigenti Responsabili di competenza e sono strettamente correlati al c.d. Ciclo delle Performance, che ne prevede l'inserimento sotto forma di obiettivi da raggiungere e nelle schede di budget. Il legame tra i due ambiti, pertanto, è stretto e il confronto deve essere sistematico e produttivo.

Attualmente non sono disponibili sistemi informatici che consentano la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento, tuttavia, tutto il sistema di reportistica cartaceo/documentale perviene al RPCT consentendogli di presidiare le attività.

Più in generale l'attività del RPCT è fortemente collegata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione sanitaria e amministrativa basti pensare al dovere di osservanza del Codice Etico e di Comportamento a cui tutti sono tenuti e a gli obblighi in esso ricompresi in materia di prevenzione dell'illegalità e di regolarità amministrativa.

1.2 CONTROLLO E MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVISTE

Il controllo sull'attuazione delle misure avviene in due modalità:

- attraverso la programmazione di incontri intermedi tra RPCT e i Dirigenti responsabili delle strutture coinvolte nelle misure. Tali incontri prevedono l'approfondimento del Registro dei Rischi e il controllo sull'andamento delle misure. La seconda parte degli incontri è dedicata allo stato di aggiornamento degli

obblighi di pubblicazione. I verbali degli incontri sono sottoscritti da entrambe le parti e conservati a cura del RPCT;

- attraverso l'analisi delle misure di prevenzione e dei relativi indicatori nel Riesame che ogni unità organizzativa svolge annualmente per il Sistema di Gestione della Qualità ISO 9001. Al Riesame è associata anche la rivalutazione dello stato di aggiornamento degli obblighi di pubblicazione, laddove in carico alla struttura. La tabella degli obblighi, datata e sottoscritta, viene allegata al Riesame.

Quest'ultimo punto illustra lo sforzo della Fondazione di integrazione tra gli strumenti di Gestione (Gestione del rischio corruttivo ex 190/2012 e Gestione dei rischi ex ISO 9001) ottimizzandone l'utilizzo e semplificando il lavoro delle strutture su cui ricadono gli obiettivi e che devono adottare indicatori di risultato.

1.3 RETE CON ALTRE STRUTTURE

L'aggiornamento del Piano avviene, inoltre, in stretta rete con gli altri IRCCS pubblici lombardi con i quali è in essere un costante confronto e scambio di esperienze.

Il Gruppo di Lavoro dei 4 IRCCS, coordinato dall'Istituto Nazionale dei Tumori, è attivo dal 2017 e ha portato alla condivisione di criteri, indicatori e strategie con particolare riferimento a determinate aree di rischio e a percorsi formativi. Ciò è avvenuto nel 2021 con una serie di incontri presso l'INT con l'intervento di un docente esterno.

A livello territoriale più ampio, invece, sono attivi:

- un gruppo coordinato dal RPCT dell'ATS Val Padana che, a causa dell'emergenza Covid, negli ultimi anni ha potuto agire solo via garantendo una veloce circolazione delle informazioni e, laddove richiesto, un confronto sulle novità e sugli adempimenti in divenire;
- il gruppo coordinato dalla RL attraverso il suo RPCT, che ha promosso incontri di confronto e connessioni con altre funzioni attraverso l'organizzazione di webinar su temi specifici (anticiclaggio, internal audit, ecc.).

2 PIANIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Gli attori della Fondazione per funzione svolta e materia trattata maggiormente coinvolti nella prevenzione della corruzione possono essere aggregati nei seguenti gruppi:

- **organi di indirizzo:** tutti gli organi strategici, in via diretta o indiretta, sono sempre coinvolti nelle attività finalizzate alla prevenzione della corruzione e trasparenza attraverso il confronto, la definizione di proposte e pareri e all'adozione, per competenza, degli atti di carattere generale e organizzativo-gestionale finalizzati allo sviluppo delle attività. Gli organi sono:
 - il Presidente e il Consiglio di Amministrazione;
 - il Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
 - il Direttore Scientifico: con particolare riferimento all'attività di ricerca e sperimentazione.

- **strutture di controllo interno:** pur con prospettive e modalità diverse, gli organi di controllo concorrono alla verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, e monitorano l'attuazione delle misure di prevenzione. L'integrazione tra gli organi di controllo è fondamentale per condividere a livello organizzativo gli esiti dell'attività di controllo. A questi il RPCT attinge per la rivalutazione della Piano di prevenzione e Trasparenza. In Fondazione tale condivisione è agevolata dal fatto che il RPCT è anche Responsabile Qualità e Internal Auditing. Gli organi di controllo sono:
 - il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
 - l'Internal Auditing;
 - la Qualità, la Fondazione è certificata ISO 9001:2015 per l'attività di "Progettazione ed erogazione di servizi di ricovero e cura in regime ordinario e di urgenza, ambulatoriale, di day hospital e day surgery. Proget-

tazione di ricerca scientifica. Progettazione ed erogazione di servizi amministrativi e tecnico-amministrativi di supporto”.

- **strutture e funzioni in possesso di dati e informazioni** che svolgono un ruolo di interfaccia, di scambio e condivisione delle informazione e dei dati a disposizione molto importante. Il dialogo e il confronto del RPCT con queste strutture è sistematico e in alcuni casi istituzionalizzato. Sono:
 - l’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) con il quale il RPCT ha avviato un tavolo di lavoro la definizione dei flussi informativi da condividere e la modalità con cui farlo;
 - il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione e aggiornamento della Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA). L’individuazione del RASA è a tutti gli effetti una misura organizzativa di trasparenza con valenza di prevenzione della corruzione. In Fondazione la funzione è ricoperta dal Dott. Riccardo Ruscica, Direttore f.f. della U.O.C. Acquisti, Appalti e Logistica;
 - il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio. In Fondazione la funzione è ricoperta dal Dott. R. Alberti, Direttore dell’U.O.C. Gestione Economico Finanziaria;
 - il Data Protection Officer (D.P.O.), in Fondazione il DPO è la Prof.ssa S. Castaldi, Direttore dell’U.O.C. Qualità, Internal Auditing e Privacy e RPCT;
 - l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con l’URP collabora l’Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) che svolge un ruolo autonomo e indipendente di tutela e rappresentanza dei cittadini;
 - il Servizio legale e delle Assicurazioni: presiede il Comitato di Valutazione dei sinistri a cui il RPCT si rivolge, perché rappresenta un’interfaccia importante “sullo stato della relazione di cura”;
 - l’U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Flussi Informativi interlocutore fondamentale per il confronto sugli obiettivi di performance.



- **tutto il personale dipendente della Fondazione**, che partecipa al processo di gestione del rischio, osserva le misure contenute nel Piano e segnala situazioni di irregolarità. Il Piano, infatti, è da intendersi integrato al Codice Etico Comportamentale e, pertanto, con un forte impatto nel contesto lavorativo del personale di Fondazione.

2.2 AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

2.2.1 SOGGETTI COINVOLTI

La Fondazione promuove la più ampia conoscenza dei contenuti del Piano per favorire la partecipazione di chiunque sia un portatore di interesse nelle attività svolte dall'organizzazione.

Tutti gli attori citati nel paragrafo precedente sono coinvolti nello sviluppo e nella procedura di aggiornamento del Piano. Nel corso del 2022 sono stati avviati degli incontri per perfezionare tale coinvolgimento con l'obiettivo di condividere le informazioni a disposizione di ciascuna struttura e valorizzarle nell'analisi del contesto interno.

Nel corso degli anni, inoltre, il RPCT è sempre stato coadiuvato da un Gruppo di Lavoro per l'attuazione della legge 190/2012 che vede confermati i responsabili o loro delegati delle seguenti strutture:

1. U.O.C. Acquisti, Appalti e Logistica;
2. U.O.C. Ingegneria Clinica;
3. U.O.C. Gestione Risorse Umane;
4. U.O.C. Affari Generali e Convenzioni;
5. U.O.C. Gestione Operativa, Marketing E Libera Professione.

La presente sezione del Piano è stata condivisa anche con il predetto Gruppo e tutte le eventuali altre funzioni competenti nell'organizzazione, in relazione agli argomenti da trattare e approfondire.

Al fine di garantire il massimo coinvolgimento degli interessati, il Piano è messo a disposizione dell'amministrazione, dei cittadini, dei soggetti appartenenti ad associazioni, enti ed organizzazioni a contatto con la Fondazione (c.d. stakeholder), attraverso la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web della Fondazione, con

la possibilità ai portatori di interesse di inviare proposte integrative/migliorative attraverso un apposito modulo.

La pubblicizzazione del Piano, una volta adottato con atto amministrativo, è assicurata tramite un apposito avviso sul portale web e sulla rete intranet della Fondazione e l'invio di mail agli indirizzi di posta elettronica aziendali.

2.2.2 MODALITÀ DI MONITORAGGIO

La responsabilità del monitoraggio del Piano è del RPCT, che ogni anno predispone una relazione sull'attuazione del Piano (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). La relazione è trasmessa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e al Consiglio di Amministrazione e viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio, il RPCT effettua una **verifica intermedia** generale di tutte le misure pianificate con il coinvolgimento dei Responsabili dei settori a rischio per le azioni di competenza. La verifica avviene durante incontri programmati e permette anche di rilevare eventuali criticità e di acquisire proposte utili in ottica di rivalutazione della politica di prevenzione della corruzione. Tutti gli incontri sono verbalizzati.

Durante questi incontri sono verificati a random anche gli obblighi di pubblicazione di competenza della struttura incontrata, a parametro sullo stato di adeguatezza e di aggiornamento di quanto pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente.

Per quanto riguarda gli incontri delle unità operative afferenti all'area dei Contratti Pubblici, oltre a quelli singolarmente organizzati e alle Relazioni annuali singolarmente elaborate, viene effettuato un incontro dipartimentale in cui condividere e confrontare i risultati degli indicatori e definire le linee di attività future comuni.

A ciò si aggiunge la trasmissione della **“Relazione annuale”** al RPCT, che ogni Responsabile effettua entro il 30 novembre di ogni anno.

Tra gli incontri che il RPCT organizza si collocano anche quelli di coordinamento con gli altri attori del PIAO, affinché possa esserci un momento intermedio di valutazione delle attività avviate con questo nuovo strumento integrato di pianificazione.

2.3 OBIETTIVI STRATEGICI

La Fondazione IRCCS Ca' Granda attraverso l'adozione della politica di prevenzione della corruzione, in continuità con i precedenti piani, si prefigge di creare un contesto lavorativo che favorisca comportamenti ispirati ai principi etici della correttezza, della legalità e della trasparenza, attraverso:

- la definizione di uno strumento di analisi e monitoraggio del rischio di corruzione che risponda ai già citati principi di dinamicità, modularità e progressività;
- la promozione e piena realizzazione della Trasparenza degli atti in linea con la normativa vigente;
- la riduzione di situazioni in cui possano realizzarsi eventi corruttivi in relazione ad un'aumentata capacità di prevenirli;
- il coordinamento del sistema di gestione del rischio corruttivo con i sistemi di gestione e di controllo presenti in altri ambiti dell'organizzazione (es. ISO 9001, Internal Auditing, ecc.).

In particolare, la Fondazione per il prossimo triennio, tenuto conto dell'emergenza epidemiologica e vaccinale che hanno determinato un significativo generale affaticamento dell'organizzazione, si prefigge di:

- adottare progressivamente la metodologia di valutazione qualitativa promossa nel PNA 2019 per la mappatura delle attività a più elevato rischio di corruzione e le relative misure di prevenzione a partire dall'attuale Piano;
- definire, per le azioni di prevenzione individuate, meccanismi di verifica sull'attuazione e il controllo di quanto viene dichiarato;
- mantenere il riordino della sezione Amministrazione Trasparente in linea con lo schema previsto da ANAC (Deliberazione 1310 del 2016);
- sistematizzare il controllo interno degli obblighi di trasparenza e la pubblicazione di eventuali ulteriori obblighi rispetto a quelli previsti dalle disposizioni di legge;
- garantire una strategia efficace di prevenzione della corruzione e trasparenza attraverso la sua valorizzazione in sede di obiettivi organizzativi e individuali;
- istituire tavoli di lavoro su temi specifici (es. UPD – Ufficio sinistri e contenziosi) al fine di:

- favorire la partecipazione degli uffici e lo scambio di dati tramite un flusso continuo di informazioni al RPCT;
- migliorare l'integrazione tra sistema di monitoraggio per la prevenzione della corruzione e i sistemi di controlli interni.
- ampliare il livello della formazione e informazione, nei confronti:
 - del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
 - del personale più direttamente coinvolto (aree a rischio e responsabili degli obblighi di trasparenza) con formazione specifica;
 - del personale dipendente (FAD).
- fare rete con le altre strutture sanitarie attraverso:
 - l'ampliamento della sua partecipazione sul territorio nazionale attraverso l'iscrizione e partecipazione al Forum degli RPCT di ANAC (piattaforma che raccoglie intorno a un tavolo virtuale tutti gli RPCT del territorio italiano sui diversi temi);
 - il mantenimento, in linea con quanto avvenuto negli anni precedenti, del gruppo di lavoro con gli altri IRCCS che prevedendo il reciproco coinvolgimento nelle attività, anche formative.

2.4 CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto è funzionale ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere le specificità dell'ambiente in cui opera la Fondazione IRCCS Ca' Granda, in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne. Territorio e criminalità

L'ultima Relazione della DIA (Relazione 2° semestre 2020 Direzione Investigativa Antimafia) mette in luce il legame tra le difficoltà finanziarie dovute al perdurare dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e la modifica dell'assetto delle organizzazioni criminali *“sempre più orientate verso una sorta di metamorfosi evolutiva volta a ridurre le strategie cruento a favore di una progressiva e silente infiltrazione del sistema imprenditoriale”* creando un canale ideale per il riciclo delle imponenti risorse economiche che derivano dagli affari criminali e per l'infiltrazione nei pubblici appalti *“occultando comportamenti illeciti con*

lo schermo di soggetti solo apparentemente sani ed entrando così nel mercato dell'economia legale".

Il nord Italia, caratterizzato da un'economia più forte, rileva un incremento delle attività di riciclaggio e impiego di denaro "sporco" rispetto al resto del territorio nazionale, a dimostrazione di quanto le mire mafiose siano più interessate ai mercati economici dei territori più forti.

Nella città metropolitana del capoluogo regionale e nella zona ricadente nel Distretto di Corte di Appello di Milano - province di Como, Lodi, Lecco, Monza-Brianza, Pavia, Sondrio e Varese la criminalità organizzata, infatti, risulta manifestarsi soprattutto con reati fiscali, infiltrazione negli appalti, riciclaggio dei capitali illecitamente acquisiti, reati ambientali e corruzione.

L'indicazione è di mantenere **alta l'attenzione nei confronti dei settori sanitari maggiormente a rischio di pressioni** tra i quali *"quello dei rifiuti e quello concernente i dispositivi di protezione individuale"*, settori da sempre appetibili per la criminalità organizzata, ma ancora di più nel contesto pandemico.

Già nella Relazione 2019 sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata, del Ministero dell'Interno, venivano indicati i settori che nella pandemia non hanno mai interrotto la loro attività, specificando che *"... i gruppi criminali in tali settori (dell'approvvigionamento di farmaci e di materiale medico-sanitario, del trasporto su gomma, delle imprese di pulizia, di sanificazione e di smaltimento di rifiuti) possono riuscire agevolmente a offrire servizi a prezzi concorrenziali, in quanto molto spesso le società controllate da questi ultimi non rispettano le prescrizioni normative in materia ambientale, previdenziale e di sicurezza sul lavoro"* e comunque avendo già ottenuto in altro modo il vero guadagno. **Il controllo da parte delle stazioni appaltanti, quindi, non deve fermarsi alla fase di assegnazione dell'appalto, ma continuare in quella dell'esecuzione lavori/fornitura servizio.**

Durante il perdurare dell'emergenza sanitaria, la tendenza ad infiltrare in modo capillare il tessuto economico e sociale "sano" si sarebbe dunque ulteriormente evidenziata. Il periodo di grave crisi offre alle organizzazioni l'occasione sia di poter rilevare a buon mercato imprese in difficoltà sia di accaparrarsi le risorse pubbliche stanziare per fronteggiare l'emergenza sanitaria. In particolare, con questa capacità imprenditoriale le mafie potrebbero rivolgere le proprie attenzioni verso i fondi comunitari a sostegno della ripresa economica.

Nello specifico viene segnalato che *“gli investimenti pubblici che saranno erogati per la realizzazione di infrastrutture e altre opere pubbliche oppure per il potenziamento, a titolo esemplificativo, del sistema sanitario nazionale potrebbero essere oggetto di interesse da parte dei sodalizi criminali per rafforzare la propria presenza in settori in cui si sono già inseriti da tempo, come quello del ciclo del cemento o nei quali sono comparsi più di recente, come quello della fornitura di beni e servizi per le cure mediche”*.

Maggiore è la permeabilità dell'economia alle infiltrazioni malavitose, crescente è il numero di segnalazioni sospette (SOS) grazie alle quali l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) monitora e controlla in via preventiva il settore. E proprio le SOS, che costituiscono quindi i fondamentali presidi già operativi a tutela della legalità delle operazioni di finanziamento, hanno registrato un incremento negli ultimi due anni: da 106.318 nel 2019 a 113.624 SOS nel 2020.

La Regione Lombardia, in particolare, con il contributo di altre istituzioni (Comunità Europea, ANCI, FSE, ecc.) sta effettuando un importante intervento formativo di sviluppo di competenze per la legalità presso le PA e gli enti sanitari, al fine di sensibilizzare gli operatori ad effettuare SOS e a intercettare in via preventiva il rischio di operazioni sospette attraverso **l'utilizzo di indicatori di anomalia**.

2.4.1 CORRUZIONE NELLE STRUTTURE SANITARIE TRA EFFETTIVO E PERCEPITO

Con una taglio diverso Transparency International Italia (Associazione a scopo sociale in partnership con RL su molte iniziative in materia di anticorruzione) ha effettuato una mappatura sul numero di casi di corruzione riportati dalle principali testate giornalistiche nazionali nel 2020, illustrando che il settore della sanità si posiziona al secondo posto con il 17,33% dei casi. I media italiani hanno riportato 117 casi di corruzione nel settore sanitario in un anno, numero quasi certamente sottostimato, poiché si tratta solo di quelli venuti alla luce.

Secondo le rilevazioni di REACT (Research Action) per Transparency - realizzate intervistando più di 4.000 dipendenti del settore sanitario - il 95% degli operatori ritiene che la corruzione sia diffusa in Italia e più della metà dichiara che vi sia corruzione nel proprio ente. Inoltre, il 68% del personale pensa che l'emergenza pandemica abbia aumentato il rischio di corruzione nel settore sanitario.



L'indagine in particolare attenziona *“gli effetti pregiudizievoli dei pagamenti da parte di aziende farmaceutiche agli operatori e alle strutture sanitarie, giustificati come compensi per consulti, per partecipazione a convegni o altri eventi”*, su cui Transparency ha messo la lente di ingrandimento in occasione dell'approvazione il 31/03/2021 del disegno di legge *“Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie”* il c.d. Sunshine Act italiano da parte della 12a Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama.

Serve evidenziare **che il tema dei versamenti, e più in generale delle donazioni**, che ha caratterizzato il periodo pandemico è considerato tra quelli più a rischio proprio per l'importante giro di denaro e per tale motivo è oggetto di nuova normativa e di linee guide (ANAC) per regolarne l'utilizzo e arginare il rischio di fenomeni corruttivi.

2.4.2 IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

Il contrasto alle attività corruttive deve avvenire, sul territorio come nelle strutture, attraverso la circolazione delle informazioni, la cooperazione sinergica tra gli organi istituzionali e le diverse funzioni interessate, riconoscendo tra le forme di prevenzione più efficaci la formazione per la diffusione, a tutti i livelli, dei principi di legalità partecipata.

Per tale motivo per il triennio 2022-2024 ha previsto:

- la realizzazione di una FAD rivolta a tutti che, partendo da nozioni base e di inquadramento normativo, sarà arricchita nel tempo con argomenti sempre nuovi e sempre più contestuali alla Fondazione;
- una formazione specifica e aggiornata sugli obblighi di pubblicazione e sul tema dell'internal audit per ampliare il coinvolgimento e l'interazione tra professionisti anche di servizi diversi;
- lo sviluppo (indicatori e tracciamento) delle attività di controllo interno sui fornitori esterni di beni e servizi.

Infine per creare sinergia tra i diversi servizi è stata prevista la costituzione di tavoli interni su temi specifici per attivare e consolidare flussi di informazioni e confronto con altri servizi e uffici particolarmente interessati nella prevenzione della corruzione (UPC, Ufficio contenzioso, ecc.)

2.4.3 CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ORGANIZZAZIONE NEL SUO TERRITORIO

La Fondazione si caratterizza sul territorio nazionale e regionale per l'integrazione tra assistenza, ricerca (IRCCS) e formazione (Convenzione con l'Università degli Studi di Milano). In quanto IRCCS multi specialistico il suo bacino di utenza non si limita a quello milanese, ma i suoi servizi si rivolgono a tutto il territorio lombardo e italiano, di cui si ricordano in tabella le caratteristiche demografiche.

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Italia	28864088	30393478	59257566
Lombardia	4882206	5084786	9966992
Milano	1577467	1672354	3249821

Dato ISTAT a novembre 2021

La Fondazione si colloca tra i principali centri europei per clinica e ricerca e una profonda specializzazione in diversi ambiti di cura con una forte interdisciplinarietà, da cui la sua missione: essere l'ospedale di riferimento della città di Milano e il primo IRCCS pubblico per qualità e produttività scientifica in Italia.

Rispetto al territorio i suoi obiettivi più specifici sono volti a:

- rafforzare il ruolo di centro di riferimento all'interno delle reti nazionali e internazionali che ne evidenziano le attività distintive quali l'emergenza/urgenza nell'adulto e nel bambino, i trapianti (aree di riconoscimento ministeriale di IRCCS), l'assistenza materno-infantile e la presa in carico dei pazienti con malattie rare
- promuovere la ricerca traslazionale e tutelare la proprietà dei suoi risultati
- attuare, anche in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria
- riqualificare da un punto di vista urbanistico e architettonico tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale (come auspicato dalla L.R. n. 23/15)

Dal punto di vista patrimoniale va ricordato che la Fondazione è il più grande proprietario terriero della Lombardia e tra i primi in Italia con oltre 85 milioni di metri quadri

di superficie agricola coltivata. La necessità di separare l'attività sanitaria da quella immobiliare, ha comportato la scelta di costituire un ente apposito. A tal fine nel 2014 è stata autorizzata la costituzione della attuale Fondazione Patrimonio Ca' Granda che ha progressivamente preso in gestione il patrimonio della Fondazione e la cui denominazione vuole sottolineare l'importanza del mandato: finanziare con il patrimonio tutte le attività del Policlinico a cui il Fondo Sanitario Regionale non può provvedere; non solo la ricerca, ma anche l'umanizzazione delle cure e la tutela dei beni culturali.

La Fondazione IRCCS si colloca nel centro di Milano, ma in virtù della presenza di attività di rilievo regionale e nazionale, presenta un bacino di utenza che supera i confini lombardi e sempre più potrebbe svilupparsi in questa direzione, anche internazionale, per valorizzare ricerca ed eccellenze cliniche. L'attività della Fondazione sul territorio si caratterizza per essere:

- un punto di riferimento dei milanesi per la cura e l'assistenza della gestante e della partoriente fisiologica;
- la Terapia Intensiva Neonatale più grande d'Europa, la cui gestione ha pesanti ripercussioni sull'assistenza infermieristica e sul consumo di materiale sanitario;
- la struttura ospedaliera lombarda con il maggior numero di pazienti affetti da malattie rare. Sono attivi presso la Fondazione oltre 2500 protocolli di cura per questi malati;
- sede di ricovero privilegiato per la popolazione anziana residente nel centro di Milano.

A seguito dell'importante lavoro di riallocazione delle degenze finalizzato all'abbattimento di 9 padiglioni, atto iniziale di costruzione del nuovo ospedale, la struttura è articolata ora su due aree delle quali una è dedicata esclusivamente ad attività per pazienti esterni.

In altre aree cittadine hanno sede, invece, i servizi territoriali di psichiatria e neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e i magazzini periferici centralizzati dei servizi di Economato e Farmacia (San Giuliano).

L'attività della Fondazione, relativa all'emergenza-urgenza, è molto importante nell'area metropolitana di Milano per la quale è la struttura sanitaria che offre il maggior numero di prestazioni. Il servizio di pronto soccorso viene erogato in tre sedi diverse: Ginecologia in Clinica Mangiagalli, Pediatria in Clinica De Marchi e Generale in Padiglione

Guardia-via Sforza. I tre servizi di Pronto soccorso garantiscono prestazioni in tutte le branche specialistiche ad eccezione di quella Cardiochirurgica.

La Fondazione è punto di riferimento per pazienti affetti da gravi patologie cardio-polmonari che necessitano di Ecmo (ossigenazione extracorporea a membrana) e per pazienti con necessità di terapia intensiva in età adulta e pediatrica.

E' inoltre punto di riferimento per tutti gli ospedali del Nord Italia per la complessa gestione degli organi da utilizzare per le attività di trapianto (NITp).

2.4.4 IL CONTESTO INTERNO E LA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rappresentazione generale della struttura attraverso i dati sulla dimensione organizzativa di cui alla apposita sezione del presente Piano, è la mappatura dei processi della Fondazione.

Nel tempo l'intera attività svolta dall'amministrazione sarà gradualmente esaminata, tenendo conto di quanto già fatto in altri ambiti (es. la mappatura per il sistema di gestione per la qualità ISO 9001). Attualmente i processi mappati sono quelli riportati nel relativo allegato, afferenti ad aree cd a rischio in virtù della natura e peculiarità dell'attività stessa.

La mappatura terrà conto anche delle attività che la Fondazione ha esternalizzato, in considerazione di quanto emerso nell'analisi del contesto esterno e nella valutazione dell'impatto del contesto interno sui rischi (vd. paragrafo successivo).

2.5 VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO SULL'ANALISI DEI RISCHI

2.5.1 GESTIONE ESTERNALIZZATA DEL MAGAZZINO FARMACEUTICO ED ECONOMALE

In Fondazione la gestione del magazzino farmaceutico ed economale di I livello è stata esternalizzata a partire dal 2017 (Determinazione del Direttore Generale n. 745). Nel mese di aprile 2022 indagini coordinate dalla procura di Milano hanno condotto all'arresto di due dipendenti della Cooperativa esterna che trafugato farmaci ad alto costo dal magazzino centrale sito in via Commenda. La Fondazione ha fin dall'inizio collaborato alle indagini documentando gli ammanchi e i movimenti illeciti che hanno causato un danno al Servizio Sanitario Nazionale di oltre 140 mila euro.



Nonostante la somministrazione delle terapie ai pazienti non abbia mai subito alcun ritardo o problema e nonostante l'attività di verifica interna della Farmacia, quanto successo ha imposto un'analisi di processo rivolta all'intero flusso di fornitura, ricezione, accettazione, stoccaggio e distribuzione del farmaco con una revisione delle procedure ad esso associate. A tal fine la Direzione Generale ha istituito un gruppo di lavoro con il coinvolgimento di alcune delle strutture che all'interno dell'organizzazione sono interessate nel processo, in particolare la Gestione economica finanziaria con l'intento di garantire il massimo coordinamento con le procedure emesse nell'ambito del PAC.

