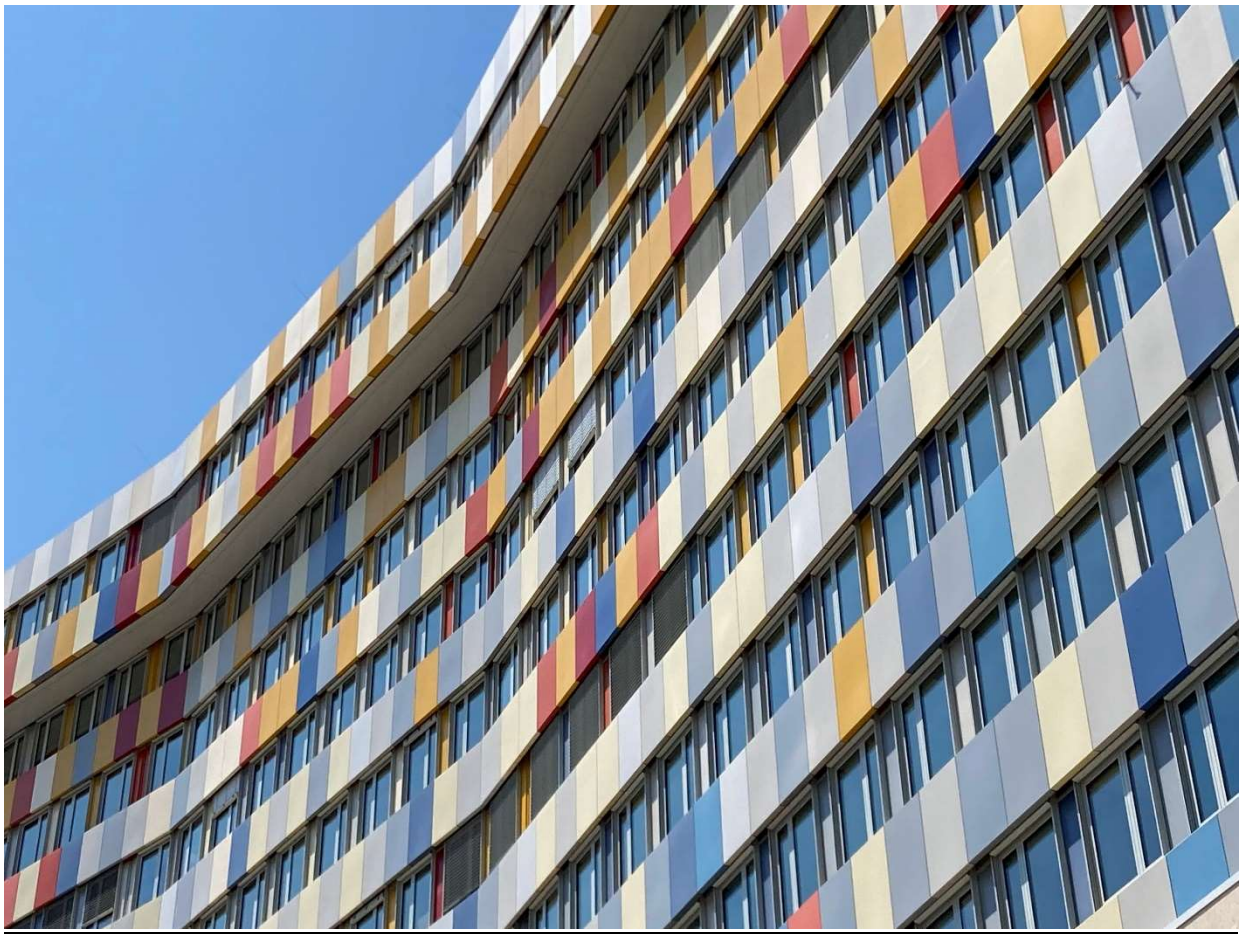


PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023/2025

Adottato dal Consiglio di Amministrazione
Con deliberazione n. 8 del 30/01/2023

Documento elaborato dal Gruppo di lavoro nominato con Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 72 del 27 gennaio 2022:

Sezione/Capitolo	Redattore	Data di Redazione	Sigla
Scheda anagrafica dell'amministrazione	Tiziana Comelli Controllo di Gestione	26/01/2023	
Valore Pubblico	Tiziana Comelli Controllo di Gestione	26/01/2023	
Performance	Tiziana Comelli Niccolò Valli Controllo di Gestione	26/01/2023	
Bilancio	Toni Genco Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	09/01/2023	
Qualità e rischio	Rossella Barni Qualità, accreditamento, internal auditing e gestione del rischio clinico	28/12/2022	
Ascolto e partecipazione	Elena Rivolta Comunicazione aziendale e URP	25/01/2023	
Sostenibilità ambientale	Energy Manager Aldo Capra Mobility Manager Antonio Borreca	20/01/2023	
Rischi corruttivi e trasparenza	Roberta Mazzoli Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio Antonio Borreca	19/01/2023	
Struttura organizzativa	Ingrid Sartori Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	19/01/2023	
Piano Azioni Positive	Ingrid Sartori Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane Filippo Facco e Elena Rivolta Comunicazione	19/01/2023	
Organizzazione Lavoro Agile	Ingrid Sartori Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	19/01/2023	
Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	Ingrid Sartori Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	19/01/2023	
Piano Formativo Aziendale	Leonardo Tozza Formazione	18/01/2023	
Monitoraggio	Tiziana Comelli Niccolò Valli Controllo di Gestione	26/01/2023	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Sommario

PREMESSA 5
Contesto normativo 5
Finalità del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 6
Monitoraggio 7
Linee Guida per l'implementazione dei PIAO nelle aziende ed enti del SSN 7
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE 9
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 13
Valore pubblico 13
Il Piano della Performance 2023/2025 14
Il sistema di gestione della performance 14
Performance istituzionale: obiettivi strategici 2023/2025 15
1. Consolidamento organizzativo 15
2. Politiche sanitarie regionali 16
3. Creazione di Valore: obiettivi strategici 2023/2025 17
- Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità 17
- Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti 22
- Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica 23
- Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia 26
- Formazione: formare nuovi professionisti sanitari 29
- Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere 30
- Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata 31
- Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza 34
- Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza 34
- Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente 35

Performance organizzativa 39
Performance individuale 40
Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023/2025 41
1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza 41

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione 42
3. Processo e modalita' di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 50
4. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione 51
A. Analisi del contesto esterno 52
B. Analisi del contesto interno e mappatura dei processi 54
C. Valutazione e analisi del rischio 55
D. Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione 55
E. Monitoraggio e riesame 63
La trasparenza 64
L'istituto dell'accesso civico 67
Le sanzioni 68
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 68
Struttura organizzativa 68
Piano organizzativo del lavoro agile 69
Piano triennale dei fabbisogni di personale 70
Piano formativo aziendale 71
Piano delle azioni positive 73
SEZIONE 4. MONITORAGGIO 75

PREMESSA

Contesto normativo

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche, di 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, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs. 190/2012 e successive modifiche, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs. 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "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";
- D.Lgs. 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd "decreto Rilancio") convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia, "che prevede che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni ….. entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il **Piano integrato di attività e organizzazione**" (di seguito denominato **PIAO**);
- DPR 24 giugno 2022 n. 81, recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbili dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- Decreto ministeriale 30 giugno 2022 del Ministro per la Pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, con cui si approva il regolamento che definisce la struttura e i contenuti dei PIAO;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione;
- Deliberazioni della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Legge 129 del 3 agosto 2022 "Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n.288";
- Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 aggiornato con il D. Lgs. n. 200 del 23/12/2022.