Ad integrazione di quanto sopra è in essere una nuova valutazione dei rischi, afferenti alla Farmacia che ha preso in considerazione l'attività esternalizzata e i sistemi di controllo interno.

2.6 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

2.6.1 IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE

L'attività legata al processo di valutazione del rischio è indispensabile per stabilire le azioni da attuare per neutralizzare i fattori che favoriscono i fenomeni corruttivi e per definire le priorità con cui attuarle, tenuto conto degli obiettivi della Fondazione e del contesto in cui opera.

Le azioni associate alla mappatura dei rischi sono chiamate misure specifiche di prevenzione, perché peculiari al processo su cui intervengono; le azioni che, invece, hanno un impatto trasversale su tutta l'amministrazione, sistematiche e stabili nel tempo sono chiamate misure generali di prevenzione, di cui al capitolo successivo.

A partire dall'attuale Piano, il processo di valutazione del rischio è effettuato utilizzando la metodologia di tipo qualitativo, e non più quantitativo, introdotta da ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 e ha visto la partecipazione di tutti i Dirigenti responsabili e loro Referenti dei settori a rischio corruzione.

Gli incontri intermedi, finalizzati alla verifica dello stato di attuazione delle misure in essere (monitoraggio) e dello stato di aggiornamento degli obblighi (a random), sono anche l'occasione per condividere informazioni e dare nuove comunicazioni, per approfondire con i Dirigenti eventuali criticità e necessità emergenti, nonché l'impatto delle misure generali (es. rotazione del personale) nelle loro realtà organizzative.

Durante questi stessi incontri, programmati nel 1° semestre 2022, il RPCT presenta la metodologia di valutazione qualitativa del rischio e guida l'analisi dei rischi la rivalutazione dei rischi afferenti all'area attraverso l'autovalutazione (*self assessment*) da parte del Dirigente e/o del Referente del processo, garantendo sempre la motivazione del giudizio e la valutazione delle evidenze, laddove possibili. Tutti gli incontri sono verbalizzati, datati e firmati.

Il percorso di monitoraggio e analisi del rischio corruttivo si conclude con la Relazione annuale che ogni Responsabile invia al RPCT entro novembre. Le Relazioni concorrono all'analisi complessiva dell'impatto del contesto interno sulla gestione del rischio.

Per quanto riguarda la metodologia valutativa, brevemente, le principali fasi della valutazione sono:

- l'identificazione dei rischi associati alla mappatura dei processi che conduce al Registro dei Rischi
- l'analisi del rischio attraverso i cd fattori abilitanti e la stima del rischio attraverso indicatori (key risk indicators) e dati per la valutazione degli stessi. A titolo esplicativo i fattori abilitanti di cui si è tenuto conto sono:
 - la mancanza misure (scarso controllo programmato);
 - la mancanza trasparenza (scarsa tracciabilità processo);
 - l'eccessiva regolamentazione (poca chiarezza e processuale);
 - l'assenza competenze/formazione (scarsa responsabilizzazione).

Gli indicatori, invece, sono:

1. livello di interesse esterno (presenza di benefici o interessi economici);
2. grado di discrezionalità del decisore (es. poca normativa, assenza regole scritte);
3. eventi corruttivi nel passato (es. precedenti giudiziari, ricorsi amministrativi);
4. opacità del processo decisionale (es. assenza di strumenti di trasparenza);
5. grado di coinvolgimento del responsabile (la scarsa attenzione al tema può indurre ad una sottostima dei rischi reali);
6. grado qualità (attuazione) delle misure (attraverso gli indicatori).



- la ponderazione del rischio allo scopo di fissare le priorità che è stata mantenuta ai livelli di: alta, media e bassa.

La rimodulazione al sistema valutativo è stata avviata con alcuni processi, l'estensione a tutti i processi mappati è prevista entro il 2022. Quest'attività dovrà concludersi entro il 31 dicembre 2022 e rientra tra gli adempimenti del personale dei settori a rischio.

Ad oggi i processi mappati afferiscono alle seguenti:

1. Acquisizione e progressione del personale;
2. Incarichi e nomine;
3. Contratti pubblici;
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico;
5. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico;
6. Attività libero professionale e liste di attesa;
7. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
8. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
9. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
10. Ricerca;
11. Gestione dell'emergenza Covid.

2.6.2 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio rappresenta la fase in cui si individuano, progettano e programmano le misure di prevenzione per ridurre la probabilità che si verifichi.

Con la nuova metodologia le misure sono classificate in:

- misure generali o di sistema: con impatto trasversale sull'organizzazione, indicate dalla normativa, da ANAC o da altre fonti e illustrate nel prossimo capitolo;
 - misure specifiche e ulteriori, obbligatorie in quanto allegate al presente Piano).
- Trattandosi di misure specifiche, in linea con le indicazioni del PNA 2019, per ciascuna di esse sono riportati i seguenti elementi descrittivi di programmazione:

- le fasi (e/o modalità) di attuazione
- la tempistica della misura e/o delle sue fasi
- le responsabilità connesse all'attuazione
- gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi che potranno essere di semplice verifica di attuazione on/off (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche controllate) o qualitativi (es. audit o check list volte a verificare la qualità della misura).

2.7 ANALISI DELL'ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO

Nella consapevolezza che il processo di gestione del rischio debba diventare un'attività sistematica, si ritiene che tale attività, pur avendo portato ad un miglioramento delle misure correttive, rendendole più adeguate, concrete e verificabili, presenta ancora ampi margini di miglioramento anche attraverso una maggiore consapevolezza da parte dei Dirigenti Responsabili.

Ai fini della metodologia, s'intende insistere su tre linee:

- l'integrazione delle misure nel sistema di gestione per la qualità che permetterebbe di semplificare e ridurre il carico di lavoro in capo alle unità organizzative e di focalizzare l'attività sugli indicatori e sulla valutazione degli stessi nei Riesami di Direzione previsti dalla norma ISO
- l'affiancamento da parte del RPCT e suo staff durante la rivalutazione dei rischi, per supportare il Dirigente e Referente nella definizione delle misure
- la formazione. Nel 2022 è stata avviata la FAD in materia di anticorruzione, elementi di base, e un corso di aggiornamento sugli obblighi di pubblicazione. Nel 2023 si provvederà ad organizzare un corso di aggiornamento più specifico per la valutazione del rischio che si provvederà ad inserire nei fabbisogni del 2023 per le aree maggiormente interessate.

Dal punto di vista dei contenuti, le misure sono ritenute attuali, valide e sono confermate. Le valutazioni di dettaglio sono riportate nei verbali degli incontri intermedi e nella Relazione Annuale.

2.8 MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.8.1 CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO

In linea con quanto previsto nel D.P.R. n. 62/2013, la Fondazione si è dotata di un proprio Codice etico e di comportamento dei dipendenti a partire dal 2014. Il Codice è stato revisionato nel 2018 (deliberazione consiliare n. 140) a seguito delle “*Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN*” adottate dall’ANAC con delibera n. 358 del 29 marzo 2017.

A seguito del suo insediamento nel 2021, il RPCT ha preso in carico, in collaborazione con l’UOC Gestione delle Risorse Umane, l’aggiornamento del Codice, da completare nel 2022 successivamente all’adozione del nuovo Regolamento sul Whistleblowing, di cui dovrà tenere conto per le parti correlate. L’aggiornamento del codice tiene conto anche delle Linee Guida ANAC, di cui alla delibera n. 177 del 19.02.2020.

Il Codice etico e di comportamento dei dipendenti deve essere inteso parte integrante del presente Piano, in quanto contiene le *best practice* ovvero quello che i dipendenti della Fondazione devono fare in determinate situazioni (es. regali, conflitto d’interessi, ecc.) , pertanto, rappresenta una delle misure principali di prevenzione della corruzione. In occasione dell’individuazione di una nuova misura di prevenzione della corruzione, i Dirigenti devono sempre considerare le possibili ricadute che tale misura può avere sull’adozione di comportamenti nuovi da integrare nel Codice.

Il Codice si applica, ove attuabile e salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per la Fondazione.

La **vigilanza sull’applicazione del Codice** è demandata ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura organizzativa e all’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) della Fondazione.

La violazione delle disposizioni contenute nel Codice integra comportamenti contrari ai doveri d’ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare da accertarsi in sede di procedimento disciplinare; qualora la violazione possa dare luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del dipendente, l’UPD attiva, in raccordo con il RPCT, le autorità giudiziarie competenti.

La violazione del Codice qualora accertata in ambito disciplinare, assume rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale e della conseguente erogazione delle voci

accessorie correlate nei casi e nelle modalità eventualmente oggetto di accordo tra l'Amministrazione e la rappresentanze sindacali interne all'Ente.

L'attuazione dei doveri e degli adempimenti previsti nel Codice viene tenuta in considerazione nell'ambito della performance individuale e organizzativa del personale.

2.8.2 CONFLITTO D'INTERESSE

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario tende a interferire con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, che nel caso della pubblica amministrazione è l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione.

Il conflitto di interessi non è un evento, ma una situazione, anche potenziale; per il solo fatto di esistere, questa situazione deve essere gestita correttamente, dichiarandola e laddove si rilevi un'effettiva interferenza, astenendosi dal processo decisionale "interferito".

Alcuni settori della Fondazione sono particolarmente esposti al rischio che si verifichi una situazione di conflitto di interesse, per esempio le aree dei procedimenti amministrativi, dei contratti e dei concorsi pubblici. Su queste i Dirigenti Responsabili in primis e il RPCT agiscono attraverso misure che possono essere distinte in due categorie:

- quelle mirate a fare emergere una situazione di conflitto di interessi: per queste sono previsti obblighi informativi e dichiarativi circa la sussistenza del conflitto in capo al dipendente (la cui violazione dà luogo a responsabilità disciplinare)
- quelle mirate alla gestione della situazione di conflitto: per le quali si prevede l'obbligo di astensione laddove oggettivate. In alternativa è prevista la cd segregazione di funzioni che consiste nel distribuire tra più funzionari le funzioni in capo ad uno solo. Scindendo in questo modo le attribuzioni relative a un dato iter procedurale si evita che il funzionario in conflitto di interessi condizioni l'iter decisionale.

Questa ultima è utilizzata non solo in quanto buona prassi di lavoro, ma anche come misura preventiva a supporto di altre di più difficile realizzazione, come la rotazione degli incarichi.

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, la Fondazione ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse nel Codice etico e di comportamento dei dipendenti.

Con particolare riguardo al conflitto di interessi in capo ai consulenti, i Dirigenti Responsabili del procedimento provvedono a chiedere una dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi o abbia ricoperto o ricopra cariche.

Tale dichiarazione viene rilasciata prima del conferimento dell'incarico di consulenza e viene aggiornata con cadenza periodica e in relazione all'incarico di consulenza. In ogni caso all'interessato viene richiesto di comunicare tempestivamente eventuali situazioni di conflitto di interessi insorte successivamente al conferimento dell'incarico.

Il Dirigente presso cui è stato conferito l'incarico è responsabile della verifica delle suddette dichiarazioni anche attraverso la consultazione di banche dati liberamente accessibili, il RPCT controlla a campione l'avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione ex art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001.

Tenuto conto dell'importanza della materia, è in via di valutazione l'opportunità di elaborare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interesse a completamento di quanto già previsto dal Codice etico di comportamento.

2.8.3 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI PRESSO LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

La materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico è regolamentata dal d.lgs. 39/2013, in cui sono disciplinati i casi di inconferibilità e incompatibilità. La disciplina è completata dalle linee guida in argomento emanate da ANAC nel 2016.

Nel settore sanitario le ipotesi di inconferibilità o incompatibilità valgono con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore agli artt. 5, 8, 10 e 14 del d.lgs. 39/2013. Le medesime ipotesi si applicano ai componenti del Consiglio di Amministrazione, organo di indirizzo politico della Fondazione

Ai fini dell'efficacia dell'incarico, l'interessato ha l'obbligo di rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità ex d.lgs. 39/2013. Tale dichiarazione non vale ad esonerare la Fondazione dal dovere di accertare i

requisiti necessari alla nomina, garantendo la massima cautela e diligenza nella valutazione della dichiarazione resa.

La dichiarazione, pertanto, è sempre accompagnata dal curriculum vitae del soggetto che si intende nominare con l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti, e su cui poter effettuare le necessarie verifiche, e riporta le eventuali condanne da questo subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Alla luce di quanto sopra, il procedimento di conferimento dell'incarico viene perfezionato solo all'esito della verifica da parte della struttura competente. L'acquisizione della dichiarazione avviene con tempestività e la verifica è svolta in un arco temporale congruo al fine del conferimento (assenza di motivi ostativi). La pubblicazione della dichiarazione sul sito web della Fondazione deve essere tempestiva, contestuale a quella dell'atto di conferimento (art. 14 d.lgs. 33/2013 e 20 del d.lgs. 39/2013) e rinnovata annualmente.

Il RPCT controlla che all'interno della Fondazione le predette indicazioni siano attuate e rispettate e, nel caso venga a conoscenza di un conferimento in violazione delle suddette norme ha il potere di avvio del procedimento di verifica della situazione di inconferibilità e incompatibilità nel rispetto del principio del contraddittorio con gli interessati.

2.8.4 RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I SOGGETTI CHE CON LA STESSA INSTAURANO RAPPORTI

La Fondazione IRCCS Ca' Granda, ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e), della legge 190/2012, è tenuta a "definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione".

A tal fine, il **Dirigente Responsabile** dei settori individuati nell'**Allegato 1**, dovrà garantire che i **componenti delle commissioni di gara**, nell'ambito della prima seduta, compilino apposita **dichiarazione** in cui ciascun componente attesti l'inesistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela con i soggetti destinatari del contratto di cui la gara stessa.

Inoltre il **Dirigente Responsabile** dovrà prevedere, per ogni procedura di acquisizione, la raccolta delle **dichiarazioni**, sotto forma di autocertificazione ai sensi del dpr 445/2000, del RUP, del funzionario amministrativo incaricato di trattare la pratica e degli altri soggetti coinvolti, in particolare, nella definizione dei fabbisogni, **in ordine all'insussistenza di cause di incompatibilità e/o di conflitto di interessi**.

2.9 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE-REVOLVING DOORS)

La legge n. 190/2012 è intervenuta introducendo all'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001 il comma 16 ter, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

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

In attuazione della predetta norma ed in coerenza con l'aggiornamento del PNA 2018 (delibera ANAC n. 1074 del 21-11-2018), la Fondazione **dispone**:

- che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la 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;
- l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico per dimissioni volontarie, di sottoscrivere una dichiarazione con cui prende conoscenza di quanto previsto all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;

- che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia previsto che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui al comma 16-ter, dell'art. 53 del lgs. n. 165/2001;
- che sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- che si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165 del 2001.

2.10 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA P.A.

L'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissione e nelle assegnazioni agli uffici", introdotto dalla legge n. 190/2012, art. 1, comma 46, dispone:

1. *"Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni 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."

Inoltre, il d.lgs. 39/2013 ha previsto all'art. 3, un'apposita disciplina riferita alle inconfiribilità di incarichi dirigenziali e assimilanti nel caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione. A tal fine il **Responsabile del procedimento** dovrà garantire:

- che negli interpelli per l’attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- che il dipendente beneficiario dell’incarico/assegnazione, tra quelli sopra individuati, sottoscriva una dichiarazione sull’insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all’art. 3 del d.lgs. 39.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l’art. 17 del d.lgs. n. 39/2013, l’incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all’art. 18 del medesimo decreto.

I **Responsabili del procedimento** provvederanno, inoltre, con specifici controlli a campione, a **verificare la veridicità delle dichiarazioni** di insussistenza di cause di inconferibilità di cui all’art. 3 del d.lgs. 39/2013, **richiedendo un riscontro presso gli uffici competenti**. Qualora si accertasse una non veridicità delle dichiarazioni rese, verrà data comunicazione al **Responsabile della Prevenzione della Corruzione** ed i dipendenti interessati saranno soggetti a responsabilità disciplinare oltre alla segnalazione alle autorità giudiziarie.

2.11 ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare il regime dello svolgimento degli **incarichi da parte dei dipendenti pubblici** contenuto nell’art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001. In considerazione di ciò la **Fondazione** con delibera consiliare n. 42 del 24 luglio 2019, ha provveduto all’aggiornamento del **“Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali”** in coerenza con le linee guida regionali del 25 luglio 2018 in materia di sponsorizzazioni.

Tale Regolamento disciplina gli incarichi extra-istituzionali di cui all’art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, ossia tutti gli incarichi non compresi nei compiti e doveri d’ufficio dei dipendenti della Fondazione, conferiti da soggetti giuridici terzi, pubblici o privati. Si applica a tutti i dipendenti della Fondazione a tempo indeterminato e a tempo determinato.

In considerazione di ciò:

- si prevede, ai fini del rilascio di autorizzazioni all’esercizio di incarichi ai dipendenti della Fondazione, di fare riferimento ai criteri oggettivi e predeterminati presenti nel predetto “Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazio-

ne allo svolgimento di incarichi extraistituzionali” entrato in vigore il 15 novembre 2015;

- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall’art. 53, comma 7, del d.lgs. n. 165/2001, le amministrazioni devono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali;
- i criteri di valutazione, di cui l’art. 9 del regolamento, prevedono tra le altre cose, un tetto massimo di impegno orario richiesto per l’incarico e un corrispettivo annuo massimo da non superare;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all’amministrazione anche l’attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12, dell’art.53 del d.lgs. n. 165/2001); in questi casi, l’amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l’eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale;
- il regime delle comunicazioni al D.F.P. avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni.

2.12 PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Regione Lombardia, con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014, ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, in sostituzione del Codice etico degli appalti adottato con la D.G.R. n. 1644 del 4 maggio 2011.

Il Patto di integrità che rappresenta, una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici, si applica alle procedure di affidamento, le cui determinazioni a contrarre, ex art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016, siano assunte dalle Amministrazioni aggiudicatrici a decorrere dall'entrata in vigore della deliberazione.

Con DGR del 17 giugno 2019 – n. XI/1751 “Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all’all. A1 alla l.r.

27 dicembre 2006, n. 30” Regione Lombardia ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali.

Si tratta dell'accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell'art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

Il documento disciplina i comportamenti tenuti dagli operatori economici e dai dipendenti della Regione Lombardia e dei soggetti del Sistema regionale di cui all'All. A1 della LR n. 27 dicembre 2006, n. 30, nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Il citato documento prevede inoltre gli obblighi dell'operatore economico, le procedure e adempimenti della Stazione appaltante e le conseguenze relative alla violazione del Patto di Integrità.

Al fine di perseguire una efficace condotta nella lotta alla corruzione e all'illegalità e di uniformare i comportamenti dei soggetti coinvolti a principi morali ed etici la **Fondazione chiede ai concorrenti, nell'ambito della partecipazione ad appalti per la fornitura di beni, affidamento di servizi e realizzazione lavori, il rispetto del Patto di Integrità Regionale attraverso la formale sottoscrizione di un documento per presa visione.**

2.13 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

La Fondazione considera la rotazione del personale quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. Infatti, la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

Si rileva che l'applicabilità del principio della rotazione in ambito sanitario, sia per il personale dirigenziale che per il personale non dirigenziale, presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni. In particolare, le caratteristiche sia del settore clinico, sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, sia del settore amministrativo e/o tecnico, che richiede

competenze specifiche (ad es., ingegneria clinica, informatica, ...ecc.), rendono di difficile attuazione questa misura.

La Fondazione, in considerazione dei vincoli soggettivi e oggettivi sopra descritti, ritiene di programmare la **rotazione su base quinquennale**, secondo un criterio di gradualità, così da mitigare l'eventuale impatto che avrebbe sull'attività ordinaria del Policlinico.

La Direzione Strategica valuta, con i Dirigenti interessati, eventuali modalità operative e procedure per la rotazione dei dirigenti e funzionari afferenti ai settori a maggior rischio corruzione, compatibilmente con le risorse umane disponibili e nel rispetto del CCNL e ne informa il Responsabile Anticorruzione.

Si dà atto del **processo di riorganizzazione aziendale** avviato nel 2016, a seguito del rinnovo dei vertici istituzionali della Fondazione, che si è concretizzato, ancor meglio, con la proposta di un **Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 (POAS)**, approvato dalla Regione Lombardia con DGR n. 6355 del 20-03-2017.

Tale processo, ha prodotto gli effetti sostanziali della rotazione per buona parte delle strutture individuate nel PTPCT, provvedendo nel corso del 2018 ad un'importante modifica nell'assetto distributivo delle attività inerenti i contratti pubblici. Infatti da ottobre 2018 l'UOC Ingegneria Clinica ha acquisito la responsabilità dell'affidamento di contratti pubblici relativi all'acquisto delle apparecchiature medicali in conto capitale, attività precedentemente in carico all'UOC Acquisti, Appalti. Logistica. Questa modifica in coincidenza con la rotazione dei relativi dirigenti delle due predette unità operative. Nel 2019 si è avuto il rinnovo dei vertici istituzionali che si è tradotto con la nomina di un nuovo Direttore Generale e la conferma del Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Inoltre, mentre nel corso del 2019 si è proceduto alla nomina di un nuovo Direttore della Farmacia e un nuovo Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, nel 2020 si è provveduto alla nomina di un nuovo Direttore della Direzione Medica di Presidio - Coordinamento Dipartimenti Clinici. Nel 2021 infine il Direttore Scientifico ha concluso il suo iter lavorativo e la funzione è attualmente ricoperta da un Dirigente facente funzioni in attesa di nuova nomina.

Fermo restando il processo di riorganizzazione aziendale attuato sino ad oggi e le eventuali modifiche dell'assetto organizzativo che potrebbero derivare dalla revisione del **Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)**, sono comunque fatte salve l'adozione di tutte quelle **misure alternative alla rotazione ordinaria**, tese ad evitare il controllo

esclusivo dei processi, come la **segregazione delle funzioni** e il rafforzamento della **trasparenza o la compartecipazione del personale** alle attività del proprio ufficio.

In particolare, a titolo esemplificativo (rif. Allegato 2 del PNA 2019):

- potrebbero essere rafforzate le misure di trasparenza in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione
- potrebbero essere previste dal responsabile della struttura modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;
- nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere preferiti meccanismi di condivisione delle fasi procedurali;
- potrebbe essere attuata una corretta articolazione dei compiti e delle competenze per evitare che l'attribuzione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto non finisca per esporre l'amministrazione a rischi di errori o comportamenti scorretti;
- potrebbe essere programmata all'interno dello stesso ufficio una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità;
- si potrebbe prevedere la "doppia sottoscrizione" degli atti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- si potrebbe realizzare una collaborazione tra diversi ambiti con riferimento ad atti ad elevato rischio (ad esempio, lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

Ciascun **dirigente responsabile del settore a rischio**, individuato nel presente Piano dovrà dare evidenza nella **relazione annuale al RPCT**, di cui al capitolo 13, dell'attuazione della misura di rotazione, dettagliando, con il supporto di dati quantitativi, il livello di attuazione della misura, le eventuali difficoltà riscontrate e, ove non sia stato possibile utilizzare la rotazione, indicare le modalità operative adottate in alternativa alla rotazione con effetti preventivi analoghi.

2.14 ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

L'art. 16, comma 1, lett. I – quater del D.Lgs. n. 165/2001 ha introdotto nell'ordinamento italiano la c.d. **“rotazione straordinaria”**.

La citata norma prevede un **obbligo da parte del datore di lavoro di rotazione del personale “... nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”**.

Il testo normativo non individua le fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria.

A differenza del *“trasferimento a seguito di rinvio a giudizio”* disciplinato dall'art. 3, co. 1, della Legge n. 97/2001, nel caso della *“rotazione straordinaria”* il legislatore non individua gli specifici reati, presupposto per l'applicazione dell'istituto ma genericamente rinvia a *“condotte di tipo corruttivo”*.

L'ANAC, con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019 *“Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera I-quater del D.Lgs. n. 165 del 2001”* ha chiarito che l'espressione *“avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva”* di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

La ricorrenza di detti presupposti, nonché, l'avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo, impongono in via obbligatoria l'adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l'amministrazione dispone sull'applicazione dell'istituto, con riferimento a *“condotte di natura corruttiva”*.

Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma l'ordinamento raggiunge lo scopo di indurre l'amministrazione ad una valutazione trasparente, collegata all'esigenza di tutelare la propria immagine di imparzialità.

Il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. Si tratta di valutare se rimuovere dall'ufficio un dipendente che, con la sua presenza, pregiudica l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e di darne adeguata motivazione con un provvedimento. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale. Ovviamente l'avvio del

procedimento di rotazione richiederà da parte dell'amministrazione l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente.

A tal fine la **Fondazione IRCCS (UOC Risorse Umane)**, disciplinerà con apposito **provvedimento**, quale misura di prevenzione della corruzione, **la rotazione straordinaria nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva del proprio personale, introducendo l'obbligo di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio dei predetti procedimenti. L'adozione di tale provvedimento, in considerazione del periodo emergenziale e delle intervenute contingenti necessità organizzative, è stato procrastinato al 2022.**

2.15 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, diventa fondamentale il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto sarà svolto dall'U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.

Al fine di migliorare il flusso delle informazioni e il confronto sulle eventuali problematiche inerenti irregolarità o comportamenti non adeguati rimarcati dall'utenza, per l'anno 2022 è prevista l'istituzione di un tavolo con l'URP.

2.16 EMERGENZA COVID-19: INDICAZIONI AGGIUNTIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'emergenza sanitaria da Covid-19 e le conseguenze sul sistema produttivo ed economico potrebbe rappresentare un terreno fertile per il moltiplicarsi di comportamenti a rischio di corruzione contrari all'interesse collettivo, perpetrati proprio a causa delle misure d'urgenza messe in atto.

In particolare, il settore della sanità, in prima linea durante quest'emergenza, ha visto il proliferarsi di iniziative, sia di carattere normativo, atte a semplificare le procedure di affidamento in molti casi legate a situazioni di necessità ed urgenza, sia di carattere

economico, con l'immissione di consistenti risorse a sostegno del settore sanitario e della ricerca. In tali condizioni i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di "normalità".

Di seguito alcuni degli ambiti più sensibili.

a) Trasparenza in materia di erogazioni liberali

La Fondazione è stata destinataria di importanti donazioni per l'emergenza sanitaria, sia sotto forma di beni strumentali, sia sotto forma di denaro. Da subito è stata attivata una sezione sul portale istituzionale, per rendere trasparente le donazioni accettate nonché l'utilizzo delle stesse.

Gli esiti delle attività di monitoraggio delle raccomandazioni espresse da ORAC, diffusi a dicembre 2021, in tema di rendicontazione delle erogazioni liberali, segnalano la **necessità di procedere alla revisione del Regolamento sulle donazioni in capo all'UOC Affari Generali e delle Convenzioni e di dare evidenza del sistema informatizzato di gestione dei dati inerenti il sistema di monitoraggio e di rendicontazione delle donazioni** nella sezione apposita. Per il 2022 il Regolamento sarà aggiornato e pubblicato sul Sito Amministrazione Trasparente.

b) Appalti e contratti pubblici

La necessità di procedere in urgenza all'acquisizione di dispositivi, farmaci ed apparecchiature ha condizionato le modalità di approvvigionamento del periodo COVID..

Pur tenendo presente che l'impianto normativo applicabile rimane quello della codicistica degli appalti pubblici, occorre considerare che gli acquisti di tali beni devono essere effettuati nell'obiettivo di perseguire l'interesse pubblico primario che, nel momento dell'emergenza dell'emergenza, non può non tenere conto della necessaria tempestività degli acquisti e della rapida messa a disposizione degli operatori e dei pazienti degli strumenti più idonei.

Nella consapevolezza che la gestione degli acquisti in urgenza può nascondere insidie e quindi rischi aggiuntivi, si ritiene di mantenere gli strumenti di monitoraggio (indicatori condivisi) delle procedure negoziate e degli appalti in deroga effettuate per Emergenza Covid-19, ai sensi del decreto semplificazioni (D.L. 16 luglio 2020, n. 76 convertito con Legge n. 120 dell' 11.09.2020), dandone evidenza nella sezione amministrazione trasparente del portale istituzionale.

Si prevede altresì di integrare nel 2022 le comunicazione già condivise con i fornitori e contraenti con quella relativa all'attivazione del nuovo canale informatizzato per le segnalazioni di whistleblowing a seguito dell'adozione del nuovo Regolamento R.32.F .

c) Il Tavolo Tecnico dei RPCT dei 4 IRCCS Lombardi

Nel corso del 2021, nell'ambito della collaborazione e della rete tra Enti, il "Tavolo Tecnico dei 4 IRCCS pubblici lombardi" del quale la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori è coordinatore, si è posto l'obiettivo di armonizzare i rispettivi PTPCT e introdurre indicatori comuni che diano conto, in misura sempre maggiore, dell'effettività delle azioni e delle misure attuate.

Per l'anno 2021 il punto di partenza è stato l'analisi delle prassi adottate dai 4 IRCCS nel periodo di emergenza sanitaria con l'obiettivo di condividere quanto fatto per vagliarne l'impatto sul rischio e sulla capacità preventiva, anche in vista della redazione dei PTPCT 2022-2024.

Il risultato è stato l'organizzazione di tre eventi formativi "specialistici", tenuti presso l'INT.

Gli incontri sono stati un momento di confronto e approfondimento tra i RPCT, il personale degli Uffici Acquisiti (anche con funzioni di RUP), i Direttori dell'Esecuzione (DEC) e il personale coinvolto nella gestione del rischio clinico, negli ambiti di maggior esposizione. Nello specifico sono stati fatti anche degli audit interni sugli affidamenti c.d. "sopra soglia" (che hanno previsto un'estensione a causa della pandemia), gli affidamenti diretti (sia in relazione alla programmazione che all'esecuzione); ciò ai fini di individuare misure di prevenzione di potenziali fenomeni che, anche se non consistenti in specifici reati, possano contrastare la cura dell'interesse pubblico e pregiudicare l'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

2.16.1 L'EMERGENZA COVID-19 E LA CAMPAGNE VACCINALI NEL TERRITORIO MILANESE

L'ospedale opera all'interno di un unico presidio suddiviso in molteplici Padiglioni. I posti letto accreditati sono pari a 911 unità per l'attività di ricovero ordinaria e a 95 unità per l'attività di day hospital/day surgery.

Con Deliberazione XI/2988 del 27 marzo 2020 la Giunta Regionale ha deciso di affidare a Fondazione IRCCS la gestione della struttura sanitaria temporanea, costituita da 153 posti letto di Terapia Intensiva realizzata da Fondazione Fiera Milano per il ricovero e la cura di pazienti affetti da Covid-19. Al riguardo si evidenzia che:

- Le aree del Padiglione di proprietà di Fondazione Fiera Milano sono state messe a disposizione di Fondazione IRCCS mediante due contratti di Comodato d'uso gratuito stipulati nel 2020, successivamente recepiti da Fondazione IRCCS Policlinico con decreti del Direttore Generale. La durata dei citati contratti di Comodato d'uso gratuito è stabilita sino al permanere dello stato di emergenza nazionale come stabilito dal Presidente del Consiglio dei Ministri.
- I moduli prefabbricati completi di tutto il necessario per l'attivazione di 53 + 104 posti letto di Terapia Intensiva sono stati donati da Fondazione Ente Fiera Milano a Fondazione IRCCS Policlinico con atto notarile del dicembre 2020.
- Il valore di tale donazione, determinato a seguito di perizia giurata redatta da PRAXI S.p.A. ammonta a un totale di € 17.869.146,08.
- Le attrezzature in dotazione al Padiglione per l'erogazione dell'attività sono state:
 - acquisite da Regione Lombardia tramite ARIA S.p.A.;
 - messe a disposizione dal Commissario Straordinario per l'emergenza COVID 19 per il tramite di Regione Lombardia (es. ventilatori polmonari);
 - acquisite da Fondazione mediante accesso alla gara nazionale effettuata dal Commissario Straordinario Covid 19;
 - donate alla Fondazione;
 - acquistate dalla Fondazione.

La Fondazione ha ottenuto l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie all'interno del Padiglione e ha assicurato con il proprio personale le attività gestionali ed assistenziali indispensabili per il corretto e regolare funzionamento della struttura, ad eccezione per una limitata quota di posti letto di quelle erogate da personale medico ed infermieristico temporaneamente distaccato (previa sottoscrizione di appositi accordi di collaborazione) presso il Padiglione da altre Strutture Sanitarie appartenenti al Sistema Sanitario Regionale.

La Fondazione ha assicurato l'erogazione di tutti i servizi necessari per la gestione della struttura (quali a titolo esemplificativo i servizi di pulizia, ristorazione, vigilanza e guardiana, gestione rifiuti, assicurazione, ecc.) e l'approvvigionamento dei beni di consumo indispensabili al funzionamento della struttura stessa, mediante utilizzo dei contratti in essere con i fornitori ed attivazione di tutti gli strumenti e di tutti gli istituti previsti dal codice dei contratti pubblici.

Sono stati altresì garantiti

- il collegamento con i sistemi informativi aziendali per la gestione della documentazione sanitaria e per la rendicontazione delle prestazioni erogate
- in quanto articolazione organizzativa della Fondazione stessa, tutti i servizi sanitari di supporto (laboratorio, diagnostica, farmacia, ecc.) per la struttura temporanea
- La struttura è stata attivata dal 6 aprile al 6 giugno 2020, dopodiché è stata collocata in posizione di standby per essere successivamente riattivata in data 13 ottobre 2020 per rimanere tale sino al 5 giugno 2021.

2.16.2 Centro Tamponi

Come anticipato nella premessa è stato attivato un percorso centralizzato in via Pace (c.d. Centro Tamponi) dove sono stati e sono tuttora eseguiti:

- screening pre-accesso in struttura (ricovero, DH, DS, BIC, MAC, particolari casi con permanenza in struttura per più ore, accessi in strutture esterne, ...);
- tamponi inviati da ATS per i cittadini in sorveglianza;
- screening coorti previste da Regione/ATS (es. polizia di stato);
- test rapido personale scolastico;
- tamponi ad accesso diretto Scuola.

2.16.3 Vaccinazione anti-Covid19

L'anno 2020 si è concluso con l'avvio della campagna vaccinale anti-Covid19 per il personale di Fondazione. L'organizzazione di tale attività, svolta negli spazi del pad. Ponti, ha impattato su diversi servizi che hanno dovuto dispiegare importanti risorse (informatiche e informative, infrastrutturali e di arredo ...) con un importante coinvolgimento della farmacia,

del personale medico, infermieristico e amministrativo di front office. Tale attività è cresciuta nel 2021 rivolgendosi all'intera cittadinanza e interessando in qualità di hub vaccinali sia la Fondazione FieraMilanoCity sia una nuova struttura appositamente dedicata, Palazzo delle Scintille, presto divenuta il più grande centro vaccinale della Lombardia.

2.17 FORMAZIONE

La Fondazione ritiene che una formazione che favorisca comportamenti del personale ispirati ai principi etici della legalità, della lealtà e della correttezza, e che contribuisca efficacemente a fare crescere la cultura della legalità, non può prescindere dalla piena conoscenza da parte del personale delle disposizioni previste nel Codice etico e di comportamento dei dipendenti nonché nel presente Piano e dei documenti (regolamenti, procedure, protocolli, ecc) approvati e in vigore presso le organizzazioni.

È in quest'ottica che la Fondazione assicura la massima divulgazione dei predetti documenti a tutto il personale della Fondazione, prevedendo, per quanto riguarda la presa d'atto del Piano le seguenti forme:

- per il personale dipendente neoassunto, il responsabile dell'ufficio assunzioni provvede, a partire dalla data di adozione del Piano, a far sottoscrivere una dichiarazione di presa d'atto della consegna del Codice etico e di comportamento dei dipendenti e della disponibilità on-line del PIAO, evidenziando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione eventuali casi in cui venga meno tale dichiarazione da parte del dipendente;
- per tutto il personale, il Piano verrà notificato tramite pubblicazione di apposito avviso sul portale intranet della Fondazione, nonché, con invio del medesimo avviso via mail tramite webmaster.

Riguardo le procedure appropriate per selezionare e formare il personale, il RPCT, di concerto con la UO Formazione e aggiornamento del personale, provvede a definire nell'ambito del Piano annuale di formazione della Fondazione, attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente della Fondazione,. La formazione richiesta nei fabbisogni per l'anno 2022 è indirizzata:

- a tutti i dipendenti attraverso una FAD;

- ai Responsabili dei settori a rischio e su proposta del Dirigente responsabile, ad ulteriori dipendenti per ciascuna organizzazione attraverso incontri specifici e allargati nell'ambito del percorso formativo condiviso con i 4 IRCCS lombardi;
- ai responsabili e referenti degli obblighi di pubblicazione specifica sui temi della trasparenza.

Su spinta del RPCT, inoltre, è stata chiesta una formazione di aggiornamento per le funzioni di Internal Auditing ritenute strategiche in ambito di controlli interno e di supporto alla prevenzione della legalità.

2.18 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

In un'ottica di concreta prevenzione della corruzione, l'istituto del whistleblowing gioca un ruolo fondamentale. Mutuato dall'esperienza di Stati Uniti e Gran Bretagna, primi paesi a disciplinare la materia, in Italia è stato introdotto dalla L. n. 190/2012 che ha integrato il D.lgs. n. 165/2001 con l'art. 54-bis rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", a protezione del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

L'ultima riforma dell'istituto si deve alla legge n. 179 del 30 novembre 2017 «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», che razionalizza la materia. In particolare:

- riscrive integralmente l'art. 54-bis d.lgs. 165/2001;
- prevede per la prima volta specifiche misure anche nel settore privato;
- contiene una nuova disposizione comune alle segnalazioni effettuate sia nel settore pubblico, sia nel settore privato. Si tratta di una clausola di esonero dalla responsabilità (ex artt. 326, 622, 623 c.p.) nel caso il segnalante riveli un segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico o industriale o violi il dovere di lealtà e fedeltà (ex art. 2105 c.c.).

L'ANAC ha adottato con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 *"Tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto*

di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 c.d. whistleblowing", a sostituzione di quelle del 2015, nuove Linee Guida volte a consentire alle organizzazioni di adempiere correttamente agli obblighi derivanti dalla disciplina di protezione dei dati personali.

In attuazione di quanto sopra, la **Fondazione nel 2021 ha provveduto a riscrivere integralmente il Regolamento R.28.F rev.01 "Tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro con la Fondazione ex art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)".** Con il Regolamento garantisce a tutti:

- i dipendenti della Fondazione con contratto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- i collaboratori, qualunque titolo sia il rapporto di lavoro intercorrente con la Fondazione (autonomo, di diritto privato, di consulenza, di collaborazione);
- i lavoratori e dei collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore della Fondazione.

Colui che segnala ha diritto:

- alla tutela dell'anonimato;
- alla tutela da misure discriminatorie.

Per quanto attiene la segnalazione, la tutela dell'anonimato è altresì garantita attraverso la **messa a disposizione a partire dal 2022 della gestione informatizzata** della segnalazione da preferire a quella cartacea in quanto prevede l'utilizzo di strumenti di crittografia. Il link è disponibile direttamente sul Sito Web della Fondazione.

La segnalazione e la documentazione ad essa allegata, inoltre, sono sottratte al diritto di accesso agli atti amministrativi previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 ed escluse dall'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, co. 2, del d.lgs. 33/2013 nonché sottratte all'accesso di cui all'art. 2-undecies co. 1 lett. f) del codice in materia di protezione dei dati personali.

Per quanto attiene, le comunicazioni di misure ritorsive devono essere trasmesse ad ANAC da parte del soggetto interessato o dalle organizzazioni sindacali. Nel caso pervengano al RPCT, questi offre il necessario supporto al segnalante rappresentando che la comunicazione deve essere inoltrata ad ANAC al fine di ottenere le tutele previste dall'art. 54-bis.

Serve ricordare che per parlare di misura ritorsiva o discriminatoria è essenziale che vi sia una precedente segnalazione di illeciti o irregolarità da parte del dipendente pubblico destinatario della misura, è infatti in relazione a tale segnalazione che è possibile valutare l'intento ritorsivo della misura adottata.

Una volta che il segnalante provi di aver effettuato una segnalazione ai sensi dell'art. 54-bis e di aver subito una ritorsione, l'onere della prova grava su chi ha commesso l'atto che deve dimostrare che le misure adottate non sono in alcun modo collegate alla segnalazione.

Tra le tutele riconosciute al segnalante rientra quella per "giusta causa" di rivelazione riferita ai reati di "rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.), "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.), "rivelazione dei segreti scientifici e industriali" (art. 623 c.p.). Se la rivelazione dimostra essere finalizzata "al perseguimento dell'interesse all'integrità della P.A. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle Amministrazioni pubbliche e private", è esclusa l'integrazione dei sopracitati reati.

Qualora, a seguito delle segnalazioni, emergano elementi oggettivi idonei a rivelare eventuali criticità sull'efficacia della politica adottata nel presente PIAO in tema di contrasto del fenomeno corruttivo, anche e soprattutto in relazione alle Aree di rischio, il Responsabile della prevenzione della corruzione predispone la modifica dello stesso, con adozione di misure preventive ulteriori a quelle adottate ed inserite nel Piano.

3 TRASPARENZA

La legge 6 novembre 2012, n. 190 (*c.d. Anticorruzione*) ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione. Con il d.lgs. n. 33/2013 si rafforza la qualificazione della trasparenza intesa, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Da questo quadro emerge con chiarezza che la trasparenza è da considerare come strumento a garanzia di una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, nonché quale strumento preventivo della corruzione e delle condotte prodromiche. Essendo il Piano anticorruzione un unicum con quello per la trasparenza, il presente PIAO ingloba anche la politica e gli adempimenti dovuti per la Trasparenza.

3.1 PROCEDURA PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI

La Fondazione IRCCS Ca' Granda, a seguito dell'emanazione del d.lgs 33/1013 e delle correlate linee guida dell'ANAC, ha provveduto ad una riorganizzazione complessiva della proprio portale attraverso la creazione e il costante aggiornamento della nuova sezione **"Amministrazione Trasparente"**. A partire dal 2021 è stata avviata una nuova revisione del Sito Amministrazione Trasparente per garantire la massima linearità con lo schema previsto dalla normativa e alla luce del corso di formazione sulla Trasparenza programmato per il 2022. Tutti i dati ed i documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sono visibili sul sito **www.policlinico.mi.it** e organizzati nella sezione denominata **"Amministrazione Trasparente"** raggiungibile da un link, chiaramente identificabile posto nell'homepage del sito stesso, in coerenza con quanto previsto dal d.lgs 33/2013.

I dati da pubblicare, ai sensi della normativa vigente, sono indicati nella **"Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione"** costituente l'**Allegato 2** del presente Piano anticorruzione che oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, specifica ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 33/2013, i **nominativi dei Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati e dei loro Referenti.**

Ogni **Responsabile della struttura competente** assicura, direttamente o per il tramite del **Referente**:

- la corretta pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti nell'Allegato 2;
- garantisce il tempestivo e regolare flusso delle informazioni nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa;
- verifica, altresì, che il dato sia realmente pubblicato e posizionato nella sezione corretta dell'Amministrazione Trasparente e ne risponde in caso di inadempimento.

L'aggiornamento dei dati e dei documenti pubblicati avverrà secondo la tempistica indicata nella **"Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione"** di cui l'**Allegato 2** del



presente Piano o in qualsiasi momento, su espressa richiesta del Responsabile della struttura competente o del RPCT.

3.2 IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)** è la **prof.ssa Silvana Castaldi**, nominata con delibera consiliare n. 126/2021, i cui riferimenti sono pubblicati sul sito web della Fondazione alla sezione "Amministrazione Trasparente".

3.3 MONITORAGGIO E VIGILANZA SUGLI ADEMPIMENTI IN TEMA DI TRASPARENZA

L'attività di **monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione** dei dati soggetti a obbligo di pubblicazione è svolta dal **RPCT**, attraverso il **coinvolgimento dei Responsabili e Referenti** della pubblicazione dei dati, individuati nella "**Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione**" di cui l'**Allegato**, e vede il coinvolgimento annuale del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ai fini dell'attestazione sulla corretta pubblicazione dei dati.

A tal fine vengono programmati, con cadenza periodica sulla base delle tempistiche previste nell'Allegato 2 del PTPCT audit specifici coinvolgendo i settori aziendali cui competono gli obblighi di pubblicazione.

3.4 ACCESSO CIVICO

L'istituto dell'accesso civico è stato ampiamente modificato dal D.Lgs. 97/2016. Infatti il nuovo art. 5 del D.Lgs. 33/2013, nel disciplinare l'"**accesso civico**", dopo aver disposto, al primo comma il diritto di accedere incondizionatamente a tutte le informazioni e dati che le amministrazioni sono tenute a rendere pubbliche tramite inserimento sui propri siti web, al secondo comma del medesimo articolo ha esteso la portata di tale innovativo istituto in modo estremamente significativo, estendendo il diritto di accesso a dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La Fondazione IRCCS, i coerenza con la determinazione ANAC n. 1309 del 28-12-2016, "*Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti*"

all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013", ha adottato, con delibera consiliare n. 98 del 29-06-2017, un proprio **"Regolamento di accesso agli atti e ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico"** che disciplina le seguenti tre tipologie di accesso:

- Diritto di Accesso documentale disciplinato dal capo V della legge 241/1990;
- Diritto di Accesso civico disciplinato dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. 33/2013;
- Diritto di Accesso generalizzato disciplinato dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013.

Il regolamento prevede, nel caso di accesso civico o accesso generalizzato, la possibilità di presentare istanza di accesso via mail ai seguenti indirizzi:

- accessocivico@policlinico.mi.it;
- affarigenerali@policlinico.mi.it;
- protocollo@pec.policlinico.mi.it.

Il regolamento e la relativa modulistica sono pubblicati sul sito web della Fondazione, nella sezione "Amministrazione trasparente" alla voce "Accesso civico".

Compete al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- la facoltà di chiedere agli uffici della Fondazione informazioni circa l'esito delle istanze di accesso civico (art. 5, comma 6, d.lgs. 33/2013);
- il riesame dell'istanza di accesso, su richiesta del richiedente, nel caso di diniego totale o parziale o in caso di mancata risposta (art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013).

Con il predetto regolamento è stato istituito il **"Registro degli accessi"**, che contiene tutte le richieste di accesso pervenute, distinte per tipologia (*accesso ai documenti amministrativi, accesso civico o accesso generalizzato*). Tale registro pubblicato sul sito web istituzionale della Fondazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente" e aggiornato semestralmente con il coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

3.5 INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

La Fondazione IRCCS Ca' Granda, da sempre ha promosso politiche di coinvolgimento degli stakeholder, attività che proprio in considerazione dell'aggiornamento annuale del Piano anticorruzione risulta di particolare rilievo per il ritorno informativo che potrebbe arrivare dai cittadini e dai portatori di interesse, sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

Obiettivo della Fondazione è proseguire e migliorare questa attività di ascolto dei cittadini mettendo a disposizione i riferimenti delle strutture, nonché prevedendo nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – corruzione" la possibilità di trasmettere proposte integrative/migliorative al Piano anticorruzione.

In particolare, l'URP (**Ufficio Relazioni con il Pubblico**) svolge in tema di coinvolgimento ed ascolto dei portatori di interesse, un'attività fondamentale, sia in chiave valutativa della qualità dei servizi offerti (indagini di customer, reclami, segnalazioni, encomi,... ecc), sia in chiave propositiva in merito agli ambiti su cui attivare azioni migliorative.

4 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.

4.1 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE

La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone uno specifico **obbligo di informazione**, per il personale addetto alle attività a rischio corruzione di cui l'Allegato 1 del Piano, **nei confronti del "Responsabile della Prevenzione della Corruzione"**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.

In attuazione a quanto previsto dalla normativa in materia, i **Responsabili dei settori a rischio** individuati nella "**Mappatura dei rischi di corruzione**", Allegato 1 del presente al Piano, **hanno l'obbligo di relazionare ed informare** tempestivamente il RPCT in merito lo stato di avanzamento delle singole azioni e misure..

Si fa inoltre carico, ai predetti **Responsabili**, di trasmettere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza apposta "**Relazione annuale**" **entro il 30**

16

novembre di ogni anno, in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano, specificando nel dettaglio il livello di attuazione delle misure ed il valore degli indicatori raggiunti, una valutazione circa l'efficacia delle misure adottate e le eventuali misure correttive suggerite.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del Piano è **suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente**.

4.2 MONITORAGGIO DEL PIANO

La responsabilità del monitoraggio del Piano è attribuita al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che ogni anno predispone una relazione sull'attuazione del Piano (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). La relazione è trasmessa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e al Consiglio di Amministrazione e viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del Piano, si prevede una **verifica intermedia** generale di tutte le misure pianificate nel Piano, a cura del RPCT con la collaborazione dei Responsabili dei settori a rischio, attraverso lo svolgimento di appositi incontri, acquisendo eventualmente dagli stessi specifiche note sull'attuazione delle misure nelle aree di rispettiva competenza e sulle eventuali criticità riscontrate. A ciò si aggiunge la trasmissione al RPCT della **“Relazione annuale”** di cui al paragrafo precedente.

4.3 RESPONSABILITÀ

4.3.1 RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE

- **Misure di prevenzione e contrasto alla corruzione:** le misure adottate con il presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e non dirigenti (art. 8 del dpr 62/2013 “Codice di comportamento”), nonché dal personale con rapporto di collaborazione o consulenza in rapporto convenzionale o borsista.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte altre figure professionali operanti

in Fondazione può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).

- **Misure di trasparenza:** la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni e dei dati, da parte dei responsabili individuati nell'allegato 2 del presente Piano, va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001.

Rientra nelle competenze dell'RPCT, ai sensi dell'art. 43 del d.lgs.33/2013, segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al Consiglio di Amministrazione e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

5 ELENCO ADEMPIMENTI

Il presente elenco di adempimenti, si pone come strumento atto ad agevolare i Responsabili delle strutture interessate in merito alle scadenze previste nel presente Piano, ad esclusione delle misure specifiche previste nell'Allegato 1 "Mappature dei rischi di corruzione" e nell'Allegato 2 "Dati soggetti a obblighi di pubblicazione", così da favorire l'integrazione ed il coordinamento con il c.d. **Ciclo delle Performance**.

Misura	Soggetto competente	Termine
Elaborazione del PIAO	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro il 31 gennaio di ogni anno
Presentazione al CdA della relazione annuale sui risultati dell'attività svolta e pubblicazione sul sito web (rif. art. 1, co 14, legge 190/2012)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro la scadenza fissata annualmente da ANAC
Analisi del rischio in coerenza con il PNA	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	31 dicembre di ogni anno
Verifica di insussistenza di situazioni di conflitto di interesse in sede di autorizzazione di incarichi ai propri dipendenti o affidamento di incarichi di collaborazione o consulenza. Valutazione delle dichiarazioni e comunicazione all'interessato ed al RPCT.	Responsabile del procedimento presso cui viene svolta l'attività o che adotta l'atto di autorizzazione o affidamento di incarichi.	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)

Raccolta dichiarazioni dei componenti delle commissioni di gara circa l'inesistenza di conflitti di interesse o rapporti o relazioni di parentela. Comunicazione circa l'esistenza di eventuali rapporti di parentela al RPCT	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati) Tempestivo
Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro e sottoscrizione di apposita dichiarazione all'atto della cessazione del rapporto di lavoro	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del PIAO e UOC Risorse Umane	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. e relativi controlli a campione.	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Dichiarazione di insussistenza di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico (Responsabile della struttura Risorse Umane	Inconferibilità: tempestivo (di norma 15 gg dal momento del conferimento) Incompatibilità: annuale
Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità dell'incarico dei vertici istituzionali ai sensi della delibera ANAC 149/2014	Segretario del Consiglio di Amministrazione	Annuale (entro il 31 gennaio di ogni anno)
Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali (Responsabile UOC Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione	Tempestivo
Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Entro il 31 marzo di ogni anno
Inserimento da parte delle stazioni appaltanti delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità e sottoscrizione dichiarazione di presa visione	Responsabili delle stazioni appaltanti, di cui la Allegato 1 con specifico riferimento all'Area Contratti pubblici	Tempestivo
Rotazione Ordinaria del personale: attivazione misure alternative alla rotazione ordinaria dandone evidenza nella relazione annuale al RPCT	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Tempestivo
Rotazione Straordinaria del personale: Adozione di apposito provvedimento per disciplinare la materia	Responsabile della struttura Risorse Umane	Entro il 2021
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	Responsabile della struttura "Ufficio Relazioni con il Pubblico"	Tempestivo
Codice di comportamento: vigilare sulla corretta applicazione del Codice	Tutti i dirigenti e UPD	Tempestivo

Sottoscrizione dichiarazione di presa d'atto della disponibilità on-line del PIAo. da parte del personale dipendente neoassunto	Responsabile dell'ufficio assunzioni della struttura "Risorse Umane"	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Trasparenza: trasmissione e pubblicazione dei dati da parte di ciascun responsabile/referente individuato nella tabella specifica	Responsabili individuati nell'Allegato 2 "Tabella dati soggetti a obbligo di pubblicazione"	Secondo tempistica prevista nella Tabella obblighi di pubblicazione
Accesso Civico: monitoraggio delle richieste di accesso e redazione/publicazione del "Registro degli accessi"	Responsabile della prevenzione della corruzione con il supporto di tutti Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Pubblicazione semestrale
Relazione annuale al RPCT in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1	Entro il 30 novembre di ogni anno

Allegati alla PARTE 1 della SEZIONE II del Piano:

- MAPPATURA 22-24
- MAPPATURA 22-24 PNA 2019
- REGISTRO RISCHI E MISURE
- OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

PARTE 2

PIANO DELLE PERFORMANCE 2022-2024

PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della Performance è un documento di programmazione triennale introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde".

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, si integra con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con i Bilanci aziendali e con il Sistema di Gestione della Qualità.

La Fondazione ha scelto di rappresentare in tale documento i suoi indirizzi ed i suoi obiettivi strategici e operativi. Per ciascuno di tali obiettivi sono stati selezionati indicatori utili alla misurazione e alla valutazione della performance dell'Amministrazione. La lettura dell'insieme di tali indicatori fornisce un quadro di come la Fondazione intende operare per i cittadini e per coloro che usufruiscono dei suoi servizi.