Si precisa che la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (nel testo del presente Piano "Fondazione IRCCS") è subentrata a titolo universale all'ASST Monza, pertanto gli atti o i regolamenti da questa adottati e validi al 31/12/2022 sono applicabili alla Fondazione IRCCS fino ad adozione di nuovi provvedimenti, secondo un principio generale di continuità che si applica nei casi di trasformazione di azienda.
Pertanto, tutti i riferimenti a documenti approvati da ASST e citati nel testo del presente PIAO, si intendono correttamente riferibili alla Fondazione IRCCS.

Finalità del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è il nuovo strumento di programmazione per le pubbliche amministrazioni, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 che, in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.
Tale norma si inserisce nel più ampio progetto di **riqualificazione dei servizi pubblici**, operata attraverso un processo di rinnovamento della Pubblica Amministrazione che passa attraverso due linee strategiche principali: la **digitalizzazione** e lo **sviluppo delle competenze** del personale.
Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) riuniscono in modo integrato e coordinato nel PIAO, di durata **triennale con aggiornamento annuale**, tutta la programmazione finora inserita in piani differenti e in particolare:
a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi strategici aziendali stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
b) il **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** (**PTPCT**), finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
c) **il Piano Organizzativo del Lavoro Agile**, che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza e in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale** (**PTFP**) che, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
e) il **Piano della Formazione**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, alla completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Azienda volte alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne".
g) il **Piano Annuale di Risk Management (PARM)**, che individua le aree di rischio prioritarie e gli ambiti di sviluppo del sistema di gestione del rischio per la sicurezza del paziente e delle cure, con la relativa tempistica di attuazione riferita ad ogni specifico ambito di intervento strategie e le modalità operative per l'implementazione, in attuazione delle Linee Operative regionali di Risk Management per le strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche della Lombardia;
h) il **Piano Aziendale per l'efficientamento energetico**: finalizzato a recepire le direttive comunitarie, tra cui il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022, le indicazioni ministeriali, tra cui le «Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione», e l'adesione al Programma regionale «nEW – nuova Energia per il Welfare», articolato in 7 azioni.

i) il **Piano per gli spostamenti casa-lavoro (PSCL)**: finalizzato a definire le misure ed i benefici conseguibili per i dipendenti, per l'impresa o PA e per la collettività, sia in termini economici e di produttività che per l'impatto ambientale e sociale. In linea con le direttive nazionali e internazionali, trasporti e mobilità sono leve fondamentali per lo sviluppo sostenibile. Nell'Agenda 2030 il trasporto sostenibile coinvolge diversi Sustainable Development Goals (SDGs) e target: SDG3 (salute e benessere) ma anche SDG11 (città sostenibili) e SDG12 (consumo e produzioni responsabili). L'importanza del tema dal punto di vista climatico (SDG13) è stata ulteriormente richiamata dall'UNFCCC, in considerazione del fatto che la mobilità genera quasi un quarto delle emissioni mondiali di gas serra.
l) la **Programmazione delle misure per l'Antiriciclaggio**: nell'attuale contesto storico è richiesta una particolare attenzione alle misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 231/2007 (cd decreto antiriciclaggio) in relazione, in particolare, alle risorse messe a disposizione dal PNRR. Lo stesso Piano Nazionale Anticorruzione 2023 prevede una forte integrazione tra le attività di anticorruzione, antiriciclaggio e performance, da attuare mediante il coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo. Tale attività è supportata da una figura a tal fine preposta, il cd "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio".

Monitoraggio

I sistemi di gestione delle performance sono caratterizzati dall'utilizzo degli indicatori per la misurazione dei risultati, elementi tanto importanti quanto la definizione degli obiettivi stessi in quanto permettono di valutare i risultati conseguiti, l'accuratezza delle strategie e la determinazione delle azioni di miglioramento e la stima del loro impatto.
Il PIAO pertanto definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.
La sezione 4 del PIAO, "Monitoraggio" è pertanto dedicata agli indicatori per la valutazione dei risultati conseguiti.
I risultati raggiunti e misurati con utilizzo degli indicatori saranno oggetto di rendicontazione specifica e coerente nella Relazione delle Performance, da adottare entro il mese di giugno dell'anno successivo ai sensi dell'art. 16 D.Lgs.150/2009.