Attraverso il piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders. Dall'adozione di questo strumento ci si attende inoltre una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la tensione di esse verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza. Si tratta di una scelta compiuta per rafforzare i rapporti con la cittadinanza, migliorare il proprio operato, accrescere la motivazione dei lavoratori dell'Amministrazione stessa. E' partendo da tali considerazioni che la Direzione della Fondazione ha ritenuto di redigere un documento snello, fruibile e pensato per raccontare cosa fa la Fondazione con dati e numeri, non solo parole.



1 SVILUPPI LEGATI AL COVID-19

Le sfide che l'emergenza pandemica COVID-19 ci sta facendo affrontare, hanno e avranno conseguenze perpetue su diversi aspetti, non solo sulla vita di tutti i giorni. Le conseguenze della pandemia si riflettono anche e soprattutto sul nostro Servizio Sanitario che, pur essendo stato messo a dura prova, ha saputo reagire nonostante il ridimensionamento delle risorse a disposizione.

La pandemia di COVID-19 ha avuto e sta avendo un profondo impatto sull'assistenza sanitaria nelle nostre comunità e il Policlinico ha fatto la sua parte con tutti i suoi operatori impegnati in un obiettivo comune: trasformarlo profondamente per renderlo adeguato all'emergenza pandemica. Un obiettivo che è stato centrato appieno e in tempi rapidissimi, grazie allo straordinario lavoro che ciascuno ha portato avanti. Un lavoro per niente facile, perché l'emergenza sanitaria era già estesa, le pressioni fortissime e il tempo a disposizione davvero poco.

E' stato ridefinito il flusso dei pazienti in modo da separare il percorso dei Covid-positivi e proteggere il resto dei reparti creando aree ben definite e isolate per accogliere i pazienti positivi, trasformando interi Padiglioni per renderli pronti ad affrontare l'emergenza e fornendo a ognuno gli strumenti per essere nelle condizioni di svolgere al meglio ed in sicurezza il proprio lavoro.

E' stato assegnato in gestione al Policlinico il Presidio ubicato nel Padiglione Fiera Milano City con i posti letto di Terapia Intensiva.

Le difficoltà ci sono e per questo il lavoro di tutti è prezioso e lo è soprattutto quello sviluppato in team con il giusto spirito di collaborazione finalizzato al perseguimento dell'obiettivo comune.

Nel mese di ottobre 2020 si è dovuto rendere nuovamente operativo il Padiglione Fiera conseguentemente al ritorno dell'emergenza sanitaria (struttura suddivisa in moduli con la disponibilità di 104 posti letto)

La struttura del Padiglione Fiera è rimasta attiva fino al 5 giugno 2021 ed è stata precauzionalmente messa in standby fino alla recente apertura del 14 gennaio 2022 a causa del notevole aumento dei casi di pazienti che necessitano di ricovero in terapia intensiva.

Nell'ultima settimana del 2020 ha avuto avvio la campagna vaccinale anti-Covid19 per il personale di Fondazione, che prosegue da allora con il raggiungimento nel mese di settembre 2021 di oltre 1.200.000 vaccini somministrati nei 3 centri vaccinali gestiti dal Policlinico:

- CV ospedaliero c/o pad. Ponti, dove sono state effettuate le prime fasi della campagna (operatori sanitari, fase 1 bis, pazienti fragili) e attualmente ospita le vaccinazioni in ambiente protetto di cittadini con problemi allergologici;
- CV Policlinico Fiera Milano City dedicato alle vaccinazioni dei bimbi 5-11 anni;
- CV Palazzo delle Scintille – capacità salita fino a 12.000 vaccinazioni/die.

L'organizzazione di tale attività ha impattato fortemente tutti i servizi che hanno dovuto dispiegare importanti risorse (amministrative, mediche, infermieristiche, informatiche/informative, infrastrutturali e di arredo, comunicative ...) con importante coinvolgimento anche di Farmacia e Biobanca.

2 LA COLLABORAZIONE CON UNIMI

Il Policlinico e l'Università degli Studi di Milano perseguono, se pur con ruoli differenti, un obiettivo unitario e condiviso: prestare assistenza sanitaria, che generi e usufruisca dei risultati della ricerca scientifica in campo biomedico, essendo al contempo fonte di formazione in ambito sanitario pre e post-laurea.

Tra le due istituzioni sono da tempo in atto plurimi rapporti convenzionali ai fini didattici e di ricerca e per le attività assistenziali ad esse connesse, per lo svolgimento di Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico, Corsi di Laurea triennali e Scuole di Specializzazione.

Le attività di programmazione, valutazione e monitoraggio e ogni altra progettualità o compito previsti da un'apposita Convenzione sono concordate nell'ambito del Comitato di Indirizzo, costituito per il Policlinico dal Presidente e dalla Direzione Strategica – Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Scientifico – e per l'Università dal Rettore, dal Direttore Generale, dal Presidente del Comitato di direzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dai Direttori dei Dipartimenti Universitari che hanno sede in Policlinico.

La necessità di stabilire meccanismi di coordinamento e condivisione nasce dalla interazione costante delle due istituzioni, sia per l'utilizzo degli spazi fisici e attrezzature dell'ospedale per attività di ricerca e formazione, sia per la condivisione di personale sanitario e tecnico amministrativo. Al fine di garantire:

- un effettivo ricambio generazionale;
- il rispetto dei requisiti di accreditamento e funzionamento di entrambe le parti;

- lo sviluppo di aree disciplinari e linee di attività innovative ed in linea con la mission assistenziale e di ricerca, di cui al congiunto Piano Strategico;
- l'adeguato equilibrio tra attività svolte da Dipartimenti e Aree omogenee e risorse assegnate;

viene definito con periodicità triennale e aggiornamento annuale il fabbisogno organico delle aree cliniche. I due istituti concordano che i rispettivi piani di reclutamento di personale dipendente siano coerenti con esso.

Il personale universitario è immesso alle funzioni assistenziali all'interno dell'Ospedale; mentre per quanto concerne la ricerca scientifica, Policlinico e Università convengono sulla irrinunciabilità, per un moderno centro di assistenza, di ricerca e di formazione in campo sanitario, di un impegno istituzionale congiunto nella ricerca biomedica, sia clinica che di laboratorio, anche in riferimento alle ricadute che essa ha sulla qualità assistenziale e sulla formazione sia degli studenti sia dei suoi operatori.

In tal senso, si impegnano a favorire in ogni modo lo sviluppo della ricerca scientifica, intesa come patrimonio irrinunciabile di entrambi. Pertanto nella pubblicazione di tutte le ricerche svolte presso il Policlinico, che vedano coinvolto personale di entrambe le istituzioni sono indicate entrambe.

Infine, il Centro Ricerche Precliniche è un esempio di forte collaborazione tra il Policlinico e i Dipartimenti Universitari aventi sede in Fondazione: tale centro è stato l'anima e la culla dell'attività trapiantologica ed è oggi il minimo comune denominatore di un'attività di ricerca mirata all'approfondimento delle tematiche istituzionali e alla ricerca e sviluppo di procedure terapeutiche innovative con l'utilizzo di modelli sperimentali.

3 L'ATTIVITÀ CLINICA

Il personale universitario è immesso alle funzioni assistenziali all'interno dell'Ospedale; mentre per quanto concerne la ricerca scientifica, Policlinico e Università convengono sulla irrinunciabilità, per un moderno centro di assistenza, di ricerca e di formazione in campo sanitario, di un impegno istituzionale congiunto nella ricerca biomedica, sia clinica che di laboratorio, anche in riferimento alle ricadute che essa ha sulla qualità assistenziale e sulla formazione sia degli studenti sia dei suoi operatori.

In tal senso, si impegnano a favorire in ogni modo lo sviluppo della ricerca scientifica, intesa come patrimonio irrinunciabile di entrambi. Pertanto nella pubblicazione di tutte le

ricerche svolte presso il Policlinico, che vedano coinvolto personale di entrambe le istituzioni sono indicate entrambe.

Infine, il Centro Ricerche Precliniche è un esempio di forte collaborazione tra il Policlinico e i Dipartimenti Universitari aventi sede in Fondazione: tale centro è stato l'anima e la culla dell'attività trapiantologica ed è oggi il minimo comune denominatore di un'attività di ricerca mirata all'approfondimento delle tematiche istituzionali e alla ricerca e sviluppo di procedure terapeutiche innovative con l'utilizzo di modelli sperimentali.

Si segnalano nell'ultimo triennio alcuni interventi di assoluta eccezionalità, che testimoniano anche il fondamentale lavoro di squadra tra tutte le professionalità coinvolte, tra cui i Trapianti; il Policlinico è tra i centri più attivi in Italia per attività di trapianto. Nel 2021 sono stati eseguiti:

- 43 trapianti di fegato
- 73 trapianti di rene
- 20 trapianti di polmone
- 3 trapianti di cornea
- 81 trapianti di midollo

Il programma di ricondizionamento, che permette di recuperare organi che di solito non verrebbero utilizzati e di renderli adatti al trapianto, e di prelievo a cuore fermo hanno contribuito all'attività nel 2021, in particolare per i trapianti di polmone.

La Fondazione è anche punto di riferimento sulle 24 ore per tutti gli ospedali del Nord Italia per quanto riguarda la gestione organi da trapiantare (NIT).

Materno infantile: tra le eccellenze di quest'area spiccano l'ostetricia-ginecologia (la Mangiagalli nel 2021 ha ospitato 5.881 parti), la terapia intensiva neonatale (che, con 23 posti letto di terapia intensiva è la più grande in Italia e tra le prime 4 in Europa), la chirurgia fetale e neonatale.

Il Policlinico è centro di riferimento regionale e tra i più importanti a livello nazionale per chirurgia fetale e neonatale, grazie anche alla presenza di un gruppo multidisciplinare che coinvolge chirurghi, ginecologi e personale infermieristico appositamente formato. Tra le innovazioni introdotte si ricordano la tecnica FETO per il trattamento chirurgico dell'ernia diaframmatica. I chirurghi pediatrici, inoltre, si sono specializzati nell'esecuzione delle procedure di EXIT per la rimozione di occlusori tracheali e per la gestione di imponenti lesioni

cistiche del collo/torace con ostruzione severe delle vie aeree del neonato. Nel settembre 2015 è stato attivato il Centro ECMO e riguarda l'utilizzo di una metodica per l'ossigenazione tramite membrana extra-corporea dedicata a neonati con grave patologia respiratoria reversibile ma refrattaria alle terapie normalmente in uso.

E' stato approvato e avviato il progetto di Neuropsichiatria Infantile presso il Policlinico di Milano -progetto Percival, ovvero Percorsi di Cura Innovativi per una Valutazione e gestione appropriata dei bisogni di ricovero in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dei relativi esiti nel territorio di Milano.

Nel 2016 è stata inaugurata la Banca del latte umano donato, un progetto in collaborazione con Esselunga per raccogliere latte materno da destinare ai bambini prematuri, che non possono essere allattati al seno.

Il Policlinico si impegna a favore di soggetti deboli vittime di maltrattamenti: è già attivo il servizio di Soccorso per le Violenze Sessuali e Domestiche (SVSeD), dedicato alle donne e ai bambini.

Malattie rare. In Policlinico sono diagnostiche e assistite tutte le malattie rare a fronte di quelle riconosciute dalla normativa nazionale e regionale. Sono registrati presso il Policlinico oltre 7.200 pazienti a cui corrispondono più di 2.500 piani terapeutici. È attivo uno Sportello per le Malattie Rare, che assicura un percorso integrato di diagnosi, cura e sostegno psico-sociale per i pazienti affetti da sindromi rare.

Genetica e biologia molecolare. È stata realizzata una piattaforma tecnologica integrata unificando i Laboratori di Immunologia dei Trapianti e di Genetica Molecolare grazie al trasferimento dell'attività del Nord Italian Transplant program presso il 1° Piano del Padiglione Invernizzi.

Biobanche. Presso il Policlinico hanno sede la Milano Cord Blood Bank che dispone di un inventario di oltre 9.000 donazioni di sangue da cordone ombelicale, che hanno consentito 500 trapianti di cellule staminali in Italia e all'estero; la Biobanca che offre servizi di conservazione a -80 e -196°C di materiali biologici diversi, con un inventario di circa 200.000 campioni relativi a 23 programmi di ricerca. Sono anche presenti la Banca del Sangue Raro, fiore all'occhiello del Centro Trasfusionale che si occupa dell'identificazione dei donatori di gruppi rari, della creazione di una banca di unità rare congelate e del

coordinamento e mantenimento della autosufficienza regionale e nazionale. La Cell Factory “Franco Calori”, comprendente un settore di ricerca dedicato prevalentemente allo studio delle cellule staminali umane adulte, delle loro potenzialità e delle loro capacità differenzianti, ed un’unità GMP di manipolazione cellulare autorizzata alla produzione di prodotti per terapia cellulare avanzata.

L’attività della Fondazione, relativa all’**Emergenza-Urgenza**, è molto importante nell’area metropolitana di Milano per la quale è l’Ospedale che offre il maggior numero di prestazioni.

Il **Pronto Soccorso** viene erogato in tre sedi diverse: Ginecologia in Clinica Mangiagalli, Pediatria in Clinica De Marchi e Generale in Padiglione Guardia-via Sforza.

I tre Pronto soccorso garantiscono prestazioni in tutte le branche ad eccezione della Cardiocirurgia. Anche i Pronto Soccorso risentono in maniera molto evidente dell’impatto della situazione epidemiologica emergenziale.

La Fondazione è punto di riferimento per pazienti polmonari che necessitano di **Ecmo**: il nostro Ospedale riceve pazienti che necessitano di terapia intensiva adulti e pediatrica, dai diversi ospedali dell’area milanese.

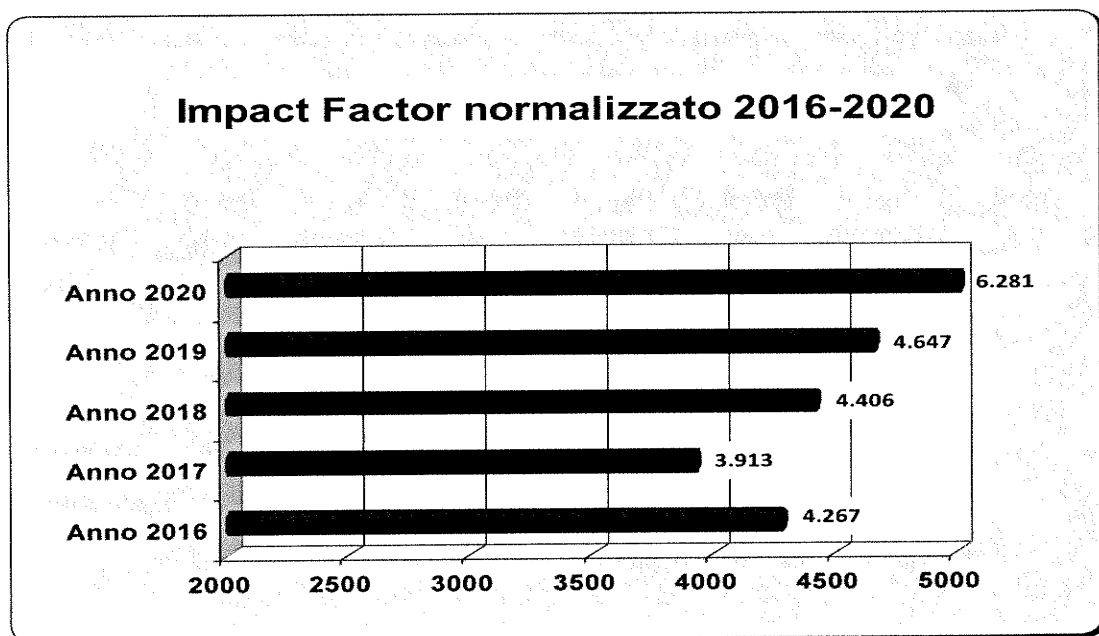
Patologie epatiche. Data la reputazione dell’ospedale e dei suoi professionisti nel trattamento delle patologie epatiche, è un importante centro prescrittore di nuovi farmaci per la cura delle patologie derivate da infezioni da virus HCV che ha portato nel corso degli anni a trattare 900 pazienti all’anno.

Attività di laboratorio. Il Policlinico è stato identificato come uno dei tre laboratori “hub” per aree geografiche nell’ambito del riordino delle reti dei laboratori sulla città di Milano, a cui afferiranno l’ospedale Pini, gli IRCCS Besta e Istituto Nazionale Tumori.

Centri di riferimento. Sono presenti centri assistenziali finalizzati al trattamento e alla ricerca scientifica nel campo di specifiche patologie che hanno ricevuto formale riconoscimento in quanto centri locali/ regionali/ nazionali.

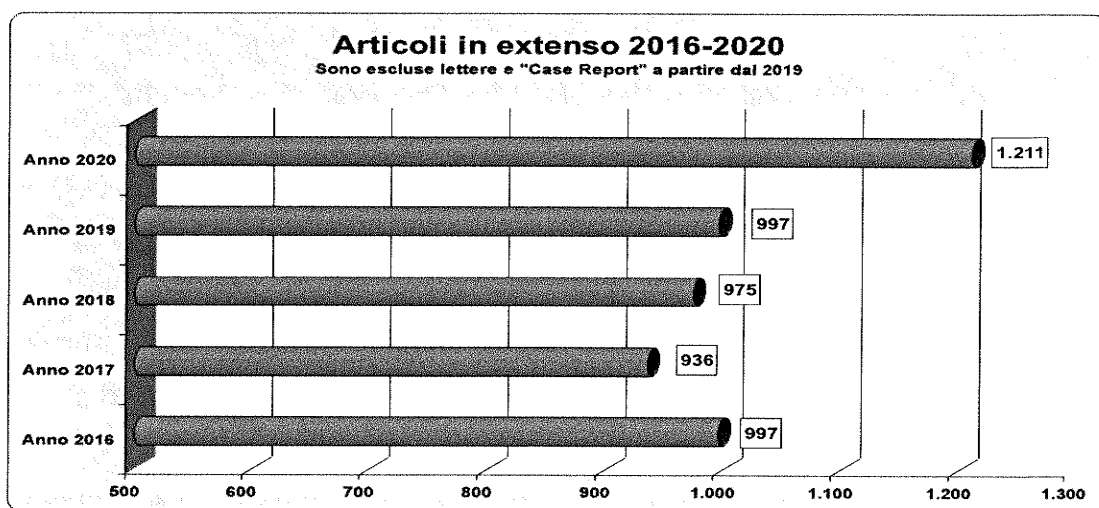
4 LA RICERCA

È terminata, nel mese di marzo 2021 raccolta e la rendicontazione scientifica dell'attività pubblicistica della Fondazione per l'anno 2020. I dati indicano un deciso incremento dei risultati ottenuti, per un numero di pubblicazioni pari a 1.402 documenti tra articoli originali, reviews, lettere con dati sperimentali / case report, tutti su riviste con Impact Factor. Queste prestazioni sono state raggiunte in parte grazie a pubblicazioni nate dall'impegno di ricerca di base, traslazionale e clinica che ha accompagnato lo sforzo assistenziale legato all'emergenza COVID-19. A questa si è poi aggiunta la valorizzazione di casistiche cliniche precedenti che hanno dato modo ai ricercatori di continuare a produrre anche in un periodo così difficile. Riguardo la qualità delle pubblicazioni, l'Impact Factor normalizzato secondo le regole del Ministero della Salute, ammonta a circa 6.281 punti.



Impact Factor normalizzato 2016 – 2020

La tabella sotto riportata, mostra come la somma totale di pubblicazioni scientifiche in extenso dell'anno 2020 (n. 1.211) sia aumentata di circa il 22% rispetto al 2019, segno della vitalità della ricerca della nostra Fondazione anche in periodo di emergenza pandemica.



Articoli in extenso 2016 – 2020

Fatto salvo per le strutture previste in staff alla Direzione Scientifica, interamente dedicate ad attività legate alla ricerca, non è possibile individuare all'interno del Policlinico le strutture dedite esclusivamente alla ricerca e quelle in cui assistenza e ricerca si fondono, poiché la mission di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico consiste nel condurre ricerche traslazionali, quali ad esempio le sperimentazioni cliniche, che sappiano attingere dall'esperienza clinica e ad essa ritornino i risultati.

Si può dunque affermare che tutte le UUOO cliniche, a prescindere dalla conduzione universitaria o ospedaliera, coniugano l'assistenza con la ricerca; gli stessi ricercatori o titolari di borse di studio, finanziate da fondi di ricerca, concorrono infatti a progetti e studi di cui beneficia l'assistenza.

L'intensa attività di pubblicazione si accompagna alla necessità di tutelare il frutto delle innovazioni. Per tale ragione dal 2007 è attivo un Ufficio Trasferimento Tecnologico, che oltre a tutelare i risultati della ricerca, è impegnato a sostenere i complessi processi che portano al trasferimento tecnologico dei brevetti alle imprese.

5 IL PIANO DELLE PERFORMANCE

Il piano delle performance è stato ideato tenendo presente il legame fra mission aziendale, aree strategiche e obiettivi strategici, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalle disposizioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 ha disciplinato il ciclo della performance per le amministrazioni pubbliche, che si articola in diverse fasi, consistenti nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti (v. in particolare l'art. 4 c. 2). Il ciclo si conclude con la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Le aree strategiche sono state individuate in coerenza con le linee di indirizzo espresse da Regione Lombardia con le Delibere di Giunta Regionale "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario...".

Con riferimento agli obiettivi strategici, particolare attenzione è stata riposta alla Trasparenza e alla Prevenzione della Corruzione, per cui viene esplicitato il collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Le aree strategiche sanitarie si articolano in coerenza con i più recenti indirizzi di programmazione regionale e nazionale.

Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda e sono trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.



6 OBIETTIVI STRATEGICI, AZIONI, INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO

La Delibera n. 89/2010 - Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 richiede che le amministrazioni procedano sia a una “chiara definizione degli obiettivi”, che a una “specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target”.

Nella gestione della performance, obiettivo, indicatore e target sono i tre elementi che usiamo per rappresentare rispettivamente:

- ciò che si vuole perseguire (obiettivo)
- ciò che si utilizza per raccogliere ed analizzare i dati necessari per monitorare i progressi ottenuti nel perseguimento dell’obiettivo (indicatore)
- il livello atteso di performance, misurato attraverso uno o più indicatori, che si desidera ottenere per poter considerare un obiettivo conseguito o raggiunto (target).

In questa sezione sono resi espliciti, per ogni obiettivo strategico individuato nel Piano delle Performance, le azioni che la Fondazione intende mettere in atto che si traducono negli indicatori che misurano il grado di raggiungimento rispetto ai target programmati per le annualità 2022-2023-2024.

L’aggiornamento e la rendicontazione di tali indicatori saranno esposti nella Relazione sulla Performance secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

6.1 AREA STRATEGICA R – LE RISORSE

Obiettivo strategico R1 – “Equilibrio economico-finanziario della Fondazione”
 descrive il contributo delle UU.OO. all'equilibrio economico finanziario della Fondazione attraverso la gestione efficace ed efficiente delle risorse assegnate nell'erogare le prestazioni sanitarie

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
R1.A	MANTENIMENTO RICAVI ATTIVITA' DI RICOVERO ¹	VALORE ASSOLUTO €/1000	158.569	Valore 2022 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia
R1.B	MANTENIMENTO RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI ^{1,2}	VALORE ASSOLUTO €/1000	60.202	Valore 2022 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia
R1.C	MANTENIMENTO FILE F ASSEGNATO IN VALORE ASSOLUTO ¹	VALORE ASSOLUTO €/1000	78.251	Valore 2022 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia
R1.D	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI LABORATORIO	VALORE ASSOLUTO €/1000	26.595	26.329	26.065	25.805
R1.E	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI RADIOLOGIA	VALORE ASSOLUTO €/1000	4.142	4.100	4.059	4.019
R1.F	CONTROLLI NOC SULLE PRESTAZIONI: RIDUZIONE DEL 5% SUGLI ABBATTIMENTI NOC ANNO PRECEDENTE	VALORE ASSOLUTO €/1000	In corso di verifica	da valutare	da valutare	da valutare

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

1 Dati IV CET 2021 del Gennaio 2022

2 Comprensivi di: Ticket, prestazioni NPI, prestazioni Psichiatria territoriale

Obiettivo strategico R2 – “Miglioramento delle performance della Fondazione”
 questo obiettivo vuole rappresentare l'ottimizzazione dei processi il cui fine ultimo è il raggiungimento di risultati di efficienza migliori.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
R2.A	INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA TRATTATA (PESO MEDIO) calcolare come RC	VALORE ASSOLUTO	1,38	1,39	1,39	1,39
R2.B	RAZIONALIZZAZIONE DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA (INCLUSO OUTLIER)	VALORE ASSOLUTO (GIORNATE)	7,87	7,8	7,8	7,0
R2.C	GESTIONE RAZIONALE DELL'AFFLUSSO DI RICOVERI PROVENIENTI DA PS: AUMENTO DELLE DIMISSIONI EFFETTUATE NEI GIORNI FESTIVI E PREFESTIVI	(DIMISSIONI FESTIVO+PREFESTIVO 2020 / TOTALE DIMISSIONI U.O. 2021) x 100%	21,2%	21,4%	21,4%	21,4%
R2.D	INCIDENZA DEL COSTO DEL PERSONALE SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo del Personale (escluso IRAP)/(ricavi per prestazioni san. e socio-san.)	In corso di verifica	53,9%	53,9%	53,9%
R2.E	INCIDENZA DEL COSTO PER BENI E SERVIZI SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo B&S netti/(ricavi per prestazioni san. e socio-san.)	In corso di verifica	62,8%	62,8%	62,8%

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

Obiettivo strategico R3 – “Trasparenza e Prevenzione della Corruzione”
sono descritti gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
R3.A	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT ¹	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2021	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2022	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2023	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2024
R3.B	MISURE DI TRASPARENZA: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT ¹	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2021	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2022	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2023	Attestazione dell'NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2024

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

¹ SULLA BASE DELLE EVIDENZE PRODOTTE DAI RESPONSABILI DEI SETTORI A RISCHIO INDIVIDUATI NELLA "MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE" - ALLEGATO 1 AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (2021 - 2023) PUBBLICATO SUL SITO ISTITUZIONALE ALLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

Obiettivo strategico R4 – “Semplificazione ed innovazione”
L'obiettivo strategico racchiude le iniziative di sviluppo tecnologico e semplificazione coerentemente con la programmazione regionale esplicitata nel Piano di Intervento annuale edito da Lombardia Informatica.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
R4.A	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO (SISS): PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ANNUALE SISS.	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS ¹	In corso di verifica	>90%	>90%	>90%

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

¹ Monitoraggio e verifica eseguite da ARIA S.p.A.

6.2 AREA STRATEGICA S – LA SALUTE

Obiettivo strategico S1 – “Garantire i livelli di assistenza”

L'obiettivo strategico si prefigge di misurare l'efficacia e l'equità delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati dalla Fondazione.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
S1.A	INDICE DI ATTRATTIVITA' AZIENDALE SUI RICOVERI ORDINARI	(Ricoveri fuori Regione / Totale Ricoveri)	7,6%	7,65%	7,73%	7,81%
S1.B	RICOVERI ORDINARI RIPETUTI ENTRO L'ANNO SOLARE (%)	N. rientri con stesso MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12/ Tot. Dimissioni)	2,8%	2,78%	2,75%	2,72%
S1.C	DIMISSIONI VOLONTARIE (%)	N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	0,9%	0,86%	0,85%	0,84%
S1.D	TRASFERIMENTI FRA STRUTTURE (%)	N° trasferiti (secondo modifica SDO)/ Totale dimessi	4,1%	4,08%	4,04%	4,00%
S1.E	DIMINUIZIONE DELLE DIMISSIONI CON DRG MEDICO NELLE UU.OO. CHIRURGICHE	DRG MEDICI / TOTALE DRG 2020	38,1%	<35%	<35%	<34%

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

Obiettivo strategico S2 – “appropriatezza delle prestazioni erogate”

L'obiettivo strategico si prefigge di misurare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e dell'utilizzo delle risorse sanitarie, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
S2.A	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	Casi "inappropriati" / Totale casi ad alto rischio inapproprietezza	In corso di verifica	Valore 2022 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia
S2.B	INTERVENTI FRATTURA COLLO DEL FEMORE ¹	% interventi al collo del femore entro 48h / Totale interventi femore	66%	>80%	>80%	>80%
S3.C	TAGLIO CESAREO PRIMARIO ²	Parti Cesarei primari/ Totale Parti	32%	<25%	<25%	<25%
S4.D	PRELEVI DI CORNEE	Donatori Cornee/ Totale decessi	3,0%	>10%	>10%	>10%

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

1 La percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 74%. Pazienti con età > 65 anni. Codici intervento selezionati: 8151-8152-7915

2 Obiettivo Piano Nazionale Esiti (PNE)

Obiettivo strategico S3 – “Governo dei tempi di attesa”

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare il contenimento dei tempi di attesa con l'obiettivo di attualizzarli rispetto a eventuali nuove priorità e necessità attraverso l'analisi dei tempi medi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte di ATS Milano.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
S3.A	DIMINUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO ATS	Riduzione del T.A. delle prestazioni che superano il T.A. obiettivo di Regione Lombardia	in corso di verifica	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2021	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2022	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2023

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

Obiettivo strategico S4 – “Sorveglianza igienico sanitaria”

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare l'applicazione dei meccanismi di tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
S4.A	PIANO DI MIGLIORAMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI: IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI MIGLIORATIVE IN MERITO ALLA VALUTAZIONE DEI COMPORTAMENTI E AL FEEDBACK PER GLI OPERATORI	Differenza nel consumo di soluzione idroalcolica tra inizio e fine progetto:	in corso di verifica	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2022>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2021	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2023>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2022	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2024>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2023
S4.B	CONTROLLO DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PROFILASSI PERIOPERATORIA IN AREA PEDIATRICA	Diminuzione delle Cartelle non conformi nel campione esaminato	in corso di verifica	N.C.2022< 15%	N.C.2023< 15%	N.C.2024< 15%

6.3 AREA D – I DIRITTI DEI CITTADINI

Obiettivo strategico D1 – “Accessibilità, vivibilità e comfort nelle strutture della Fondazione”
L'obiettivo strategico si prefigge di verificare i processi assistenziali ed organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona, ottenere accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, accesso all'informazione, cura delle relazioni paziente/medico/struttura ospedaliera/famiglia.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	In corso di verifica	75%	75%	75%
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP		In corso di verifica	T.A. 2022 < T.A. 2021	T.A. 2023 < T.A. 2022	T.A. 2024 < T.A. 2023
D1.C	APPROPRIATEZZA E REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE IN PRERICOVERO	n° di pazienti che escono dal percorso di prericovero per motivi organizzativi	In corso di verifica	N° paz. 2022 / N° paz. 2021 < 50%	N° paz. 2023 / N° paz. 2022 < 50%	N° paz. 2024 / N° paz. 2023 < 50%
D1.D	REVISIONE PROCESSO PRENOTAZIONE/ACCETTAZIONE/PAGAMENTO TICKET ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI PERCORSI DIFFERENZIATI A SECONDA DELLE NECESSITÀ DELL'UTENZA PER FACILITARE L'ACCESSO ALLA STRUTTURA OSPEDALIERA	Pagamenti effettuati dall'utenza al Punto Giallo >5%	In corso di verifica	8%	8%	8%

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

Obiettivo strategico D2 – “Cura della relazione e della comunicazione fra professionista e utente/paziente”
L'obiettivo strategico si prefigge di verificare la capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una relazione positiva e emotivamente armonica col paziente e con i familiari.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2021	TARGET 2022 (*)	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)
D2.A	Gestione informatizzata dell'intero percorso segnalazioni/contatti URP/Customer Care	Progettazione e realizzazione di un sistema informatizzato che consenta la gestione dell'applicativo.	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	100% segnalazioni gestite tramite applicativo
D2.B	Valorizzazione dei profili professionali dei medici/dirigenti e coerenza con iniziativa Operazione Trasparenza	Revisione di tutti i BioCV del personale dirigente medico in area istituzionale e libera professione.	100% BioCV pubblicati correttamente	100% BioCV pubblicati correttamente	100% BioCV pubblicati correttamente	100% BioCV pubblicati correttamente
D2.C	Implementazione del servizio di mediazione a tutti i Dipartimenti, per diminuire il conflitto con l'utenza nelle situazioni di incomprensione, insoddisfazione e tensione.	(Percorsi Mediazione 2020 / Totale Reclami 2020) > (Percorsi Mediazione 2019 / Totale Reclami 2019)	In corso di verifica	5 mediazioni, pari al 100% in più rispetto all'anno 2021	(Percorsi Mediazione 2023 / Totale Reclami 2023) > (Percorsi Mediazione 2022 / Totale Reclami 2022)	(Percorsi Mediazione 2024 / Totale Reclami 2024) > (Percorsi Mediazione 2023 / Totale Reclami 2023)

(*) Compatibilmente con le Regole del Sistema Regionale e con le assegnazioni di risorse inserite nel Bilancio di competenza dell'anno

SEZIONE III

PARTE 1

PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE

Con il termine lavoro agile ci si riferisce ad una particolare modalità di esecuzione del lavoro, consistente nello svolgimento della prestazione di lavoro, subordinato, al di fuori dei locali aziendali, basata su una flessibilità di orari e di sede, attualmente disciplinata dalla legge numero 81 del 2017 (artt. da 18 a 22 della L. 81/2017).

La sopra citata normativa definisce il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato:

- stabilita mediante accordo tra le parti;
- con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici;
- eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale (stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva).

La suddetta disciplina trova applicazione, in quanto compatibile e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente previste, anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, secondo le direttive emanate anche per la promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, adottate in base a quanto previsto dall'art. 14 della L. 124/2015 (in attuazione del quale sono state emanate la Direttiva n. 3 del 2017 e la Circolare n. 1 del 2020).

Durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 il lavoro agile nel settore pubblico ha avuto un ampio raggio di attuazione, al riguardo l'art. 87 del decreto legge n. 18 del 2020 ha previsto la possibilità di ricorrere al lavoro agile anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla normativa vigente.

Inoltre, il richiamato articolo ha inizialmente disposto che, per il periodo dello stato di emergenza, il lavoro agile potesse essere applicato a qualsiasi rapporto di lavoro subordinato, costituendo la “modalità ordinaria” di svolgimento della prestazione lavorativa

delle pubbliche amministrazioni, le quali erano chiamate a limitare la presenza sul posto di lavoro esclusivamente per assicurare le attività indifferibili e non altrimenti erogabili.

Tale ultima previsione è stata successivamente integrata e parzialmente modificata dal D.L. 34 del 2020 (cosiddetto Decreto Rilancio) il quale all'articolo 263 ha disposto che le Amministrazioni Pubbliche, fino alla definizione della disciplina del lavoro agile da parte dei contratti collettivi, ove previsti, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2021 (termine così prorogato, da ultimo, dall'art. 11-bis del D.L. 52/2021), possano ricorrere al lavoro agile anche in assenza di accordi individuali, eliminando inoltre la soglia minima di ricorso al lavoro agile pari al 50 per cento del personale (con mansioni compatibili) prevista in precedenza.

Per far fronte ai bisogni assistenziali dell'utenza, la Fondazione, con il coinvolgimento sia della componente sanitaria sia della componente professionale, tecnica ed amministrativa, risulta fortemente investita da una mole di attività che non ha consentito porre in essere misure sull'attivazione del lavoro agile.

L'impatto delle attività inerenti alla campagna vaccinale e, ancor di più, le attività di recupero delle liste d'attesa conseguenti l'emergenza epidemiologica impongono un notevole impegno da parte di tutte le Strutture di Fondazione. Ciò al fine di contribuire al raggiungimento dei relativi rilevanti obiettivi di salute fissati a livello nazionale e regionali.

Pertanto, anche in considerazione delle previsioni contrattuali di prossima sottoscrizione in tema di lavoro agile, la presente sezione del Piano deve ritenersi progettuale e finalizzata a porre le basi per l'attuazione di un efficace Piano Organizzativo del Lavoro agile che sarà frutto di una puntuale regolamentazione aziendale definito all'esito di un necessario proficuo confronto con le Organizzazioni Sindacali interessate.

1 PROGETTO DI ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE

La Legge 7 agosto 2015, n. 124 *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* - c.d. *Riforma Madia* - ha costituito il momento di avvio verso una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate inizialmente dall'obiettivo di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro.

Successivamente è stata emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* che dispone l'attuale disciplina del

lavoro agile, ponendo l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e sull'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto. In particolare, l'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 definisce il lavoro agile quale *..”modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici in parte all'interno e in parte all'esterno del luogo di lavoro, entro i soli limiti dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*.

In attuazione delle norme sopra citate, il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile nella PA che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile ancor prima dell'emergenza COVID-19. Le disposizioni riguardanti il lavoro agile, però, sono rimaste per lungo tempo inattuate, per svariate ragioni, nel settore della pubblica amministrazione.

La Fondazione, in coerenza con quanto previsto dalla L. 81/2017, dall'art. 14 della L. 124/2015 e dalla Direttiva n.3/2017 nel corso dell'anno 2019 ha comunque avviato i lavori, individuando uno specifico gruppo di lavoro finalizzato a regolamentare, in una prima fase sperimentale, l'applicazione dell'istituto dello smart working, quale modalità di lavoro flessibile, con l'obiettivo di concreta attuazione della normativa inerente la conciliazione vita-lavoro dei dipendenti, impegnati nel quotidiano bilanciamento tra la propria vita professionale e le esigenze di cura familiari, con l'obiettivo di contribuire a promuoverne il benessere e la qualità della vita.

La sperimentazione in parola avrebbe interessato una posizione tra il personale del comparto, e con una durata di 6 (sei) mesi, prevedendo al terzo mese una verifica per gli eventuali opportuni adeguamenti e/o misure correttive nel merito dell'applicazione.

All'esito di numerosi incontri è stata predisposta una bozza di regolamento nel quale, con la collaborazione dei servizi interessati, sono stati sviluppati, tra l'altro, gli aspetti relativi a:

- il luogo di svolgimento;
- la formazione e adempimenti tecnici;
- l'orario di lavoro;
- la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro;
- il potere di controllo del datore di lavoro.

2 IL LAVORO AGILE NELLA FASE PANDEMICA

Nel corso dell'anno 2020, causa l'emergenza da COVID-19, è stato stravolto l'intero sistema delle relazioni sociali con l'imposizione del distanziamento sociale, e conseguentemente la necessità di apportare profonde modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa (laddove compatibile), al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, specie dei più fragili.

Difatti, con il Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante *"Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015, si è superato il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare le necessarie misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, prevedendo che tale misura organizzativa operasse a regime.

Dunque in piena emergenza epidemiologica da Covid-19 il lavoro agile è divenuto la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa e, ciò, con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017, prevedendo la possibilità (in deroga temporale in base allo procrastinarsi dello stato di emergenza) di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi normativi di cui agli artt. 18 - 23 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

Per quanto sopra la Fondazione IRCCS, con la collaborazione dei singoli Direttori di Struttura, ha provveduto tempestivamente ad attivare la modalità di lavoro agile per tutti i lavoratori con mansioni compatibili, fermo restando il rispetto dei presupposti organizzativi legittimanti l'adozione di tale modalità di lavoro nonché l'assolvimento dei conseguenti obblighi e adempimenti che ne derivano e che risultano in capo al lavoratore e al datore di lavoro.

In tale contesto, al fine di poter fornire in un breve tempo di applicazione uno strumento di rilevazione dell'attività resa da remoto, l'Amministrazione ha predisposto un sistema di rendicontazione utilizzato dal dipendente (previamente autorizzato a svolgere l'attività lavorativa con modalità di lavoro agile) attraverso l'accesso, con il proprio account nominativo, ad uno specifico link della Intranet aziendale.

Il dipendente, eseguito l'accesso, compila il modulo di rendicontazione per la giornata specificando l'orario di inizio e di fine attività (intendendosi quale rilevazione indicativa essendo escluse le prestazioni eccedenti l'orario di lavoro, così come contrattualmente stabilito) nonché la descrizione dettagliata dell'attività svolta.

Salvata definitivamente la scheda dell'attività oggetto di rendicontazione questa diventa consultabile dal responsabile quale documento utile ai fini di una valutazione e della necessaria ed eventuale conseguente approvazione.

Al riguardo, al fine di poter rendere il più intuitivo possibile l'utilizzo per il lavoratore, è stata redatta una *"Guida rapida per il dipendente"* e di cui si è data larga diffusione al personale interessato.

Tutto quanto sopra, fermo restando che:

- il lavoratore è stato reso edotto circa le proprie responsabilità riguardo l'adozione di tutte le misure in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e della salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi D.Lgs. 81/2008, meglio esplicitate in un foglio informativo rilasciato all'atto dell'attivazione della modalità agile, poi sottoscritto per presa visione e archiviato nel fascicolo personale.
- il controllo sulle attività svolte nonché sul correlato resoconto degli obiettivi raggiunti è in capo al Dirigente Responsabile della Struttura di afferenza del lavoratore che, secondo le modalità che verranno successivamente comunicate, appone la propria approvazione su ciascuna rendicontazione (per giornata) prodotta dal proprio collaboratore.

L'Amministrazione, anche la fine di fornire dei chiarimenti a tutti i soggetti interessati (collaboratori e responsabili) ha definito quanto segue.

- **Attività:** Le attività che, in via generale, sono state e possono essere ritenute compatibili con il lavoro agile e dunque autorizzabili sono quelle per cui:
 - è possibile delocalizzare le attività assegnate, senza che sia necessaria la presenza fisica nella sede di lavoro;
 - è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - è possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
 - è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati;
 - è compatibile con le esigenze di servizio della propria struttura;

- **Obblighi di custodia e riservatezza:** Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa. Il lavoratore è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali. L'inosservanza delle predette disposizioni costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari.
- **Diritti e doveri:** Non variano in alcun modo gli obblighi e i doveri cui è tenuto il lavoratore, così come i diritti ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali. Lo svolgimento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile non penalizza la professionalità e l'avanzamento di carriera del personale;
- **Potere di controllo:** vige in capo al Dirigente Responsabile della Struttura il quale definisce obiettivi puntuali e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa al termine della prestazione resa in lavoro agile dal collaboratore.
- **Misure in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e della salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi D.Lgs. 81/2008:** Al riguardo i diritti e i doveri del lavoratore sono contenuti nella "Scheda tecnica - Informazioni per i lavoratori agili (art. 36 D.Lgs. 81/2008)" consegnata ad ogni lavoratore che ne faccia richiesta;
- **Ordine di preferenza:** in coerenza con la Direttiva n. 1/2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica, è stato stabilito il seguente ordine di preferenza per tali categorie di lavoratori:
 - i lavoratori portatori di patologie;
 - i lavoratori che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa;
 - i lavoratori sui quali grava la cura dei figli minori.

- **Trattamento economico e normativo:** il lavoratore ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore, in attuazione dei contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali a quello riconosciuto ai lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno della Fondazione.

Precisato quanto sopra, il referente della Struttura potrà formulare specifica istanza contenente:

- **Tipologia di attività:** mansioni in concreto svolte o da svolgersi;
- **Dotazione strumentale:** strumentazione necessaria per lo svolgimento dell'attività, la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.;
- **Modalità di rilevazione dell'attività:** vanno specificate, in maniera puntuale e dettagliata, le modalità di rilevazione, attraverso criteri oggettivi, dell'attività svolta. Si rammenta che la responsabilità sul controllo delle medesima attività è in capo al Dirigente delle Strutture;
- **Orari di espletamento delle attività:** il dipendente è tenuto a svolgere l'attività entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla contrattazione collettiva. Potrà essere prevista la frazionabilità dell'orario di lavoro nella giornata. Sono escluse prestazioni eccedenti l'orario di lavoro contrattuale.
- **Sede di espletamento dell'attività:** va indicato l'indirizzo della/e sede/i lavorativa/e nonché le modalità di comunicazione/notifica tra il lavoratore e il Responsabile di Struttura.

Con il D.L. 34/2020 è stata prevista per le pubbliche amministrazioni l'elaborazione, entro il 31 gennaio di ciascun anno, del Piano organizzativo del lavoro agile prevedendo che possa avvalersi della modalità agile per lo svolgimento della prestazione lavorativa almeno il 15 per cento del personale (percentuale così ridotta dall'art. 11-bis del D.L. 52/2021, rispetto al precedente 60 per cento). Al riguardo, il Ministro per la pubblica amministrazione, con decreto del 9 dicembre 2020, ha approvato le Linee guida per la redazione del suddetto Piano.

Sul punto, in base al monitoraggio effettuato attraverso il Portale della performance del Dipartimento della Funzione pubblica, sono 54 su 162, pari al 33,3%, le amministrazioni statali che alla scadenza del 31 gennaio 2021 fissata dal "Decreto Rilancio" hanno pubblicato i POLA, Piani Organizzativi del lavoro agile.

Ad ogni modo è stato precisato che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano (percentuale così ridotta dall'art. 11-bis del D.L. 52/2021, rispetto al precedente 30 per cento).

Al riguardo è intervenuto il decreto semplificazioni (D.L. 76/2020) il quale ha specificato che il lavoro agile da parte delle pubbliche amministrazioni è svolto a condizione che l'erogazione dei servizi avvenga con regolarità e nel rispetto delle tempistiche previste.

3 RIENTRO AL LAVORO DEI DIPENDENTI PUBBLICI E LINEE GUIDA

Come previsto dal DPCM del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza. Le amministrazioni sono comunque chiamate ad assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Le modalità per il rientro al lavoro dei dipendenti pubblici sono state così disciplinate da apposito decreto ministeriale, in attuazione del quale sono state adottate le relative Linee guida che recano le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21 che disciplineranno a regime l'istituto, che prevedono comunque la stipula di un accordo individuale, del quale individuano i contenuti.

- Totale dipendenti in lavoro agile 2020= 356
- Totale dipendenti in lavoro agile 2021=263
- Giornate di lavoro agile giornate lavorative totali anno 2020 = 22.271
- Giornate di lavoro agile giornate lavorative totali anno 2021 =10.390

I servizi maggiormente coinvolti sono:

- Gestione Risorse Umane
- Sistemi Informativi

Per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi informatici e smart-phone o altra dotazione, quasi tutto il personale in lavoro agile ha utilizzato e utilizza ancora dispositivi propri, così come consentito dalla vigente normativa.

4 IPOTESI DI MODALITÀ ATTUATIVE

Nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, sono state definite dal Ministero della Pubblica Amministrazione le linee guida rivolte alle pubbliche amministrazioni e agli altri enti ad esse assimilati tenuti a prevedere specifiche misure in materia di lavoro agile e, ciò, con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria cui la Fondazione IRCCS, quale ente ospedaliero, ha dovuto far fronte nonché delle attuali contingenti esigenze organizzative e di servizio, in particolare quelle connesse alla gestione dell'obiettivo regionale per il recupero delle liste d'attesa, la Fondazione IRCCS ha ritenuto di poter procrastinare l'attivazione "contrattualizzata" del lavoro agile definendo comunque dei criteri quale presupposti per l'applicazione dell'istituto e, ciò, anche nelle more della contrattazione collettiva nazionale.

Si propongono dunque di delineare la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avendo riguardo a taluni aspetti, in particolare riguardo:

- il diritto alla disconnessione;
- il diritto alla formazione specifica;
- il diritto alla protezione dei dati personali;
- le relazioni sindacali;
- il regime dei permessi e delle assenze e/o altri istituti analoghi previsti contrattualmente;
- la compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.



Con l'entrata in vigore dei nuovi CCNL, le linee guida cessano la loro efficacia per tutte le parti non compatibili con gli stessi. Resta fermo *nelle more* il rispetto del sistema di partecipazione sindacale definito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Quanto sopra, fermo restando il rispetto sui luoghi di lavoro di tutte le misure di prevenzione e contenimento del contagio e di sicurezza dei pubblici dipendenti di volta in volta definiti.

Di seguito le singole sezioni, in coerenza alle suddette linee guida del contratto per lo Smart Working, che potrebbero costituire il definitivo POLA:

4.1 SEZIONE 1 – ACCESSO AL LAVORO AGILE

Per poter avviare l'istituto devono essere necessariamente seguite le seguenti fasi:

a) Analisi di fattibilità e formulazione effettuata da ciascun dirigente con riferimento alle aree/servizi di cui è responsabile, del progetto di smart working, contenente l'identificazione delle attività da svolgere e degli obiettivi da raggiungere tramite la modalità di lavoro in regime di smart working. In particolare, ciascun Dirigente per i servizi di cui è responsabile, dovrà verificare che le attività, tenuto conto della natura e delle modalità di svolgimento, non richiedano una presenza continuativa del dipendente presso l'abituale sede di lavoro o che non prevedano un contatto costante con l'utenza o con i colleghi. Dovrà inoltre verificare che l'attività in modalità agile sia compatibile con le esigenze di servizio.

b) Presentazione delle candidature da parte dei dipendenti addetti agli uffici interessati al progetto di lavoro agile. In caso di candidature superiori alle effettive disponibilità, ovvero al limite massimo fissato dalla normativa vigente e/o dall'Amministrazione, si applicheranno i criteri preferenziali stabiliti di seguito

c) Acquisizione del parere favorevole del proprio Dirigente responsabile.

d) Individuazione degli obiettivi da perseguire dal lavoratore durante l'effettuazione del lavoro in smart working con apposito piano di lavoro enunciato nell'Accordo Individuale.

4.2 SEZIONE 2 – ACCORDO INDIVIDUALE DI SMARTWORKING

Presupposto necessario è la sottoscrizione di un **accordo individuale specifico per lo Smart Working**.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi:

10

- durata dell'accordo, lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con eventuale specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza qualora fosse "misto";
- modalità di recesso, con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'articolo 19 della Legge 22 maggio 2017, n. 81;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti contrattualmente per i lavoratori in presenza nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore da remoto nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 4 della Legge 20 maggio 1970, n. 300 e successive.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può **recedere dall'accordo** senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

4.3 SEZIONE 3 – CRITERI PREFERENZIALI

Qualora il numero di richieste di accesso allo smart working sia superiore alla percentuale massima di personale fissata dalla normativa vigente o al limite disposto dall'Amministrazione, si applicheranno i seguenti criteri per l'attribuzione del lavoro agile.

È riconosciuta priorità alle richieste:

- delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nel rispetto dell'art. 18 della l. 81/2017 - ai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nel rispetto dell'art. 18 della l. 81/2017;
- ai "lavoratori fragili": lavoratori dipendenti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge

5 febbraio 1992, n. 104, nonché i lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita*

**(la certificazione medica attestante la sussistenza della patologia in oggetto, dovrà essere inviata al solo medico competente dell'Ente ai sensi del Dlgs. 81/2008 e sarà sottoposta alla sua valutazione. Il medico Competente comunicherà all'ufficio competente dell'Amministrazione solo l'informazione del nominativo che ha effettuato la richiesta e se ricorrono o meno le condizioni per rientrare in tale categoria.)*

Per le altre richieste di accesso allo smart working, nel rispetto di quanto previsto dalla Direttiva n.3/2017, si riconoscono i seguenti criteri preferenziali correlati a condizioni di svantaggio personale, sociale o familiare, con i correlati punteggi:

1. Situazione di disabilità psico-fisica, anche transitoria, ovvero particolari condizioni di salute del dipendente che rendano disagevole il raggiungimento della sede di lavoro, documentate attraverso la produzione di certificazione medica;
2. Esigenze di cura di figli: tenuto conto della fascia di età dei propri figli e dell'eventuale situazione di invalidità;
3. Maggiore distanza dal domicilio del dipendente alla sede;
4. Esigenze di assistenza nei confronti di uno o più dei seguenti familiari: parenti o affini entro il 2° grado con handicap accertato ai sensi della L. 104/92 o familiari affetti da patologie che ne compromettono l'autonomia, documentate attraverso la produzione di certificazione medica o coniuge, partner di un'unione civile, convivente stabile more uxorio, genitori anche se non conviventi, figli anche se non conviventi e anche maggiori di età.

Tali criteri sono tra loro cumulabili e costituiscono titolo di preferenza per l'assegnazione, la precedenza è riconosciuta al dipendente più anziano d'età.

4.4 SEZIONE 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO

Il lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore, in attuazione dei contratti collettivi

10

nazionali o aziendali, a quello riconosciuto ai lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno della Fondazione IRCCS.

4.5 SEZIONE 5 – CONDIZIONI TECNOLOGICHE, PRIVACY E SICUREZZA

- **Utilizzo di dispositivi indispensabili per il lavoro agile:** l'Ente deve fornire al lavoratore un'adeguata dotazione tecnologica, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali. L'Amministrazione deve assicurare il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio. In alternativa, previo accordo, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza. Se il dipendente è in possesso di un cellulare di servizio, deve essere prevista o consentita la possibilità d'inoltare le chiamate dall'interno telefonico del proprio ufficio.

Eventuali convenzioni con operatori telefonici e provider di servizi internet e trasmissione dati, al fine di consentire al personale di ottenere delle percentuali di sconto sul costo complessivo dei servizi richiesti.

L'accesso alle risorse digitali e alle applicazioni dell'Amministrazione raggiungibili tramite la rete internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (tra i quali, ad esempio, CIE e SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato. Dovranno essere usati i sistemi di accesso alla rete predisposti sulla postazione di lavoro in dotazione in grado di assicurare la protezione da qualsiasi minaccia proveniente dalla rete (zero trust network).

Per consentire l'accesso sicuro a risorse interne sulla intranet dell'Amministrazione, non esposte pubblicamente e non raggiungibili da internet, sarà fondamentale estendere l'utilizzo di tecnologie digitali da integrare con sistemi di sicurezza e protezione di alto livello.

Per garantire massimi livelli di sicurezza dovranno essere previsti dei sistemi di tracciabilità, analisi e monitoraggio degli accessi e del traffico dati, in modo da analizzare ogni anomalia ed intercettare ogni tentativo di attacco.

Si può ricorrere all'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) oppure ad accessi in desktop remoto ai server. Inoltre, l'Amministrazione, dovrà prevedere dei sistemi gestionali e di protocollo digitale raggiungibili da remoto (DOCS PA) per con-

sentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti e istanza, per la ricerca della documentazione, etc.