Linee Guida per l'implementazione dei PIAO nelle aziende ed enti del SSN

La normativa che ha introdotto il PIAO per gli enti pubblici non è stata ancora oggetto di recepimento e definizione di modalità operative (linee guida) da parte delle Regioni (come previsto dall'art. 6 del citato D.L. 80/2021), nell'ambito delle loro competenze, per l'applicazione da parte degli enti del SSN, che sono notoriamente caratterizzati da alcuni **elementi di specificità** che non possono non essere considerati nella stesura del PIAO, come recentemente sottolineato dalla Conferenza delle Regioni attraverso il Gruppo di lavoro appositamente costituito, specificità condivise e valorizzate anche dalla Fondazione IRCCS nella stesura del presente documento.
Il PIAO è considerato, infatti, un'opportunità di raccogliere, semplificare e armonizzare i differenti strumenti di programmazione aziendale e comunicare gli **impegni strategici**, rappresentati secondo un'articolazione schematica e comprensibile, ai numerosi stakeholder esterni (cittadini e associazioni, ma anche istituzioni) e interni (personale diretto, personale convenzionato, collaboratori, ecc.).
Non secondariamente, si ricorda che la declinazione degli impegni strategici in obiettivi operativi avviene attraverso il **budget** che, per gli enti del SSN, rappresenta lo strumento principale e consolidato di integrazione e semplificazione operativa dei sistemi di controllo interno. In tal senso, il PIAO valorizza e contestualizza in un'ottica strategica e di medio periodo il processo di budget che prende avvio ad inizio dell'anno.

Per quanto riguarda gli obiettivi generali degli enti del SSN, che rappresentano i riferimenti principali per identificare il **Valore pubblico** delle Aziende sanitarie, il richiamo è ai vari sistemi di valutazione della performance a livello nazionale (Nuovo Sistema di Garanzia, PNE, ecc.) e a livello regionale (indicatori di performance Esiti, Appropriatezza, Efficienza, ecc.), oltre agli elementi di programmazione regionale (Piani socio sanitari, obiettivi di mandato dei Direttori Generali, programmazione annuale - le cd. "regole di sistema").
Per quanto riguarda la **tempistica** di approvazione del PIAO, fissata dal DL 80/2021 al 31 gennaio di ogni anno ma con possibilità di differimento in caso di adozione successiva del bilancio preventivo, si ritiene utile adottare tale documento con rispetto del termine anche se le scadenze di formale approvazione di alcuni piani sono successive (pianificazione economico-finanziaria, piano degli investimenti ma anche piano dei fabbisogni e piano della formazione, piani legati alla sicurezza delle cure, ai piani attuativi di area ospedaliera, ai piani relativi alla prevenzione, ai piani di riduzione delle liste di attesa, ecc.), considerato che le regole di adozione di tali piani sono già di per sé garanti della coerenza rispetto alla programmazione. Inoltre il rispetto di tale tempistica è coerente con il regolare svolgimento del ciclo delle performance.
Il fatto che tale termine cada ad un mese soltanto dall'insediamento del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS e dall'avvio della sua operatività, può considerarsi non ancora completa la fase di definizione degli obiettivi strategici e operativi, che saranno affinati nei primi mesi del 2023. Il presente documento sarà, pertanto, oggetto di verifica ed eventuale aggiornamento.

Pertanto, il presente PIAO 2023/2025 è da considerarsi per la Fondazione IRCCS, a maggior ragione nel momento del suo avvio, l'occasione di delineare e presentare per la prima volta agli stakeholder la sua prospettiva strategica e di medio periodo, con una modalità di attuazione flessibile che rinvia la sua concretizzazione ad ulteriori momenti/strumenti di pianificazione e al processo di budget per la parte annuale.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La storia del San Gerardo e di Gerardo dei Tintori

Il 1° gennaio 2023, con la costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (di seguito Fondazione IRCCS), inizia un nuovo capitolo della storia dell'Ospedale San Gerardo dei Tintori, una storia cominciata 850 anni fa.

L'Ospedale San Gerardo deve la sua origine a **Gerardo dei Tintori** (**Girardus de Tinctoribus)** che lo fonda nel **1174**.

Gerardo apparteneva alla famiglia benestante "dei Tintori" (de Tinctoribus) o "Tintore", che fece la sua fortuna grazie alla tintura dei pannilana, attività molto diffusa all'epoca. Originaria di Milano, si era stabilita a Monza dove aveva una casa propria, possedimenti ed interessi e, nelle carte dell'epoca, viene ricordata come una delle più nobili e ricche famiglie della città "famiglia antica e honorata".

All'età di trent'anni Gerardo assistette personalmente alla distruzione della città di Milano, osservando la sofferenza e il dolore delle famiglie, delle donne rimaste vedove, degli anziani e dei bambini orfani abbandonati a se stessi. Decise allora di occuparsi dei poveri e dei malati, costituendo dopo la morte del padre un ospedale oltre il Lambro, nei possedimenti dei Tintori. Tutte le sue ricchezze vennero destinate all'Ospedale.

La fondazione dell'ospedale avvenne il **19 febbraio del 1174,** data in cui Gerardo stipulò con i consoli della città di Monza e con il Capitolo del Duomo, rappresentato dall'Arciprete Oberto da Terzago una convenzione nella quale se ne definiva lo status giuridico e amministrativo: l'ospedale dipendeva formalmente dall'autorità ecclesiastica, ma di fatto manteneva una sostanziale autonomia, mentre il Comune ne assumeva l'avvocazia, cioè la tutela giuridica.

Gerardo fondò un ordine di conversi laici che si occupavano di prestare servizio nell'ospedale, cui anche Gerardo apparteneva, svolgendo anche l'incarico di "ministro", cioè direttore dell'ospedale. Come risulta anche da alcuni documenti degli anni successivi, egli mantenne questo incarico fino alla morte, avvenuta il 6 giugno 1207, lasciando tutte le sue ricchezze all'ospedale. L'ospedale, attiguo alla chiesa di S. Ambrogio, viene inizialmente denominato "ospedale S. Ambrogio" o "ospedale dei poveri" e solo dal 1213 prende il nome dal santo fondatore.

Gerardo, pur restando laico, divenne quindi una grande **figura di riferimento per il popolo monzese** che lo sentiva come un protettore, ancora oggi uno dei due santi patroni insieme a San Giovanni Battista.

San Gerardo e le ciliegie

Una curiosità: ogni anno il giorno del 6 giugno la città di Monza celebra la devozione a San Gerardo dei Tintori al quale sono associate le ciliegie (le *ciries*, in dialetto brianzolo). Perché San Gerardo è associato alle ciliegie? Si narra che, in una sera di dicembre, Gerardo, che si recava spesso in Duomo a pregare, voleva restarvi per tutta la notte ma i custodi non avevano nessuna intenzione di lasciarlo fare. Per convincerli fece loro una promessa: il mattino successivo avrebbe portato in chiesa un cestello di ciliegie, nonostante fosse inverno, e così fece. Un vero e proprio "miracolo", dal momento che non erano esattamente un frutto di stagione. Proprio in ricordo di questo episodio, l'amministrazione dell'Ospedale di Monza, dedicato proprio a