- **Sviluppo di sistemi informativi digitali e digitalizzazione delle attività lavorative:** la digitalizzazione dei processi e delle attività lavorative è un aspetto fondamentale per lo sviluppo del lavoro agile. È pertanto indispensabile identificare tutti i processi non ancora digitalizzati, in modo da pianificarne la progressiva digitalizzazione attraverso un percorso di trasformazione digitale, in grado di potenziare le applicazioni di tecnologie digitali anche con interventi di tipo organizzativo.

A tale scopo, è necessario preliminarmente predisporre un piano di digitalizzazione a seguito della ricognizione delle attività presso i diversi servizi, al fine di definire la pianificazione degli interventi da attuare.

- **Scrivania digitale:** possibili soluzioni in cloud delle postazioni di lavoro al fine di dotare il personale di un ambiente che metta a disposizione tutte le funzionalità necessarie per le attività lavorative, che sia raggiungibile ed utilizzabile sia dall'interno delle sedi che in modalità lavoro agile, senza ridurre né l'efficienza della prestazione lavorativa, né gli standard di sicurezza. In tale ambito è indispensabile l'introduzione e l'utilizzo di strumenti per incrementare la collaborazione e migliorare la comunicazione tra colleghi e favorire la condivisione di informazioni. Saranno pertanto adottati strumenti per offrire soluzioni rapide, facili e sicure per svolgere tutte quelle attività necessarie per assolvere i compiti lavorativi in modalità lavoro agile come chiamate, video chiamate, messaggistica, condivisione file, condivisione desktop per presentazioni, organizzazione di riunioni ecc. L'Amministrazione valuta l'utilizzo di sistemi per fornire al personale un modo semplice e pratico per la creazione di flussi di lavoro con l'obiettivo di digitalizzare ed automatizzare, ove possibile, il maggior numero di processi e attività interne ed incrementare allo stesso tempo la produttività lavorativa.

- **Reclutamento personale con competenze tecnologiche:** per assicurare il corretto funzionamento dei servizi servono anche le competenze tecnologiche del personale. Al riguardo riveste importanza strategica il reclutamento di personale con

professionalità tecnologiche adeguate: l'inserimento di tali figure, oltre ad assolvere a compiti specifici del proprio profilo professionale, consente di agevolare la disseminazione delle competenze tecnologiche tra il personale dell'Amministrazione che ne è sprovvisto, agevolare un corretto indirizzamento dei requisiti richiesti ai sistemi informativi che sottendono i servizi e assicurare una efficace applicazione degli istituti e servizi interessati.

- **Competenze in ambito digitale:** la competenza tecnologica nell'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dall'Amministrazione sono fattori abilitanti anche per rendere efficiente l'attività lavorativa da remoto. Tutto il personale interessato dovrà possedere delle conoscenze per l'utilizzo dei sistemi e delle tecnologie adoperate per il lavoro agile, in sicurezza, al fine di ridurre e minimizzare i rischi legati ad eventuali vulnerabilità informatiche. L'Amministrazione si impegna per garantire a tutto il personale una formazione continua relativa alle principali tematiche legate al lavoro agile, cercando di fornire dei corsi base per tutto il personale e, ove necessario, formazione specifica per determinate figure professionali. Per maggiori dettagli sui piani formativi e sulle modalità di erogazione dei percorsi formativi si rimanda al paragrafo successivo.
- **Supporto tecnico per personale in lavoro agile:** il supporto per problemi di accesso, configurazioni o problematiche generali è fondamentale per garantire una continuità lavorativa in caso di malfunzionamenti o problemi di accesso ai sistemi digitali. Il personale deve essere aiutato nella configurazione dei dispositivi, nell'accesso ai sistemi digitali e nella risoluzione di problematiche che potrebbero interrompere la prestazione lavorativa. L'Amministrazione mette a disposizione del personale, in apposita sezione della INTRANET, una lista dei manuali operativi per guidare il personale all'utilizzo dei dispositivi e dei sistemi digitali utilizzati per il lavoro agile e una lista di FAQ che il personale può consultare in maniera autonoma per la configurazione dei dispositivi e risoluzione dei problemi più comuni. Per offrire un supporto dedicato e per risolvere tutte quelle problematiche che richiedono una maggiore assistenza ed un supporto tecnico viene messo a disposizione un Help Desk raggiungibile telefonicamente o attraverso email.



Ogni segnalazione determina l'apertura di un ticket interno, che verrà lavorato ed erogato nei limiti stabiliti dall'accordo sul livello del servizio.

4.6 SEZIONE 6 – DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE

Il lavoro agile è svolto senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CCNL (cosiddetto "diritto alla disconnessione").

È necessario vengano individuati delle fasce orarie nelle quali il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa - fascia d'inoperabilità /disconnessione, nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo in coerenza alle vigenti previsioni contrattuali.

Il lavoratore può richiedere, fermo restando i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti da norme di legge o contratti collettivi (a titolo esemplificativo e non esaustivo i i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi ex lege 104/1992 ecc.)

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare del lavoro straordinario, né servizio fuori sede, trasferte, comandi/assegnazioni temporanee né percepire indennità specifiche per lavoro disagiato o svolgimento in condizioni di rischio.

Qualora per il lavoratore si riscontrassero nelle giornate interessate delle problematiche di natura tecnica o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici (sia propri che della Fondazione IRCCS), qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, questi è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente responsabile. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine dell'orario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato dal proprio responsabile in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima, salvo casi di oggettiva sopravvenuta necessità. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

4.7 SEZIONE 7 – SICUREZZA E TUTELA SUL LAVORO

Il datore di lavoro, al fine di garantire la salute e sicurezza del lavoratore agile, consegna a quest'ultimo, **un'informativa scritta (Allegato 1)** in cui sono individuati i rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro. Il lavoratore dal suo canto prende atto e si impegna al rispetto e all'attuazione delle misure di prevenzione, di cui all'informativa sopra citata e prevista da altre norme di carattere generale, predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali della Fondazione. Per quanto concerne la tutela contro gli infortuni (anche in itinere) e le malattie professionali, viene innanzitutto disposto che l'accordo per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità di lavoro agile e le sue modificazioni rientrano tra gli atti soggetti da comunicare obbligatoriamente all'istituto competente. Il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali esclusivamente se:

- ✓ dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali;
- ✓ occorsi in itinere, ossia durante il percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali (nei limiti e secondo le condizioni previsti dall'art. 2 del D.P.R. 1124/1965), quando il luogo sia stato scelto, secondo criteri di ragionevolezza, per esigenze connesse alla prestazione stessa o alla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

4.8 SEZIONE 8 – FORMAZIONE DEL LAVORATORE AGILE

Saranno previste dalla Fondazione IRCCS specifiche iniziative di natura formativa per il personale che usufruisce di tale modalità di lavoro e, ciò, con l'obiettivo di addestrare il personale ad un utilizzo corretto e responsabile delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile. Pertanto si rende necessario diffondere dei moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la responsabilità decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni anche attraverso un maggior utilizzo di piattaforme documentali e digitali condivise.

I percorsi formativi dovranno, inoltre, riguardare la salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro, anche in relazione alla gestione delle casistiche di infortunio.

4.9 SEZIONE 9 – LAVORO DA REMOTO

Le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica lo scorso dicembre dispongono anche il lavoro da remoto che può essere prestato anche con un vincolo temporale e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza. Il lavoro da remoto può essere svolto nelle forme seguenti:

- telelavoro domiciliare, ove la prestazione dell'attività lavorativa è resa dal domicilio del lavoratore;
- altre forme di lavoro a distanza, come il coworking e/o il lavoro decentrato.

Nel lavoro da remoto con vincolo di tempo, il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio. Tale modalità deve avvenire sempre con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio.

5 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

I principali attori coinvolti nell'implementazione e gestione del lavoro agile sono:

- la Struttura delle Risorse Umane
- i Sistemi Informativi e Informatici;
- il Sistema Protocollo;
- i rappresentanti sindacali (RSU e Organizzazioni Sindacali);
- il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG);
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- i Dirigenti responsabili dei lavoratori.

7p

Di volta in volta potranno intervenire altri profili con competenze necessarie in considerazione dell'evoluzione del lavoro agile, con la finalità di elaborare soluzioni specifiche per le criticità individuate e/o proposte di correttivi e integrazioni al piano.

Il presente Piano Organizzativo per il Lavoro Agile prevede uno sviluppo graduale di tale modalità di svolgimento della prestazione sul triennio a partire dalla vigenza del medesimo, triennio nel quale la Fondazione IRCCS darà corso a diversi momenti finalizzati ad un monitoraggio dell'istituto, attraverso l'uso di specifici *"indicatori"*.

Secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida ministeriali, gli indicatori scelti per misurare l'implementazione del lavoro agile, in un arco temporale medio, sono:

- Condizioni abilitanti del lavoro agile;
- Modalità attuative del lavoro agile;
- Implementazione del lavoro agile.

Successivamente, fase di applicazione avanzata, sarà possibile monitorare secondo altre dimensioni, come:

- La performance organizzativa;
- Gli impatti esterni e interni del lavoro agile.

Infine, al di fuori degli aspetti già considerati nel presente Piano per garantire un effettivo sviluppo del lavoro agile a livello aziendale, è necessario considerare ulteriori elementi che saranno trattati, secondo le modalità previste dalla legge, nell'ambito di regolamenti e documenti organizzativi interni, trattasi di tematiche di fondamentale importanza per la tutela del lavoratore agile e, di conseguenza, per la piena implementazione del nuovo modello organizzativo e che a titolo esemplificativo vengono riportati:

- riconoscimento orario di lavoro e tutela giuridica del lavoratore
- (diritto alla disconnessione, pause, controllo presenza ecc)
- rendicontazione e misurazione della prestazione in modalità agile e impatti sulla performance individuale
- contenuto accordo individuale
- dotazione strumenti di lavoro
- sicurezza sul lavoro
- sicurezza dei dati.

A conclusione si precisa che la Fondazione IRCCS concepisce ad oggi il lavoro agile non come un obiettivo in capo al datore di lavoro, ma rappresenta una politica di riorganizzazione e sviluppo aziendale che interviene sulle risorse a diversi livelli (processi, persone e infrastrutture) al fine di garantire un miglioramento generale sia in relazione alla conciliazione dei tempi di lavoro-vita privata del lavoratore sia in termini di efficacia ed efficienza dei servizi alla collettività, che va inteso quale obiettivo ultimo e prioritario cui deve orientarsi ogni pubblica amministrazione, anche in un'ottica di maggiore efficacia e innovazione metodologica, nell'ambito della digitalizzazione e dello sviluppo di competenze.

PARTE 2

PIANO FORMATIVO

In relazione al Piano in oggetto, nelle more di adozione dei successivi Piani, si rinvia al provvedimento di approvazione n. 3640 del 27.12.2021 - anno 2022, già trasmesso ai competenti uffici regionali, per il quale si riportano le relative tabelle.



[illegible]

PARTE 3

PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2021-2023

In relazione al Piano in oggetto, nelle more di adozione dei successivi Piani, si riportano di seguito le tabelle del Piano approvato dai competenti uffici regionali per il triennio 2021-2023, adottato in via definitiva dalla Fondazione IRCCS con provvedimento del Direttore Generale n. 975 del 08/04/2022:

10

PTFP 2021									
FTE		ORDINARIO				COVID			
1 - Dipendente	2 - Convegnista universitario	3 - Convegnista AON	4 - Convegnista con lavoro autonomo	5 - Incasisti di lavoro autonomo	6 - Costo an	7 - Dipendente	8 - Convegnista universitario	9 - Convegnista AON	10 - Convegnista con lavoro autonomo
FTE									
1	DIRIGENZA MEDICA	5	707,0	65,7	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA VETERINARIA	5	-	-	-	-	-	-	-
3	DIRIGENZA SANITARIA	5	87,9	1,6	-	-	-	-	-
4	DIRIGENZA AREA PROFESSIONI SANITARE	5	3,3	-	-	-	-	-	-
5	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	5,0	-	-	-	-	-	-
6	DIRIGENZA TECNICA	5	2,0	-	-	-	-	-	-
7	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	5	11,0	-	-	-	-	-	-
8	TOTALE DIRIGENZA	5	115,2	67,3	-	-	-	-	-
9	PERSONALE INFERMIERISTICO	5	1,15,2	-	-	-	-	-	-
10	PERSONALE TECNICO SANITARIO	5	220,1	-	-	-	-	-	-
11	PERSONALE VIGILIPERIZIONE	5	1,6	-	-	-	-	-	-
12	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	5	62,7	-	-	-	-	-	-
13	ASSISTENTI ECOLOGICI	5	13,4	-	-	-	-	-	-
14	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTS	5	128,7	-	-	-	-	-	-
15	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTS - GCS	5	21,7	-	-	-	-	-	-
16	AUSILIARI	5	13,5	-	-	-	-	-	-
17	ASSISTENTE RELIGIOSO	5	2,0	-	-	-	-	-	-
18	PERSONALE AMMINISTRATIVO	5	317,1	-	-	-	-	-	-
19	PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMAZIONE	5	-	-	-	-	-	-	-
20	RICERCATORE COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	5	-	-	-	-	-	-	-
21	TOTALE COMPARTO	5	2.817,9	67,3	-	-	-	-	-
22	TOTALE COMPLESSIVO	5	3.153,7	67,3	-	-	-	-	-
COSTI									
1	DIRIGENZA AREA SANIT.	5	81.565,376	3.719,238	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PTA	5	1.545,121	-	-	-	-	-	-
3	TOTALE DIRIGENZA	5	86.739,597	3.719,238	-	-	-	-	-
4	COMPARTO SANITA	5	111.594,352	-	-	-	-	-	-
5	COMPARTO SANITA - RUOLO RICERCA	5	-	-	-	-	-	-	-
6	TOTALE COMPARTO	5	111.594,352	-	-	-	-	-	-
7	TOTALE COMPLESSIVO	5	197.353,709	3.719,238	-	-	-	-	-

DOTAZIONE ORGANICA 2021									
FTE		ORDINARIO				COVID			
1 - Dipendente	2 - Convegnista universitario	3 - Convegnista AON	4 - Convegnista con lavoro autonomo	5 - Incasisti di lavoro autonomo	6 - Costo an	7 - Dipendente	8 - Convegnista universitario	9 - Convegnista AON	10 - Convegnista con lavoro autonomo
FTE									
1	DIRIGENZA MEDICA	5	841	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA VETERINARIA	5	-	-	-	-	-	-	-
3	DIRIGENZA SANITARIA	5	99	-	-	-	-	-	-
4	DIRIGENZA AREA PROFESSIONI SANITARE	5	4	-	-	-	-	-	-
5	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5	6	-	-	-	-	-	-
6	DIRIGENZA TECNICA	5	2	-	-	-	-	-	-
7	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	5	14	-	-	-	-	-	-
8	TOTALE DIRIGENZA	5	149	-	-	-	-	-	-
9	PERSONALE INFERMIERISTICO	5	1.417	-	-	-	-	-	-
10	PERSONALE TECNICO SANITARIO	5	258	-	-	-	-	-	-
11	PERSONALE VIGILIPERIZIONE	5	4	-	-	-	-	-	-
12	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	5	72	-	-	-	-	-	-
13	ASSISTENTI ECOLOGICI	5	16	-	-	-	-	-	-
14	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTS	5	148	-	-	-	-	-	-
15	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTS - GCS	5	25	-	-	-	-	-	-
16	AUSILIARI	5	83	-	-	-	-	-	-
17	ASSISTENTE RELIGIOSO	5	2	-	-	-	-	-	-
18	PERSONALE AMMINISTRATIVO	5	363	-	-	-	-	-	-
19	PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMAZIONE	5	-	-	-	-	-	-	-
20	RICERCATORE COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	5	147	-	-	-	-	-	-
21	TOTALE COMPARTO	5	2.872	11	-	-	-	-	-
22	TOTALE COMPLESSIVO	5	3.937	11	-	-	-	-	-

3

PTFP 2022										ORDINARIO					COVID				NCRICA	
UO										1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione e lavoro	5 - Co.co.co.	6 - incarichi di lavoro autonomo	7 - incarichi di lavoro autonomo	8 - Co.co.co.	9 - Dipendente	10 - Dipendente	11 - Dipendente
FTE																				
1										748,0	119,0	-	-	-	153,0	-	-	14,0	126,0	3,0
DIRIGENZA MEDICA																				
DIRIGENZA VETERINARIA																				
DIRIGENZA SANITARIA										102,0	3,0	-	-	-	121,0	-	-	1,0	4,0	1,0
DIRIGENZA AMM. PROFESSIONI SANITARE										4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2										6,0	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE										2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA										4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA										6,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3										122,0	-	-	-	-	276,0	-	-	16,0	126,0	6,0
PERSONALE INFERMIERISTICO										1.035,0	-	-	-	-	33,0	-	-	37,0	77,0	41,0
PERSONALE TECNICO SANITARIO										241,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE VIGILIPREZIONE										4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE										74,0	-	-	-	-	19,0	-	-	-	-	-
ASISTENTI SOCIALI										15,0	-	-	-	-	9,0	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO										177,0	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS										3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUXILIARI										183,0	-	-	-	-	97,0	-	-	19,0	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO										2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO										350,0	-	-	-	-	140,0	-	-	-	2,0	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE										-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA										-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4										2.824,0	-	-	-	-	293,0	-	-	48,0	80,0	147,0
TOTALE COMPARTO										3.893,0	122,0	-	-	-	322,0	-	-	54,0	450,0	167,0
TOTALE COMPLESSIVO																				
COSTI																				
1										46.204.170	3.719.238	-	-	-	6.300.079	-	-	1.133.955	-	112.839
DIRIGENZA AREA SANITA'										1.462.257	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2										46.051.969	3.719.238	-	-	-	6.300.079	-	-	1.133.955	-	112.839
TOTALE DIRIGENZA										113.719.122	-	-	-	-	4.101.703	-	-	1.975.000	-	781.182
3										-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA										-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4										113.719.122	-	-	-	-	4.101.703	-	-	1.975.000	-	4.639.845
TOTALE COMPARTO										207.779.481	3.719.238	-	-	-	7.596.629	-	-	2.708.955	-	5.591.027
TOTALE COMPLESSIVO																				

DOTAZIONE ORGANICA 2022										DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI									
UO										TOTALE	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)	di cui INTEGRAZIONE FAMIGLIA (DL 34 art.1)
TESTE																			
1										872	-	-	-	-	20	-	-	-	3
DIRIGENZA MEDICA																			
DIRIGENZA VETERINARIA																			
DIRIGENZA SANITARIA										104	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DIRIGENZA AMM. PROFESSIONI SANITARE										3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2										6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA PROFESSIONALE										13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIRIGENZA TECNICA										1.000	-	-	-	-	20	-	-	-	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA										1.637	-	-	-	-	40	-	-	-	-
3										236	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE INFERMIERISTICO										4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE TECNICO SANITARIO										74	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE VIGILIPREZIONE										19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE										141	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTI SOCIALI										378	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO										70	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS										2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUXILIARI										378	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO										2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO										378	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE										147	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA										2.873	-	-	-	-	40	-	-	-	147
4										3.973	11	-	-	-	60	-	-	-	180
TOTALE COMPARTO																			
TOTALE COMPLESSIVO																			

PTFP 2023										ORDINARIO				COVID				RICERCA				
Opini		1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione e lavoro	5 - Incapaci di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione e lavoro	5 - Incapaci di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione e lavoro	5 - Incapaci di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	
PTE																						
1		DIRIGENZA MEDICA	S	799,0	119,0	-	-	-	-	-	-	-	-	14,0	-	-	-	-	-	396,0	126,0	3,0
		DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		DIRIGENZA SANITARIA	S	102,0	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	4,0	1,0	
		DIRIGENZA AMM. PROFESSIONI SANITARIE	S	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		DIRIGENZA PROFESSIONALE	S	6,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		DIRIGENZA TECNICA	S	6,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2		DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	T	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	12,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		TOTALE DIRIGENZA		886,0	122,0	-	-	-	-	-	-	-	-	266,0	-	-	-	-	-	370,0	128,0	8,0
		PERSONALE INFERMISTICO	S	1.535,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,0	-	-	-	-	-	37,0	41,0	-
		PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	74,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0	-	-	-	-	-	1,0	-	-
		PERSONALE VIGIL. SVEGLIAZIONE	S	24,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	74,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	S	13,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	-	-	-	-	-	-	-	
3		ASSISTENTI SOCIALI	T	15,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		PERSONALE TECNICO SANITARIO NON SANITARIO	T	167,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0	-	-	-	-	-	-	-	
		PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	373,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0	-	-	-	-	-	-	-	
		AUXILIARI	T	83,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		ASSISTENTE RELIGIOSO	T	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		PERSONALE TECNICO SANITARIO - RUOLO RICERCA	P	350,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140,0	-	-	-	-	-	2,0	13,0	
		PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4		RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		TOTALE COMPARTO		2.694,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	253,0	-	-	-	-	-	80,0	41,0	147,0
		TOTALE COMPLESSIVO		3.709,0	122,0	-	-	-	-	-	-	-	-	313,0	-	-	-	-	-	167,0	167,0	166,0
COSTI																						
1		DIRIGENZA AREA SANITA'		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2		DIRIGENZA AREA SANITA'		86.204.112	3.710.338	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112.638	
		TOTALE DIRIGENZA		1.842.257	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3		COMPARTO SANITA'		88.001.389	3.710.238	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110.839	
4		COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		113.715.122	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.101.703	-	-	-	-	-	-	761.192	
		TOTALE COMPARTO		113.715.122	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.398.549	-	-	-	-	-	-	4.839.455	
		TOTALE COMPLESSIVO		201.770.491	3.710.238	-	-	-	-	-	-	-	-	4.191.703	-	-	-	-	-	-	5.397.637	
		TOTALE COMPLESSIVO		201.770.491	3.710.238	-	-	-	-	-	-	-	-	1.398.549	-	-	-	-	-	-	5.397.637	
		TOTALE COMPLESSIVO		201.770.491	3.710.238	-	-	-	-	-	-	-	-	1.398.549	-	-	-	-	-	-	5.397.637	

DOTAZIONE ORGANICA 2023										DIPENDENTI E CONVEZIONATI UNIVERSITARI					DIPENDENTI E CONVEZIONATI UNIVERSITARI					DIPENDENTI E CONVEZIONATI UNIVERSITARI					
TESTE										TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	TOTALE	di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	di cui ADI (RL 34 art.1)	
1	DIRIGENZA MEDICA	S	872	-	-	-	-	-	-	872	-	-	-	-	872	-	-	-	-	-	872	-	-	-	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	104	-	-	-	-	-	-	104	-	-	-	-	104	-	-	-	-	-	104	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	3	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMM. PROFESSIONI SANITARIE	S	6	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-
2	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	13	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-
	TOTALE DIRIGENZA		1.000	-	-	-	-	-	-	1.000	-	-	-	-	1.000	-	-	-	-	-	1.000	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	1.857	-	-	-	-	-	-	1.857	-	-	-	-	1.857	-	-	-	-	-	1.857	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTA - OES	S	11	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTA - OES	S	4	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	4	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
	PERSONALE SOCIALI	S	74	-	-	-	-	-	-	74	-	-	-	-	74	-	-	-	-	-	74	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	15	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-
3	PERSONALE TECNICO SANITARIO	T	148	-	-	-	-	-	-	148	-	-	-	-	148	-	-	-	-	-	148	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO - OTA - OES	T	7	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	70	-	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-	70	-	-	-	-	-	70	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	376	-	-	-	-	-	-	376	-	-	-	-	376	-	-	-	-	-	376	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO - OTA - OES	A	13	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-
4	PERSONALE CONVEZIONATO - INFORMAZIONE	P	147	-	-	-	-	-	-	147	-	-	-	-	147	-	-	-	-	-	147	-	-	-	-
	PERSONALE CONVEZIONATO - INFORMAZIONE	P	147	-	-	-	-	-	-	147	-	-	-	-	147	-	-	-	-	-	147	-	-	-	-
	PERSONALE CONVEZIONATO DI ASSEGNAZIONE SANITARIA	R	11	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-	-	3.278	-	-	-	-
	TOTALE COMPLETO		3.278	-	-	-	-	-	-																

PARTE 4

PIANO AZIONI POSITIVE

PREMESSE

La Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico riconosce che le pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, nel trattamento, nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro sono il principio fondante dell'attività di tutte le sue strutture organizzative. Il criterio fondamentale delle pari opportunità è il principio base per mantenere un ambiente di lavoro in cui vi sia rispetto della libertà e della dignità personale, in cui si tuteli e monitori costantemente la qualità del lavoro.

La dignità sociale, la libertà e l'uguaglianza sono diritti fondamentali di tutti gli individui, sanciti dalla nostra Costituzione che, all'art. 3) recita: *"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*.

Il presente Piano di Azioni Positive (P.T.A.P.), avente durata triennale, si pone, in linea con i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come strumento attuatore delle politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

A tal fine la Fondazione s'impegna a:

- rimuovere ogni ostacolo che limiti o impedisca l'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui tutti si rispettino reciprocamente;
- garantire, a tutti coloro che a qualunque titolo operano all'interno della Fondazione, il diritto alla tutela contro qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del genere, della razza, dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, delle disabilità, dell'età e dell'orientamento sessuale.

Ai fini sopra indicati viene sviluppata la programmazione del presente Piano Triennale.

1 RIFERIMENTI NORMATIVI

La **Legge 10 aprile 1991, n. 125** ad oggetto *“Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro”*, con l’obiettivo di favorire l’occupazione femminile, di realizzare l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro e di rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione di pari opportunità, prevedendo, tra l’altro, l’adozione di misure denominate *“azioni positive”*.

Il **D.lgs. 11 aprile 2006, n. 198** ad oggetto *“Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell’art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”*, che riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all’art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione predisponga un Piano di azioni positive volto ad *“assicurare ... la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”*.

La **Direttiva 23 maggio 2007** ad oggetto *“Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche”* emanata dal Ministero per le Riforme e Innovazioni nella P.A. con il Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE, indica come sia importante lo stimolo che le Amministrazioni Pubbliche possono fornire nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell’attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nella gestione del personale. Tale Direttiva è stata sostituita dalla direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Sottosegretario delegato alle Pari Opportunità n. 2 del 2019, di cui si dirà oltre.

Il **D.lgs. 81/2008** ad oggetto *“Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”* all’articolo 28, comma 1, sottolinea, tra l’altro, come la valutazione dei rischi deve riguardare anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all’età e alla provenienza da altri Paesi.

Il **D.lgs. 150/2009** ad oggetto *“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", ha riconosciuto la rilevanza del principio delle pari opportunità, quale ambito di misurazione, nel ciclo di gestione della performance, ed in particolare nel sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (art 8, c.1 lettera h).

La **Legge 183/2010** apporta importanti novità in tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto ad ogni forma di discriminazione. La suddetta legge, all'art. 21, comma 1, lettera b, che modifica l'art. 7 del D. Lgs. 165/2001, recita: *"Le Pubbliche Amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le Pubbliche Amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno"*.

Inoltre, l'art. 21 della legge predetta opera ulteriori integrazioni all'art. 57 del sopracitato D.Lgs. n. 165/2001, prevedendo l'istituzione di un Comitato Unico di Garanzia (CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing operanti in ogni amministrazione. Con Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 sono state emanate le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG.