Ospedale San Gerardo

Gerardo Tintore, ogni 6 giugno era solita offrire ai canonici del Duomo un'abbondante colazione a base di ciliegie.
La ciliegia è rimasta il simbolo dell'Ospedale, rappresentata in forma stilizzata nel logo ancora oggi visibile all'ingresso principale e nel logo.
Negli anni successivi alla fondazione del 1174 l'Istituzione è soggetta a evoluzioni e spostamenti di sede: nel 1769 il Governo austriaco riunisce i tre istituti, l'ospedale San Gerardo, l'ospedale San Bernardo e quello di Santa Marta, presso l'unica struttura di San Bernardo. Nel 1776 l'Ospedale, con 32 posti letto, torna nella sua antica dimora, ristrutturata, del San Gerardo. Nel 1786 L'Ospedale cambia nuovamente sede e si sposta presso il vecchio convento francescano in piazza Mercato. Nel 1792 il nosocomio ritorna ancora nella struttura del San Gerardo, ma l'immobile appare sempre inadeguato. Così si trasferisce nel 1808 presso l'ex seminario di Piazza Isola (piazza Garibaldi).
A fine ottocento l'Ospedale San Gerardo viene ingrandito, trovando collocazione nella nuova sede dell'**ottocentesco ospedale Umberto I** di via Solferino, costruzione a padiglioni che disponeva, alla sua apertura, di 208 posti letto, progettata a seguito della cospicua donazione appositamente effettuata nel 1890 dal re Umberto I e completata, in due anni, nel 1896. Il progetto, con la facciata in stile neoclassico, è dovuto all'architetto milanese Ercole Balossi Merlo.
Nel 1962 il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale San Gerardo decise di costruire un nuovo nosocomio, su progetto degli architetti romani Marino Marrazzi e Gianfranco Righini. La prima pietra di questa nuova struttura ospedaliera venne posta il 14 novembre 1964, **il "nuovo" San Gerardo** di via Pergolesi. Nel 1980 iniziò il trasferimento dei primi reparti dal vecchio ospedale di via Solferino al nuovo ospedale di via Pergolesi.
Tale struttura, attuale sede del San Gerardo dei Tintori, è dal 2019 interessata da un **progetto di riqualificazione strutturale** che ha visto la costruzione di una nuova struttura, la Palazzina Accoglienza, per la gestione dell'outpatient e il rinnovamento e messa a norma del monoblocco.

Il percorso di riconoscimento IRCCS
Con decreto del Sottosegretario di Stato alla salute 12 ottobre 2022, adottato d'intesa con il Presidente della Regione Lombardia, è stato riconosciuto **il carattere scientifico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza, relativamente all'Ospedale San Gerardo dei Tintori nella disciplina di "pediatria"**, anche sulla base di quanto verificato dalla commissione di valutazione nel corso delle due *site visit* tenutesi in data 28 dicembre 2021 e 8 giugno 2022 ed è stata disposta la costituzione della **Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori**.
La Fondazione ha natura pubblica, non ha scopo di lucro e ha durata illimitata, è dotata di personalità giuridica, ha piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed ha sede legale a Monza, in via Giovanni Battista Pergolesi n. 33. Lo Statuto della Fondazione IRCCS, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. XI/7360 del 21/11/2022, ne disciplina le finalità, l'organizzazione e il funzionamento.
L'Istituzione della Fondazione IRCCS rappresenta, sulla scorta della forte integrazione clinica, assistenziale ed organizzativa, la naturale evoluzione della sperimentazione gestionale, avviata con DGR VII/20887 del 2005, tra ASST di Monza, Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma e Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti De Marchi, chiamati ad operare in continuità la propria attività sotto la nuova forma dell'IRCCS.

L'assetto organizzativo della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
Il 1° gennaio 2023 si è insediato il Consiglio di Amministrazione che ha provveduto ad adottare i primi atti di insediamento e di nomina al fine di dare continuità alle attività conferite.
Sono organi della Fondazione:
- il Consiglio di Amministrazione di cui fanno parte: in rappresentanza della Regione Claudio Cogliati, Erik Pietro Sganzerla, Anna Maria Mancuso, Francesca Maria D'Alessandro e Guido Angelo Cavaletti, designato dal Comune di Monza Paolo Tagliabue, individuato dal Ministero della Salute Francesco Minnetti, nominati dai portatori di

interesse Luigi Roth (Fondazione Tettamanti) e Mauro Gallavotti (Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma)

- il Presidente: Claudio Cogliati
- il Direttore Generale: Silvano Casazza;
- il Direttore Scientifico facente funzione: Andrea Biondi
- il Collegio Sindacale

L'organizzazione della Fondazione IRCCS è descritta dal Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), che sarà adottato entro il mese di marzo 2023.
Dal 1° gennaio 2023 l'assetto delle strutture accreditate afferenti la Fondazione IRCCS di Monza è così articolato:
Ospedale San Gerardo di Monza
Strutture ambulatoriali:
Poliambulatorio Ospedale San Gerardo
CAL – Centro di Assistenza Limitata di Monza
CAL – Centro di Assistenza Limitata di Lissone
Ambulatorio Malattie Sessualmente Trasmesse di Muggiò
Psichiatria territoriale
Ambulatorio di psichiatria e psicologia clinica dell'Ospedale San Gerardo
Ambulatorio di psichiatria di Brugherio
Centro Diurno di Brugherio
Centro Diurno di Monza
Centro Diurno Casa di Bianca (disturbi alimentari)
Centro Psicosociale di Monza
Comunità protetta di Brugherio
Neuropsichiatria territoriale
UONPIA Polo ospedaliero Monza
UONPIA Polo territoriale Monza
Centro semiresidenziale terapeutico Lo Scarabocchio di Desio
Centro terapeutico psico-socio educativo Lo Scarabocchio di Desio
Consultorio familiare
Sede di Monza, via Boito
Sede di Monza, via De Amicis
Sede di Brugherio
Sede di Villasanta

Le strutture territoriali e le relative risorse del Distretto di Monza (Poliambulatorio, Medicina Legale, Sanità Penitenziaria, Serd, Protesica e SUPI) saranno trasferite all'ASST Brianza entro il 2023, come disposto dalla DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 che approva le cd "Regole di sistema" per il 2023.

La Fondazione IRCCS partecipa numerosi reti regionali di patologia (malattie rare, oncologica, ematologica, gastroenterologica, ecc.) e alle reti di patologia tempo dipendenti, infatti numerose sono le eccellenze ospedaliere tra cui si ricordano:

- EAS - Il Pronto Soccorso è Struttura organizzativa complessa afferente al Dipartimento di Emergenza Urgenza (POA con DELIBERAZIONE N° X/6295 Seduta del 06.03.2017 recepito con Decreto aziendale n. 238 del 23.02.2017).
- CTS Rete Trauma Maggiore – Decreto Direzione Generale Sanità n. 8531 del 01.10.2012
- Centro di riferimento di II livello nella Rete del Trauma complesso della mano e dell'arto superiore –

Decreto Direzione Generale Sanità n. 358 del 23.1.2014 e Decreto Direzione Generale Sanità n. 4825 del 06.06.2014

- Centro di IV livello della rete STEMI, Cardiologia Interventistica – DGR 1962 del 06.07.2011
- Centro Hub per la rete Stroke di II livello – DGR XI/7473 del 30.11.2022, dov'è attiva un'equipe tecnica di neurofisiopatologia h 24
- Centro Hub per l'Ostetricia e la Terapia Intensiva Neonatale
- Centro Trapianti di Midollo Osseo (adulti e bambini)
- Centro di III livello per la Rete Emorragie digestive – Decreto Direzione Generale Sanità n. 5168 del 11.6.2012
- Percorso preferenziale (short track) presso ambulatori specialistici di Oculistica, Dermatologia, Otorinolaringoiatria, dove vengono inviati direttamente per visita gli utenti che al triage di Pronto Soccorso presentano una chiara necessità specialistica e una condizione clinica stabile
- Centro regionale ECMO per il trattamento della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave e dello shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario – DGR 2562 del 2.12.2019
- Centro Hub per pneumologia, malattie infettive e terapia intensiva – DGR 3264 del 16.06.2020
- Laboratorio di terapia cellulare e genica "Stefano Verri"
- Sede del Coordinamento Provinciale per la donazione di organi e tessuti (Coordinamento Ospedaliero di Procurement - COP di II livello) collegato al Centro Nazionale Trapianti.