Il **D.lgs. 15.6.2015, n. 80** ad oggetto *"Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro"* in attuazione del c.d. *"Jobs Act"* con il quale sono state introdotte modifiche a sostegno della maternità e paternità per le lavoratrici e lavoratori del settore pubblico.

La **Direttiva n. 2 del 2019** ad oggetto *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"* adottata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, che definisce nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e ribadisce che le stesse sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

47

La Direttiva predetta conferma anche che l'uguaglianza di genere è un valore fondamentale dell'U.E. e rappresenta un elemento strategico imprescindibile per il conseguimento degli obiettivi generali dell'Unione, come quello del raggiungimento di un tasso di occupazione complessivo del 75% per uomini e donne, di età compresa fra i 20 e i 64 anni, fissato nel quadro della *"Strategia per la crescita Europa 2020"*. L'incremento del livello di occupazione delle donne rappresenta un indicatore rilevante dello sviluppo socio-economico di un paese.

Infine, richiama quanto previsto all'art. 48 del D.lgs. 198/2006, relativamente alla predisposizione del Piano triennale delle Azioni Positive, e prevede il suo aggiornamento entro il 31 gennaio di ogni anno, anche in ragione del fatto che costituisce un allegato del Piano delle Performance.

2 INIZIATIVE PER IL TRIENNIO 2022-2024

Le azioni positive proposte sono misure specifiche, che saranno messe in atto nel particolare ambiente lavorativo della Fondazione, al fine di contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta e sono "temporanee", finché si rilevi una disparità di trattamento tra operatori.

Il Piano di Azioni Positive (P.A.P.), riferito al triennio 2022-2024, è stato redatto individuando 2 aree di intervento, come di seguito indicato:

- **AREA 1** – Formazione, divulgazione e implementazione delle attività del C.U.G.;
- **AREA 2** – Benessere lavorativo, organizzativo, stress da lavoro correlato, conciliazione tempi di vita / tempi di lavoro.

Per ogni ambito sono stati definiti gli obiettivi e le Singole Azioni Positive specificando per ciascuna la descrizione dell'intervento.

2.1 AREA 1 – FORMAZIONE, DIVULGAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G.

OBIETTIVO	Promozione della parità e delle pari opportunità, ai sensi del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, recante <i>"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"</i> , valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione
------------------	--

2.1.1 AZIONE 1 – COSTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è presente in Fondazione sin dal 2011.

L'aggiornamento dello stesso con la nomina dei nuovi componenti avverrà entro il primo semestre 2022.

2.1.2 AZIONE 2 – PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G. E ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI/INFORMATIVI PER TUTTI I DIPENDENTI

Al fine di promuovere il ruolo e le attività del C.U.G. è prevista l'organizzazione di eventi formativi/informativi con l'obiettivo di:

- sensibilizzare tutti i dipendenti sulle tematiche di pertinenza del C.U.G.;
- favorire l'adozione di buone pratiche che possano contribuire al benessere lavorativo;
- informare sulle competenze del C.U.G. aziendale e sul ruolo del/della Consigliere/a di Fiducia e pubblicizzarne le modalità di contatto attraverso:
 - la creazione di un link dedicato sull'intranet aziendale, con le informazioni sull'attività del C.U.G. e su materie di pari opportunità, benessere lavorativo e discriminazioni;
 - l'apertura di una casella di posta elettronica istituzionale, alla quale tutti/e i/le dipendenti potranno segnalare eventuali discriminazioni, situazioni di mobbing o far pervenire osservazioni, opinioni e suggerimenti.

2.1.3 AZIONE 3 – NOMINA DEL/DELLA CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA

- Adozione del provvedimento di nomina in esecuzione a quanto previsto dal Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali e del mobbing, approvato con deliberazione consiliare n 103 del 25.10.2013 e successiva deliberazione consiliare n. 96 del 25.5.2017;
- Istituzione dello Sportello di ascolto e relative modalità operative;

- diffusione e informazione a tutti i dipendenti sulle competenze e sul ruolo del/della Consigliere/a di Fiducia attraverso la pubblicazione sulla intranet aziendale.

2.1.4 AZIONE 4 – MIGLIORARE L'EFFICACIA DEL C.U.G. TRAMITE IL CONFRONTO E LO SCAMBIO DI ESPERIENZE CON ALTRI C.U.G., ALTRE AZIENDE E ALTRI SOGGETTI PRESENTI SUL TERRITORIO

Al fine di favorire lo scambio di buone prassi tra C.U.G. del territorio provinciale e regionale, verrà promossa la partecipazione alle attività di coordinamento dei C.U.G. della Sanità della Regione Lombardia per contribuire attivamente allo sviluppo di un coerente sistema regionale per la promozione della cultura di genere e della medicina di genere, della valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni all'interno dei luoghi di lavoro e sul territorio.

2.1.5 AZIONE 5 – AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI CONDOTTA PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE E DEL MOBBING

Al fine di promuovere una maggiore consapevolezza della diffusione e della gravità del fenomeno delle discriminazioni e delle misure di prevenzione e contrasto, la Fondazione, su proposta del C.U.G., ha già adottato, con deliberazione consiliare n. 103 del 25/10/2013, così come modificata con deliberazione consiliare n. 96 del 25/5/2017 un proprio codice di condotta per la prevenzione della violenza sessuale e del mobbing.

Tale Codice verrà aggiornato alla luce degli aggiornamenti normativi nel frattempo intervenuti.

2.2 AREA 2 – BENESSERE LAVORATIVO, ORGANIZZATIVO, STRESS LAVORO CORRELATO, CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA – TEMPI DI LAVORO

OBIETTIVO	Favorire politiche di conciliazione tra tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare.
------------------	--

18

2.2.1 AZIONE N. 6 – MOBILITÀ

In considerazione di quanto disposto dal D.M. 27.03.1998 ss.mm.ii. del Ministero dell'Ambiente in tema di *"mobilità sostenibile nelle aree urbane"*, la Fondazione ha da tempo avviato un programma di collaborazione con l'Azienda Trasporti Milanesi S.p.A., in quanto le politiche di mobilità modulare assumono sempre maggiore rilievo all'interno delle aree metropolitane anche relativamente agli spostamenti casa/lavoro, orientando la Fondazione ad incentivare tra i propri dipendenti l'uso del trasporto collettivo pubblico rispetto a quello automobilistico privato, contribuendo in tal senso a ridurre, tra l'altro, anche il tasso di inquinamento ambientale.

Appare, quindi, fondamentale favorire l'adozione di misure di contenimento dell'uso di automezzi privati per gli spostamenti casa-lavoro, anche in ragione della marcata riduzione di spazi aziendali adibiti a posteggio e, comunque, in linea con le disposizioni contenute nel predetto D.M. 27.03.1998.

Tale collaborazione con ATM, che consente ai dipendenti di usufruire di tariffe agevolate previste per gli abbonamenti annui, a fronte di un addebito mensile in busta paga, considerato l'alto tasso di adesione ad oggi riscontrato da parte dei dipendenti, verrà riproposta anche nel triennio 2022-2024.

2.2.2 AZIONE N. 7 – PARCHEGGI PER I DIPENDENTI

Tale iniziativa rientra tra le attività volte a favorire la promozione e il mantenimento dello stato di salute, da tutelare anche attraverso l'elaborazione di specifiche politiche aziendali per la realizzazione del cd. benessere organizzativo ed, in particolare, ha come finalità quella di agevolare i propri dipendenti e collaboratori (come fatto nel periodo dell'emergenza epidemiologica da Covid-19) a raggiungere il posto di lavoro e a fruire dell'applicazione di tariffe agevolate.

Già in passato la Fondazione ha stipulato accordi di collaborazione con società esterne, che verranno riproposte anche nel triennio 2022-2024.

2.2.3 AZIONE N. 8 – CAMPUS PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

Nell'ambito delle trattative in tema di Welfare integrativo aziendale sono stati sottoscritti, per i Campus riservati ai figli dei dipendenti, specifici accordi con le

Organizzazioni Sindacali del comparto e della dirigenza, destinando delle risorse per finanziare la copertura dei costi dei campus.

La Fondazione, in linea con quanto fatto negli ultimi anni, promuoverà anche per il triennio 2022-2024 la stipula di apposite convenzioni con Associazioni promotrici / organizzatrici dei predetti campus.

2.2.4 AZIONE N. 9 – INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE A TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI

"Ospedale InForma" è il progetto avviato dalla Fondazione per promuovere uno stile di vita salutare per tutti i suoi dipendenti.

Un team di specialisti, attraverso la valutazione delle abitudini personali, propone diverse tipologie di intervento che riguardano:

- l'alimentazione, per promuovere scelte alimentari sane, varie e bilanciate; l'attività fisica, per incentivare e migliorare il movimento attraverso semplici esercizi e camminate di gruppo;
- la modificazione degli stili di vita, per mantenersi in salute.

Rientra nel progetto predetto anche il **"Counseling Nutrizionale"**.

Sul sito web dell'Ente sono pubblicate le modalità per contattare i nutrizionisti attraverso la casella di posta dedicata.

2.2.5 AZIONE N. 10 – CENTRO ANTI FUMO

Presso l'U.O.C. Medicina del Lavoro della Fondazione opera il Centro Antifumo – Centro di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo. Il Centro fa parte dei "Centri Antifumo" accreditati dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione ed è riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura del tabagismo. L'équipe altamente specializzata offre programmi personalizzati per smettere di fumare, avvalendosi di un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse competenze del Policlinico come psicologi, pneumologi e medici del lavoro. Al Centro si possono rivolgere sia i singoli cittadini e, quindi, anche i dipendenti.

Il programma personalizzato di accertamenti in favore dei dipendenti, viene svolto in orario di lavoro e prevede:

1. valutazione e counseling psicologico ambulatoriale;
2. visita medica con misurazione del monossido di carbonio espirato;
3. definizione di un piano terapeutico personalizzato che può' prevedere supporto psicologico-motivazionale (ciclo di 8 colloqui prescritto dai Medici del Centro Antifumo con ticket ambulatoriale) e terapie farmacologiche;
4. elaborazione del piano fumo;
5. istituzione dello sportello di ascolto presso l'ufficio del/della Consigliere/a di fiducia.

2.2.6 AZIONE 11 – SERVIZIO DI ASCOLTO AI DIPENDENTI VITTIME DI AGGRESSIONE VERBALE E/O FISICA

La Fondazione, nell'ambito dei progetti dedicati "*all'Ospedale Gentile*", che hanno portato alla definizione di una **Politica Aziendale**, allo sviluppo e promozione di **percorsi formativi** e **campagne di sensibilizzazione**, mette a disposizione dei propri dipendenti uno sportello di ascolto, che ha come obiettivo garantire il benessere di chi lavora ed è a disposizione dei dipendenti vittime di aggressioni, sia verbali che fisiche, attraverso un team di psicologhe che offre un adeguato supporto psicologico.

Sul sito web dell'Ente sono pubblicati gli orari di funzionamento dello sportello e la casella di posta dedicata per le segnalazioni e la richiesta di appuntamento.

Presso la Fondazione opera, altresì, il Centro di riferimento di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori (Soccorso Violenza Sessuale e Domestica – SVSeD: è un centro antiviolenza pubblico, che si rivolge a tutte le vittime di violenza, di qualunque sesso ed età.

Attivo dal 1996 è stato riconosciuto dalla regione Lombardia, come centro di Assistenza regionale per i problemi della violenza alle donne e ai minori.

Il Centro offre un sostegno psicologico e sociale oltre a offrire informazioni, accoglienza e assistenza sanitaria e medico-legale.



2.2.7 AZIONE 13 – STESURA DEL GENDER EQUALITY PLAN (GEP)

La parità di genere deve essere assicurata sul luogo di lavoro e le differenze di genere devono essere considerate a vari livelli della stesura di un progetto di ricerca. Sempre più istituti di ricerca e cura, organizzazioni e istituzioni private e pubbliche si sono dotate di un programma di tutela della parità di genere, sia per promuovere efficacemente una politica di pari opportunità, sia come requisito per l'accesso a finanziamenti pubblici e privati.

Ad esempio, Horizon Europe dal 2022 prevede per gli enti pubblici che vogliano partecipare ai bandi che tra i requisiti di eleggibilità ci sia anche la dotazione di un Gender Equality Plan (GEP) (European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, Horizon Europe guidance on gender equality plans, 2021, <https://data.europa.eu/doi/10.2777/876509>).

Il GEP è un documento che descrive impegni e azioni che mirano a promuovere l'uguaglianza di genere in un'organizzazione attraverso il cambiamento istituzionale e culturale.

Anche il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 con iniziative per la pari opportunità di genere e generazionale, l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati dal PNRR (art 47, d.l. n. 77/2021).

Per soddisfare il criterio di ammissibilità di Horizon Europe, il GEP deve possedere quattro requisiti obbligatori relativi al processo:

1. **Documento pubblico:** Il GEP deve essere un documento formale pubblicato sul sito web dell'ente, firmato dal top management e attivamente comunicato all'interno dell'istituto. Dovrebbe dimostrare un impegno per l'uguaglianza di genere, individuare obiettivi chiari e azioni e misure dettagliate per raggiungerli.
2. **Risorse dedicate:** un GEP deve disporre di risorse e competenze adeguate sulla parità di genere per attuare il piano. Le organizzazioni dovrebbero considerare quale tipo e volume di risorse sono necessari per sostenere un processo continuo di cambiamento organizzativo sostenibile.
3. **Raccolta e monitoraggio dei dati:** le organizzazioni devono raccogliere dati disaggregati su sesso/genere del personale (e studenti, per gli istituti interessati) con report annuale basato sugli indicatori. Le organizzazioni dovrebbero considerare come selezionare gli indicatori più rilevanti, come raccogliere e analizzare i dati, incluse le risorse per farlo e dovrebbe garantire che i dati siano pubblicati e

monitorati su base annuale. Questi dati dovrebbero essere alla base degli obiettivi degli indicatori per la valutazione continua dei progressi del GEP.

4. **Formazione:** Il GEP deve includere anche azioni di sensibilizzazione e formazione in merito alla parità di genere. Queste attività dovrebbero coinvolgere l'intera organizzazione ed essere un processo basato sull'evidenza, continuativo e a lungo termine. Le attività dovrebbero comprendere la formazione sui pregiudizi inconsci sul genere rivolta al personale e ai decisori e può anche includere attività di comunicazione e formazione sulla parità di genere incentrata su temi specifici o rivolta a gruppi specifici.

2.2.8 AZIONE 16 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI DEI DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI

Previsione di sconti, analoghi a quelli previsti a favore di coorti di pazienti in possesso di polizze sanitarie, per le quali abbiamo convenzione in essere con compagnia di assicurazione, per prestazioni libero professionali eseguite da parte di professionisti medici o di équipe, a favore di dipendenti della Fondazione.

Per l'attuazione di questa iniziativa sarà necessario acquisire il consenso dei professionisti che svolgono attività libero professionale.

2.2.9 AZIONE 17 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE TARIFFE PER LA DEGENZA NEL REPARTO SOLVENTI SANTA CATERINA DELLA CLINICA MANGIAGALLI

Previsione sconti a favore dei dipendenti, per l'accesso nel reparto solventi Santa Caterina della Clinica Mangiagalli.

2.2.10 AZIONE 18 – REALIZZAZIONE DI CORSI DI MINDFULNESS PER I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE

La complessità del sistema lavorativo, sempre più articolato, ha un notevole impatto sul benessere e gli stili di vita, e genera spesso reazioni di stress, che portano a uno stato di malessere diffuso e deleterio. Coltivare la consapevolezza attraverso la Mindfulness e le sue pratiche sembra poter offrire una possibilità di fronteggiare le criticità legate alla vita dei

lavoratori in generale, ed in particolare degli operatori sanitari, professionali, tecnici e amministrativi della Fondazione che, soprattutto negli ultimi due anni sono stati sottoposti a difficili prove di resistenza.

Si propone pertanto un corso, secondo un protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), destinato a tutte le professionalità della Fondazione, articolato nell'arco temporale del triennio 2022-2024, con la convinzione che lo stato di consapevolezza e di presenza mentale che potrà essere acquisito dai dipendenti che vi partecipano avrà in sé un potere trasformativo e liberatorio, che favorirà apertura, lucidità ed equilibrio, con un notevole miglioramento delle relazioni nel contesto lavorativo, del clima aziendale e dei rapporti con l'utenza.

SEZIONE IV

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E DISPOSIZIONI FINALI

Ai fini della stesura del presente Piano è stato attivato un tavolo di confronto tra diverse Strutture di Fondazione con l'obiettivo di contribuire, ciascuno con le proprie competenze, all'integrazione dei vari provvedimenti/piani che devono necessariamente configurare un unico documento di programmazione che disciplini i vari aspetti che determinano l'adozione dei conseguenti atti di gestione.

Ai fini di cui sopra, con l'adozione del presente documento è stato avviato un percorso che deve prevedere specifici momenti di valutazione dell'impatto e una periodica analisi. Al riguardo, ciascuna Struttura interessata provvederà con eventuali integrazioni e modifiche che terranno conto, di volta in volta, dell'evoluzione dei contesti nonché delle relative previsioni normative, ricorrendo a strumenti tecnologici e ad una reingegnerizzazione dei processi.

Verranno pertanto pianificate tutte le attività necessarie per il monitoraggio del presente Piano, definendo specifici criteri e indicatori, garantendo primariamente:

- piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa,
- il raggiungimento degli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- una disamina delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti;
- lo sviluppo di efficaci modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini anche ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- lo sviluppo di efficaci modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.
- il perseguimento dell'obiettivo di semplificare le singole procedure, riducendone i tempi.

Pagina 1 di 8

4

Pagina 2 di 8

Page 3 of 8

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

003	10	10/ Area	DIREZIONE SCIENTIFICA - U.O.S. Clinical Trials Center	Sperimentazione clinica	10.3 Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor / raccomandazioni di sperimentazioni profit / no profit	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari analisi progressi irregolarità	Interesse privato da parte dello sperimentatore nell'eseguire una determinata sperimentazione	Mancanza misure (scarso controllo programmato) Mancanza trasparenza (scarso tracciabilità processo) Mancanza documentazione (poca chiarezza e opacità processo) assenza competenze/formazione (scarso responsabilizzazione)	alto	medio	nessuno	basso	medio	esiti controlli	Il processo risulta strutturalmente ed in particolare dall'Appendice 15 "Modello di dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi dello sperimentatore". Il processo non mostra particolari elementi di criticità. Sulla base dell'esperienza progressa, il tipo di controllo applicato sul processo, ossia la verifica della presenza del modulo di dichiarazione pubblica, è sufficiente per assicurare la trasparenza del processo.	medio	Acquisizione della dichiarazione pubblica sul conflitto di interesse da parte dello sperimentatore.	Misura strutturale	Nel corso dell'anno	Direzione Scientifica - U.O.S. Clinical Trials Center	presente/non presente	100%
004	10	10/ Area	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PERSONALE	Formazione e sponsorizzata	10.4 Sponsorizzazione di eventi formativi	Uso di eventi formativi per pubblicizzare l'attività ed i prodotti degli sponsor										Misura di regolamentazione e monitoraggio sponsorizzazioni Misura di controllo: Verifica da parte del responsabile della gestione, al fine di accertare la correttezza degli adempimenti relativi ai quantitativi per qualità.		Misura di regolamentazione e monitoraggio sponsorizzazioni Misura di controllo: Verifica da parte del responsabile della gestione, al fine di accertare la correttezza degli adempimenti relativi ai quantitativi per qualità.	Nel corso dell'anno	Responsabile UOS Formazione e aggiornamento del personale	in controlli effettuati sul totale eventi sponsorizzati	10%
011	10	10/ Area	AFFARI GENERALI E CONVENZIONI	Gestione delle donazioni	10.5 Monitoraggio donazioni	Rischio di un possibile conflitto di interesse tra il donatore e il donatario										Il Processo risulta strutturalmente inserito nell'ambito del Regolamento sulle donazioni attualmente in vigore. Il processo di gestione delle donazioni viene compilato in un modulo nel quale viene inserita, tra l'altro, la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Sulla base dell'esperienza progressa, l'efficacia della misura di controllo, ossia la compilazione del modulo, è sufficiente per assicurare la trasparenza del processo.		Per i processi gestiti dalla UOC DA/DA/DA, verifica di assenza di conflitto di interesse da parte dello sperimentatore, compilato con la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per tutte le donazioni ed eccezione di quello di importo inferiore a 1000 euro.	Nel corso dell'anno	Responsabile UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni	in controlli effettuati sul totale donazioni accettate	100%

Pagina 1 di 2

[illegible]

010	2	2) Area in RISORSE UMANE	Gestione delle Risorse Umane	2.2 Incarichi di Struttura Complessa - Dirigenti dell'area PTA	segnalazioni varie cas/episodi progressi di irregolarità controlli interni	Uso distorto della discrezionalità, mancato o carente uso dei criteri di imparzialità.	Esposizione delle modalità di affidamento degli incarichi sulla base di accordi decentralizzati. Trasparenza e inaccessibilità degli atti relativi al procedimento di nomina.	Misura strutturata	periodicità tempestiva	UOC RISORSE UMANE	Verifica dei criteri e delle procedure sul totale degli incarichi di struttura complessa PTA	100%
010	2	2) Area in RISORSE UMANE	Procedure acquisizione contratti collaborazione	2.3 Selezione dei collaboratori (formazione commissioni, valutazione titoli, colloquio di valutazione)	segnalazioni varie cas/episodi progressi di irregolarità controlli interni	Previsioni di requisiti di accesso personalizzati ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	Verifica delle dichiarazioni e dei requisiti di accesso dei collaboratori risultati vincitori dalle procedure di assegnazione	Misura strutturata	Nel corso dell'anno	UOC RISORSE UMANE	Verifica requisiti di accesso di tutti i collaboratori Medici risultati vincitori dalle procedure di assegnazione. Verifica requisiti di accesso del 30% dei collaboratori risultati vincitori per le altre professionalità.	100% 30%
009	2	2) Area in GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Autorizzazione incarichi conferiti da soggetti pubblici e privati ai dipendenti della Fondazione.	2.4 Procedura di autorizzazione incarichi ai dipendenti		Omessa o erronea richiesta del dipendente che non consenta la verifica della sussistenza del conflitto di interessi	Misure di regolamentazione: Attuazione Regolamento approvato con delibera n. 42 del 24.07.2019 Misure di controllo: Verifica a campione della tempestività di invio della documentazione e della completezza delle informazioni necessarie al rilascio dell'autorizzazione		Nel corso dell'anno Annuale	Dott.ssa Giulia Franceschi	Sul campione rilevato: # pratiche consegnate in ritardo/totale pratiche campione # pratiche complete/totale pratiche campione	5% 95%
3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3) Area Contratti pubblici												
3.3												

040 050 070 095	3) Area C	3.2 Progettazione	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari pregressi analisi pregresse irregolarità	Incompletezza della determina a contrarre con carenze nella esplicitazione degli elementi essenziali del contratto Insufficiente stima del valore dell'appalto.	Audit interni sulla definizione dei fabbisogni quali-quantitativi Applicazione regolamento degli affidamenti diretti (det. 964 del 21-05-2019) in coerenza con le linee guida regionali, acquisti in esclusiva e/o infungibili (dgr 491 del 02-08-2018) Rendicontazione sintetica al RPCT (semestrale) in ordine alle acquisizioni di beni / servizi infungibili, includendovi anche quelle di valore inferiore ai 40.000 Euro, specificando le tipologie di prodotti/servizi, per le quali, nel periodo di riferimento, le acquisizioni siano avvenute più di una volta. Misura di controllo: Attività di monitoraggio affidamenti di beni/servizi infungibili (art. 63 co. 2, lett. b. d.lgs 50/2016)	Misura strutturata	Nel corso dell'anno Nel corso dell'anno luglio e gennaio Nel corso dell'anno	UO ACQUISTI, APPALTI, LOGISTICA CLINICA UO INGEGNERIA CLINICA UO SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI UO FUNZIONI TECNICHE	% N. affidamenti di beni e servizi infungibili (cd. unici) nr. totale affidamenti % Valore affidamenti beni e servizi infungibili (cd. unici) Valore totale affidamenti Numero procedure regolate con o senza bando con relativa valorizzazione per tutta l'Area. (da pesare per tutta l'area) (semestrali 15/07 e 15/01)	< 20% < 50%
040 050 070 095	3) Area C	3.3 Selezione del contraente	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari pregressi analisi pregresse irregolarità	Comportamenti tesi a manipolare indebitamente la platea dei partecipanti o applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione Monitoraggio delle procedure per le quali è pervenuta una sola offerta.	Ripetto obblighi approvvigionamento tramite centrale di committenza Monitoraggio delle procedure per le quali è pervenuta una sola offerta.	Misura strutturata	Nel corso dell'anno luglio e gennaio	Direttore di U.O. UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi	Numero delle procedure per le quali è pervenuta una sola offerta, (da pesare per tutta l'area contratti pubblici) (semestrali 15/07 e 15/01)	Numero delle procedu re per le quali è pervenu ta una sola offerta < 15
040 050 070 095	3) Area C	3.4 Verifica, aggiudicazione e stipulazione contratto	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari pregressi analisi pregresse irregolarità	Alterazione controlli al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti;	Misure di controllo: Monitoraggio delle procedure soggette a ricorso giurisdizionale		Nel corso dell'anno	Direttore di U.O. UU.OO sanitarie coinvolte nelle diverse fasi	% Numero procedure soggette a ricorso giurisdizionale / n. totale procedure (semestrali 15/07 e 15/01) (da pesare per tutta l'area contratti pubblici)	< 0 = 20%
040 050 070 095	3) Area C	3.5 Esecuzione contratto e Predicontazione del contratto	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari pregressi analisi pregresse irregolarità	Inadeguato controllo avanzamento esecuzione del contratto in relazione al valore, all'oggetto del contratto ed alle condizioni contrattuali motivazione incongrua del provvedimento di adozione di una variante proroghe termini esecuzione del contratto incompletezza documentazione necessaria alle verifiche di conformità del contratto	Redazione di una procedura relativa alla modalità di svolgimento delle funzioni del DEC. Formazione inerente le responsabilità e compiti del DEC alla luce delle linee guida di cui al DM n. 4 del 7 marzo 2016. Utilizzo puntuale del sistema ESP (Enterprise Resource Planning) per verificare internamente la congruenza importi ricevuti/fatturati rispetto importi aggiudicati e identificazione Monitoraggio del numero di segnalazioni di inadempimenti contrattuali, Numero diffide e applicazioni di penali.	Misura strutturata	- procedura entro il 2021 - nel corso dell'anno - nel corso dell'anno	UO ACQUISTI, APPALTI, LOGISTICA CLINICA UO INGEGNERIA CLINICA UO SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI UO FUNZIONI TECNICHE	rapporto % tra affidamenti con variante e totale affidamenti Av/AI; rapporto % tra affidamenti interessati da proroghe e totale affidamenti Ap/AI; (da pesare per tutta l'area contratti pubblici) rapporto % tra valore penali applicate (VPA) e valore economico del contratto (VC) (da pesare per tutta l'area contratti pubblici) (semestrali 15/07 e 15/01)	AV/AI <10%; Ap/AI <10% VPA / VC < 10%

Pagina 4 di 9

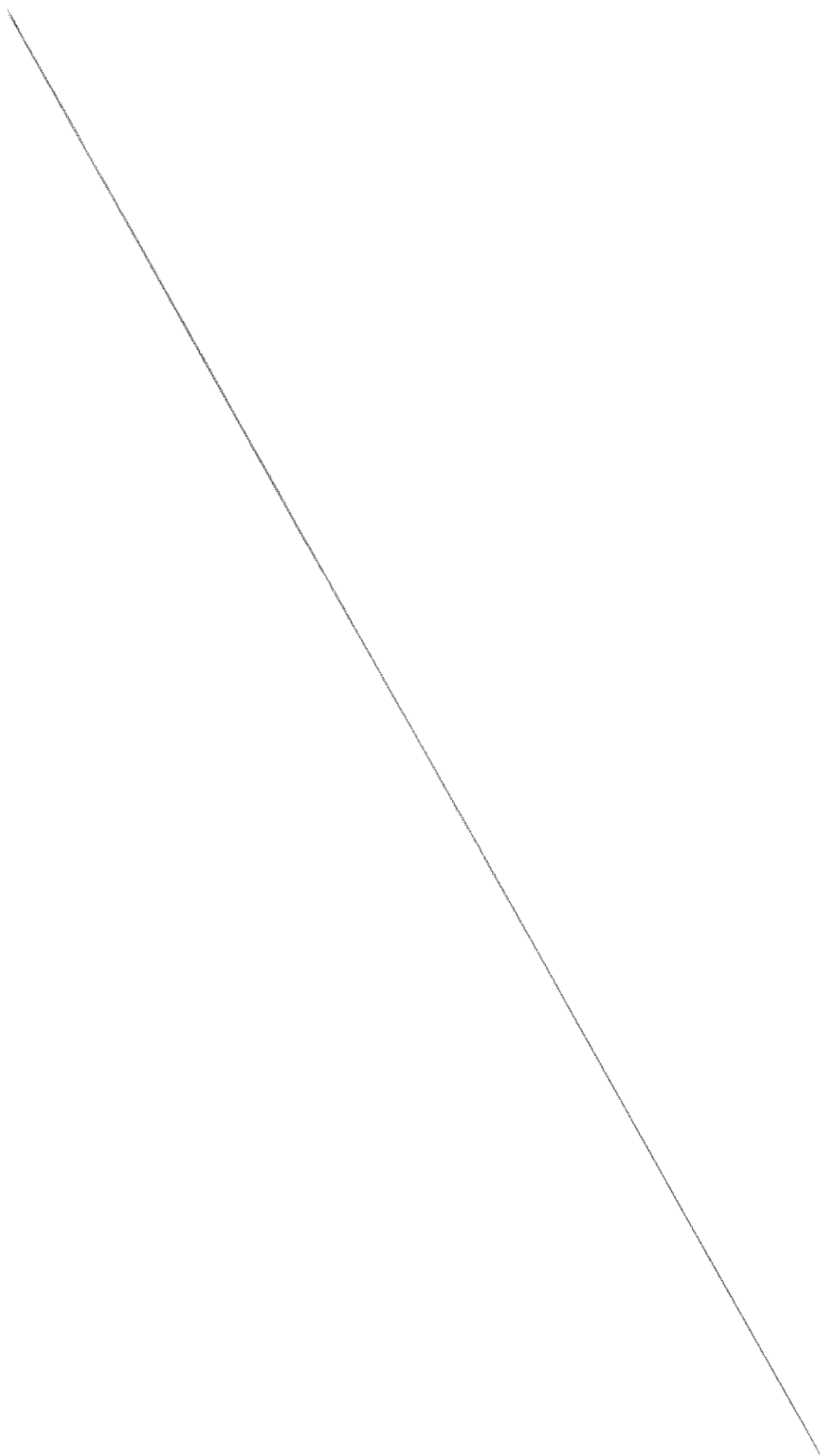
	6 (6) Area A	Settori a rischio / Organizzazione	Processo	Sottoprocesso / Attività	TECNICHE E FONTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	MEASURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUATE	Fasi di attuazione	Tempestività di attuazione	Responsabili di attuazione (Funzione/Servizio)	Indicatori di monitoraggio	Valore atteso
600 603	6 (6) Area A	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione dei procedimenti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (Ricovero ordinario)	6.1 Gestione delle liste di attesa tramite Aceweb	esiti analisi contesto interno esiti mappe processi esiti progressi giudiziari o altri episodi espressioni varie (audit - urp - white - controlli interni) altro	Che vengano favoriti gli ingressi di pazienti che non rientrano nelle priorità dichiarate, non rispettando quanto previsto dalla normativa in merito all'indicazione della priorità. Che vengano ricoverati pazienti che non seguono i filtri di inserimento in lista d'attesa, derivanti direttamente da visite in ambulatorio privato e senza priorità di accesso	Misura di controllo: Monitoraggio periodico delle liste (DMP/DPS) su almeno il 30% delle ULCO di area chirurgica.		Nel corso dell'anno	DMP in collaborazione con la UOC Gestione Operativa, Marketing e LP	N. di pazienti per cui la data di ricovero programmato coincide con quella di inserimento in lista senza note esplicative, adeguatetot pazienti in lista Numero di casi con priorità A per cui non è indicata né la diagnosi né la tipologia di intervento previsto/tot casi con priorità A	0%
009 6	6 (6) Area A	GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione.	6.2 Svolgimento dell'ALPI	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari progressi analisi pregresse irregolarità	Violazione dell'obbligo di non superamento dei volumi di attività istituzionale	Verifica a campione dei volumi di attività svolti dai medici in Libera Professione in rapporto ai volumi di attività istituzionale registrati	misura strutturata	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Sul campione rilevato: # prestazioni erogate in LP/SSN	<50%
009 6	6 (6) Area A	GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso le strutture interne della Fondazione.	6.3 Svolgimento dell'ALPI in orario di servizio	esiti controlli interni (indicatori audit sopraluoghi) analisi casi giudiziari progressi analisi pregresse irregolarità	Espletamento da parte del personale medico dell'attività libero professionale ambulatoriale durante l'orario di lavoro, in base alle timbrature documentate dal sistema di rilevazione presenze.	Per verificare che il dipendente non abbia svolto attività libero professionale durante l'orario di servizio vengono incrociati i dati relativi alle timbrature con gli orari della prima visita prenotata in regime libero professionale.	misura strutturata	Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Il caso è valutato in base all'ora della prima visita prenotata del giorno. # casi anomali verificatitotale	10%
009 6 (6) Area A	6 (6) Area A	GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale ambulatoriale espletata presso studi professionali privati dei professionisti autorizzati ai sensi di quanto previsto all'art. 2, comma 4, legge 120/07 e s.m.i.	6.4 ALPI. Violazione degli obblighi di prenotazione contrattata, di incasso fatturazione e di incasso diretto dall'Azienda dei proventi da ALPI espletata presso studi professionali in rete	Non congruità del processo di rendicontazione, associazione fatturazione e incasso delle prestazioni erogate.	Verifica degli importi fatturati e incassati complessivamente da parte degli studi esterni per l'accertamento della congruità		Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Valore di incasso/valore del fatturato	<100%	
009 6 (6) Area A	6 (6) Area A	GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale	6.5 Svolgimento dell'ALPI		Alterazione dello svolgimento dell'attività in assenza di regole chiare ed aggiornate	Misure di regolamentazione: Bozza di nuovo Regolamento ALPI		Entro 2021	Gestione Operativa, Marketing e LP	Redazione della bozza	proposta
009 6 (6) Area A	6 (6) Area A	GESTIONE OPERATIVA, MARKETING E LP	Attività libero professionale in regime di ricovero espletata presso le strutture interne della Fondazione.	6.6 Svolgimento dell'ALPI		Alterazione dello svolgimento dell'attività, in particolare per errate informazioni ai pazienti sui tempi d'attesa per il ricovero	Misure di regolamentazione: Verifica a campione dell'inserimento in lista d'attesa informatizzata (ACEWEB) dei ricoveri programmati in libera professione		Annuale	Gestione Operativa, Marketing e LP	Sul campione rilevato: # ricoveri inseriti in lista d'attesa informatizzata (ACEWEB) / # ricoveri con oneri 5-6 (LP)	<95%
7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio										
7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7/7 Area. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio										

Pagina 6 di 9

600 603	8 (8) Area A DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO / DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	Gestione attività necropsica	8.1 Comunicazione avvenuto decesso		Che vengano fornite agenzie funerarie d'informazione dei decessi di pazienti ricoverati da parte di personale interno	<u>Misure di controllo:</u> Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese occupate del funerale. Ispezioni a sorpresa in camera mortuaria per controllo processi in corso dell'eventuale presenza di sconosciuti nell'area.	Verifica mensile dell'elenco dei defunti e delle imprese occupate del funerale. Ispezioni a sorpresa in camera mortuaria per controllo processi in corso e presenza di sconosciuti	REFERENTE DPS/ REFERENTE DPS	documentazione raccolta a seguito del controllo	100%
650	9 (9) Area F FARMACIA	Gestione magazzini	9.1 Gestione delle scorte di beni sanitari nei magazzini Farmacia e UOOC e contenimento sprechi per scaduti/ non utilizzati	TECNICHE E FONTI DI DESCRIZIONE DEL RISCHIO Sottoprocesso / Attività est: analisi contesto in est est: mapp processi est: mapp guidanti o altri episodi interni: mapp guidanti (up - up - web - controlli interni) altro	Una gestione non corretta e presidiata può portare a sprechi o a irregolarità comportamentali	<u>Misure di controllo:</u> Magazzino centrale. Verifica mensile degli articoli a scaffale in scadenza nel mese in corso Magazzino di reparto. Verifica a campione della corretta gestione delle scadenze.	Magazzino centrale : report mensile Magazzini UOOC: calendarizzati e nell'arco del biennio	UOC Farmacia	Conteggio e valorizzazione degli scaduti rispetto al valore medio di scadenza fisica per un mese Conteggio e valorizzazione degli scaduti rispetto al valore dei beni sanitari movimentati in un anno mensile a scaffale	Valore atteso
650	9 (9) Area F FARMACIA	Dispositivi e altre tecnologie	9.2 Selezione del fornitore, influenza da altre tecnologie, allargamento dell'assortimento in PTO di nuovi dispositivi medici/tecnologie			<u>Misure di controllo:</u> - Analisi di evidenza da letteratura scientifica, raffronto con dispositivi in uso. - Analisi dei costi correlati con il rig/rimborso della prestazione. - Particolare attenzione nella valutazione dell'effettiva infungibilità di un dispositivo medico - Verifica dello smaltimento delle scorte dei consumabili della precedente tecnologia	Entro 2021 Monitoraggio semestrale	UOC Farmacia	Numero delle richieste di inserimento in repertorio approvate dalla commissione rapportato al numero di richieste ricevute	90% delle richieste e ricevute
650	9 (9) Area F FARMACIA	Farmaceutica	9.3 Selezione del fornitore	Obiettivi: Corretta valutazione del nuovo farmaco secondo appropriatezza e vantaggi clinici e/o economici, tracciare e tralasciare l'influenza commerciale non indipendente.	Che possa essere influenzata da interessi esterni all'azienda per inserimento in PTO di nuovi farmaci	<u>Misure di controllo:</u> - Analisi di appropriatezza da letteratura scientifica, - Analisi rischio/beneficio, - Analisi vantaggi durata terapia. - Analisi dei costi correlati con il rig/rimborso della prestazione - Verifica dello smaltimento delle scorte della precedente terapia.	Entro 2021 Monitoraggio semestrale	UOC Farmacia	Numero delle richieste di inserimento in pto approvate dalla commissione rapportato al numero di richieste ricevute	90% delle richieste e ricevute

Pagina 8 di 9

003	10/10/ Area	DIREZIONE SCIENTIFICA - U.O.S. Clinical Trials Center	Sperimentazione clinica	10.2 Modalità di ripartizione e definizione delle quote di attribuzione al personale dipendente dei proventi derivanti da studi profit.	Ripartizione discrezionale dei proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche	Misure di controllo: Monitoraggio e verifica delle modalità di ripartizione dei proventi derivanti da studi profit (approvate con determinazione del Direttore Generale n. 367 del 22.02.2018) e no profit con proventi supportati da finanziamenti privati. <u>Misura di</u> <u>Regolamentazione</u> Predisposizione procedura che disciplini le tariffe e le modalità di ripartizione degli introiti.	Nel corso dell'anno	Direzione Scientifica - U.O.S. Clinical Trials Center	fatto/non fatto	100%
003	10/10/ Area	DIREZIONE SCIENTIFICA - U.O.S. Clinical Trials Center	Sperimentazione clinica	10.3 Situazioni di potenziale conflitto di interesse degli sperimentatori nei confronti degli sponsor / finanziatori (aziende farmaceutiche) di sperimentazioni profit / no profit.	Interesse privato da parte dello sperimentatore nell'eseguire una determinata sperimentazione	Acquisizione della dichiarazione pubblica sul conflitto di interesse da parte dello sperimentatore.	Nel corso dell'anno	Direzione Scientifica - U.O.S. Clinical Trials Center	presente/non presente	100%
064	10/10/ Area	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	Formazione sponsorizzata	10.4 Sponsorizzazione di eventi formativi	Uso di eventi formativi per pubblicizzare l'attività ed i prodotti degli sponsor	Misure di controllo: Attualizzazione regolamento sponsorizzazioni Verifiche a campione da parte della struttura responsabile della gestione, al fine di accertare la correttezza degli adempimenti convenuti sia quantitativi sia qualitativi.	Nel corso dell'anno	Responsabile UOS Formazione e aggiornamento del personale	nr controlli effettuati sul totale eventi sponsorizzati	10%
011	10/10/ Area	AFFARI GENERALI E CONVENZIONI	Gestione delle donazioni	10.5 Monitoraggio donazioni	Rischio di un possibile conflitto di interessi tra il donante e il donatario.	Misure di controllo: Per i processi gestiti dalla UOC AA.GG., verifiche della presenza del modulo compilato con la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per tutte le donazioni ad eccezione di quello di importo inferiore a 1000 euro.	Nel corso dell'anno	Responsabile UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni	nr controlli effettuati sul totale donazioni accettate	100%



ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
1 Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale (31 gennaio di ogni anno)	RPCT	RPCT
			Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge stilate pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni			
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse			
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Entro 30 gg dall'evento o dalla disponibilità del dato		UO Affari Generali (Resp. Bottarelli Ref. Vita)
	Atti generali	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione			UO Affari Generali (Resp. Bottarelli)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Puccio)
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c.1-bis del d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM n. 300/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT
	Organizzazione	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico-amministrativo e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Entro il 31 gennaio di ogni anno		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Entro il 31 gennaio di ogni anno		

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	RPCT	RPCT
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, rappresentazioni grafiche			
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificate dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Entro 30 gg dalla modifica	UO Comunicazione (Resp. Cremonesi)	UO Comunicazione (Resp. Cremonesi Cardile)

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024					
Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
3 Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo) UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo) UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Loplato)
				Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina / conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
				2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
				5) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale		
				Per ciascun titolare di incarico:			

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina / conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
				2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		5) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)						

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	Rispetto la pubblicazione dei dati economico-patrimoniali, in considerazione della Delibera ANAC n. 586/2019 nonché della		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale				
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo				
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dei dirigenti	Annuale				
	Incarichi amministrativi di vertice		Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Bandi e avvisi	Bandi e avvisi di selezione			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)
					SSN - Procedure selettive			Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo	
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina / conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)		
					Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento	
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione		UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione			
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Entro il 31 gennaio di ogni anno	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)					
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Entro il 31 gennaio di ogni anno						

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE					
	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo
4 Personale			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982 Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Annuntiare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica
			Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Bandi e avvisi di selezione
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina / conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo
					Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						P.T.P.C.T. 2022-2024	
Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		incarichi conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Catania)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina		
			1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		
		Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs n. 33/2013		Posti di funzione disponibili	Tempestivo		
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Ruolo dirigenti	Annuale		
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004			Semestrale (entro il 31 gennaio ed il 31 luglio)		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013					

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo - Ref. Puccio)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		
		Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'attività libero professionale intramuraria	entro il 31 marzo per l'anno precedente	UOC Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione (Resp. Franceschi)	UOC Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione (Resp. Franceschi Ref. Crepaldi)
		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	RPCT	RPCT
		Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013		Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
Dotazione organica	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (entro il 31 luglio)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Catania)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Catania)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (entro il 31 luglio)		
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (entro il 31 luglio)		
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Entro 45 gg dal mese successivo al trimestre		
		Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre)		
		Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Trimestrale (31 marzo, 30 giugno, 30 settembre, 31 dicembre)		
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)		
OIV	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Entro 30 giorni dalla nomina	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Puccio)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Puccio)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula			

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi			
5 Bandi di concorso		Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo per pubblicazione bando. 30 gg dalla conclusione del procedimento concorsuale per criteri e tracce	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Taglioretti)	
		Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei bandi in corso		UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	
		Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Ref. Catania)
6 Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance			Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)			
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Annuale (entro il 15 dicembre per dati anno precedente)		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio		UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Catania)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Annuale (entro il 15 dicembre per dati anno precedente)		
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti			

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate Per ciascuno degli enti:	Annuale (entro il 30 giugno)		
				1) ragione sociale			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			
				3) durata dell'impegno			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza			
				Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)			
				Per ciascuna delle società:			
				1) ragione sociale			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE							P.T.P.C.T. 2022-2024
Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	3) durata dell'impegno	Annuale (entro il 30 giugno)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti Ref. Filippi)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo			
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)			
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza			
				Provvedimenti in materia di costituzione di societàa partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)			
				Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate			
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento			
				Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate			
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno degli enti:			
				1) ragione sociale			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			
				3) durata dell'impegno			

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (entro il 30 giugno)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo			
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)			
	Rappresentazione grafica	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (entro il 30 giugno)		
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza			
				Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati			
				Per ciascuna tipologia di procedimento:			
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili			
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria			
				3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale			
				4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale			
				5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano			
				6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante			
				7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione			

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
8 Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	RPCT	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione			
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento			
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale			
				Per i procedimenti ad istanza di parte:			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze			
		Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive			
		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012		Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione, scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.			
		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2013		Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.			
9 Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (31 gennaio e 31 luglio di ogni anno)	Segretario del Consiglio di Amministrazione (Resp. Aliberti)	Segretario del Consiglio di Amministrazione (Resp. Aliberti)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (31 gennaio e 31 luglio di ogni anno)	UO Affari Generali (Resp. Bottanelli)	UO Affari Generali (Resp. Bottanelli) Ref. Vita

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)	Supporto Sistemi Informativi
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Entro 30 gg dalla scadenza del semestre/anno di riferimento	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano) UO Ingegneria Clinica (Resp. Cassoli) UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli Ref. Melina/ Dessi) UO Acquisti, Appalti, Logistica (Resp. Valente)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano) UO Ingegneria Clinica (Resp. Cassoli) UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli Ref. Melina/ Dessi) UO Acquisti, Appalti, Logistica (Resp. Valente)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		
				Per ciascuna procedura:			
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016)	Entro 30 gg dall'avviso		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024					
Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normative	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
10 Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs. n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs. n. 50/2016)</p>	Tempestivo
				<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs. n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	Entro 30 gg dall'avviso
				<p>Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs. n. 50/2016)</p>	Entro 30 gg dall'avviso
				<p>Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs. n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs. n. 50/2016)</p>	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento
				<p>Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016)</p>	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento
				<p>UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)</p> <p>UO Ingegneria Clinica (Resp Cassoli)</p> <p>UO Supporto Amministrativo Codice Contratti</p> <p>UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli Ref. Melina/Dessi)</p> <p>UO Acquisti, Appalti, Logistica (Resp. Valente)</p>	

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
				Per ciascun atto:			
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati,	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 1, d.P.R. n. 118/2000		Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci	Annuale		
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)		
12 Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Bilancio preventivo	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti) UO Economica Finanziaria (Resp. Filippi)	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)		
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (entro 30 giorni dalla loro adozione)		
		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n. 118/2011		Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 30, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Annuale (entro il 31 gennaio)		
13 Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Annuale (entro il 31 gennaio)	UO Affari Generali (Resp. Bottanelli) UO Affari Generali (Resp. Bottanelli) Ref. Vita	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto				

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
14 Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	RPCT	RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)			
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti Ref. Filippi)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti Ref. Filippi)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Entro 30 gg dalla formalizzazione dei rilievi		
15 Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Entro 30 gg dall'adozione del documento	UOS URP (Resp. Ventura)	UOS URP (Resp. Ventura Ref. Sambataro)
				Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Entro 30 gg dalla notizia del ricorso	Servizi Affari legali e delle Assicurazioni (Resp. Verga Ref. Sellitto)	Servizi Affari legali e delle Assicurazioni (Resp. Verga Ref. Sellitto)
				Sentenza di definizione del giudizio	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza		
	Class action	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Entro 30 gg dall'adozione della misura		
				Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Annuale (entro il 31 dicembre)	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)	UO Pianificazione, Controllo di Gestione e Flussi Informativi (Resp. Rugarli Ref. Manca)

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
16 Pagamenti dell'amministrazione	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO Direzione Sanitaria di Presidio (Resp. Tiso Ref. Lela)	UO Direzione Sanitaria di Presidio (Resp. Tiso Ref. Lela)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Entro 30 giorni dalla formalizzazione della rilevazione	UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli)	UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli)
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)		
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)		
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (contestuale alla pubblicazione dell'indicatore relativo al IV trimestre)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti)	UO Economica Finanziaria (Resp. Alberti)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (entro 30 gg dalla conclusione del trimestre di riferimento)		
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (entro 30 giorni dalla adozione del BES)		
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Entro 30 gg dalla modifica		

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
17 Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche. A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)
	Tempi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (in relazione ai termini indicati dall'ANAC)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano Ref. Anfossi)
	Tempi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
18 Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano)
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrismi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)		Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
19 Informazioni ambientali			Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
				Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
20 Strutture sanitarie private accreditate			Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione	n/a: obbligo di pubblicazione non applicabile alla Fondazione
					Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		
21 Interventi straordinari e di emergenza			Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Entro 60 gg dall'adozione del provvedimento	UO Affari Generali (Resp. Bottanelli)	UO Affari Generali (Resp. Bottanelli)
					Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari			
					Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione			
			Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale (entro il 31 gennaio)		

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
P.T.P.C.T. 2022-2024

Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
22 Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina	RPCT	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento		
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (in relazione ai termini dell'ANAC)		
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Entro 30 gg dalla conoscenza del provvedimento o dall'adozione dell'atto di adeguamento		
22 Altri contenuti	Accesso civico	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Entro 30 gg dall'atto di accertamento	RPCT	RPCT
		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT		
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2014	Accesso civico concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo		
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Senestrale (prima pubblicazione entro il 31-12-2017)		
22 Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli)	UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli)
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale (entro il 31 marzo)		
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (entro il 31 marzo)		
		l'art. 1, comma 51, legge n. 190/2012 Art. 54bis D.Lgs. 165/2001	Disciplina inerente le modalità per effettuare segnalazioni di condotte illecite	Delibera di riferimento, modello per le segnalazioni, riferimenti mail	Tempestivo		
22 Altri contenuti	Whistleblower - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito					RPCT	RPCT

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024

	Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati	Responsabile/ Referente della pubblicazione dei dati
22	Dati ulteriori	Borse di studio assegnate	Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Regolamento (det. 2643/2016)	Elenco borse di studio assegnate dalla Fondazione IRCCS	Tabella con beneficiario della borsa di studio, data inizio e fine, titolo progetto	Quadrimestrale (30 aprile 31 agosto 31 dicembre)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)
22	Dati ulteriori	Incarichi ACN del 17/12/2015	Art.9 c.6 ACN 17/12/2015	Accordo Collettivo Nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie	Numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi del presente Accordo.	Annuale (entro il 31 marzo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo - Ref. Catania)
22	Dati ulteriori	Elenco dei Collaboratori a titolo gratuito	Regolamento interno DL 6.7.2012, n. 95, convertito in Legge 7.8.2012, n. 135; DL 24.6/2014, n. 90, convertito in Legge 11.8.2014, n. 114; Legge 7.8.2015 n. 124; Circolari n. 6 del 4.12.2014 e n. 4 del 10.11.2015 del Ministro per la semplificazione e la PA	Elenco dei Collaboratori a titolo gratuito	ELENCO Collaboratori a titolo gratuito: Nominativo e Struttura di assegnazione	annuale (entro il 31 gennaio)	UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni (Resp. Maria Teresa Bottanelli - Ref. Angela Vita)	UOC Affari Generali e Legali, Convenzioni (Resp. Maria Teresa Bottanelli - Ref. Angela Vita)
22	Dati ulteriori	Prerogative sindacali Servizi pubblici essenziali in caso di sciopero	legge 146/1990; legge 83/2000; protocollo d'intesa ARAN e OOSS del settembre 2001	Individuazione e comunicazione dei contingenti minimi del personale in caso di sciopero	Contingenti minimi essenziali del personale in caso di sciopero indetto dalle OO.SS. a seguito di comunicazione alle OOSS e agli interessati nei termini e alle condizioni previsti della vigenti previsioni legislative e contrattuali.	Tempestivo (entro 30 giorni dall'adozione del documento)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo)	UO Risorse Umane (Resp. Di Bartolo Ref. Puccio)

ALLEGATO 2: TABELLA - DATI SOGGETTI AD OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

P.T.P.C.T. 2022-2024						
Denominazione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile della trasmissione dei dati
22 Altri contenuti	Proroghe a contratti esistenti	D.G.R. n. 1046 del 17/12/2018 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019",	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti	Elenco contenente le procedure d'acquisto effettuate in proroga in ciascun semestre	Semestrale (entro il 31 marzo - 30 settembre)	UO Funzioni Tecniche (Resp. De Stefano) UO Ingegneria Clinica (Resp. Cassoli) UO Sistemi Informativi e Informatici (Resp. Caroli Ref. Melina/ Dessi) UO Acquisti, Appalti, Logistica (Resp. Valente)
22 Dati ulteriori	Crediti	Linee guida regionali per compilazione tabelle BES	Anmontare complessivo dei crediti	Anmontare complessivo dei crediti e numero clienti debitori	Annuale, entro 30 giorni dall'approvazione del BES	UOC Gestione Economico Finanziaria (Resp. Alberti, Ref. Filippi)
32 Dati ulteriori	Relazione sull'attività della Direzione Scientifica	Richiesta annuale da parte del Ministero della Salute, Ministero del Tesoro e Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia	Relazione sull'attività della Direzione Scientifica	Relazione annuale dettagliata sulle attività condotte dagli Uffici / UOS della Direzione Scientifica (Segreteria Scientifica, Biblioteca Scientifica, Coordinamento Laboratori di Ricerca, Grants Office, Technology Transfer, Comitato di Etica e Sperimentazioni Cliniche, Clinical Trial Center) e sui risultati di ricerca raggiunti dalla Fondazione.	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Direzione Scientifica (Resp. Panico)
22 Dati ulteriori	Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS)	D.Lgs. n. 502/1992, art. 12 bis, comma 3	Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) a valenza triennale relativo alle attività di ricerca per le quali la Fondazione è riconosciuta IRCCS	Programma di ricerca sanitaria della Fondazione a valenza triennale con proposta di iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari, identificante i settori e le linee di ricerca della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Attualmente in vigore il Programma per il triennio 2018-2020	Dietro richiesta specifica del Ministero della Salute - Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità	Direzione Scientifica (Resp. Panico)