La mission della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

La Fondazione, nel rispetto delle norme e degli indirizzi ministeriali e regionali, si propone di costituire un centro di riferimento nazionale con caratteri di eccellenza nelle seguenti attività:

- ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- prestazioni di ricovero e cura di alta specialità con relativa assistenza sanitaria;
- alta formazione nell'ambito della sua specializzazione di riferimento.

L'attività di ricerca ha finalità pubbliche ed è diretta sia a sviluppare conoscenze nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica (cosiddetta ricerca "diretta") sia a raggiungere particolari e prioritari obiettivi, individuati dal Piano Sanitario Nazionale, mediante progetti specifici (cosiddetta ricerca "finalizzata").

Gli ambiti in cui si svilupperà la mission sono, prioritariamente, quello della disciplina di riconoscimento, la **pediatria**, con un "taglio" tuttavia trasversale che ne amplia gli orizzonti ad altre specialità, interessate dalla cura e dalla ricerca in ambito pediatrico.

Le attività dell'area pediatrica sia in ambito medico che chirurgico si sono progressivamente sviluppate negli anni all'interno del San Gerardo come **presidio ad alta specializzazione** favorendo la **gestione di pazienti in età pediatrica con patologie multifattoriali e complesse**.

Il San Gerardo è la struttura lombarda, seconda solo alla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, per numero di Piani Terapeutici attivi nell'ambito delle **malattie rare** (diagnosticate prevalentemente in età pediatrica), con continuo incremento negli anni.

La presenza dell'Università Milano-Bicocca con il Polo primario del Dipartimento di Medicina e Chirurgia – School of Medicine and Surgery – ha progressivamente favorito il reclutamento di competenze elettive in ambito clinico e di ricerca anche nell'ambito pediatrico.

Espressione di queste competenze integrate, è l'individuazione presso la Fondazione IRCCS di centri di **"European Reference Network" (ERN)** relativamente a: malformazioni cranio facciali su base genetica (ERN Cranio), malattie ematologiche rare (EuroBlooNet), malattie del fegato (Rare-Liver), malattie metaboliche congenite (MetabERN), oncologia pediatrica (PaedCan ERN).

Tali eccellenze prefigurano la possibilità di sviluppare ulteriormente le funzioni di "hub" nelle seguenti aree:

- Malattie rare in età pediatrica e nella transizione all'età adulta
- Oncologia pediatrica
- Nuovi farmaci di terapia genica e cellulare per la cura delle malattie genetiche e dei tumori in campo pediatrico

Punto di forza della Fondazione IRCCS è quella di avere un riconoscimento di carattere scientifico per l'Area Pediatrica in un contesto di Ospedale ad Alta Specializzazione considerando che:

i. le competenze multispecialistiche garantiscono un approccio a 360 gradi alle malattie multifattoriali e complesse in età pediatrica quando sono presenti competenze elettive in età pediatrica con l'individuazione di strutture organizzative specifiche (si veda nello specifico attivazione delle UOS di Ortopedia Pediatrica, Oculistica Pediatrica, Malformazioni Cranio-Facciali);
ii. le competenze multispecialistiche rendono più adeguato e possibile applicazione di percorsi di "transizione all'età adulta" per le malattie rare diagnosticate in età pediatrica;
iii. le attività di ricerca preclinica anche in aree diverse dalla Pediatria ed attive all'interno della Fondazione IRCCS (ad es. Neurologia, Ematologia e Immunologia, Pneumologia etc.) offrono l'opportunità di un fecondo "cross-talk" multidisciplinare.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La Fondazione IRCCS avvia la sua prima programmazione triennale sulla scia delle direttrici di valore già proprie dell'ASST Monza e della Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma, iniziando da qui a costruire una propria identità e una posizione nel panorama della ricerca nazionale e internazionale, ma con uno sguardo sempre attento alla tutela della salute dei pazienti e della comunità, al miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.
Nella sezione 2 vengono pertanto delineate le linee strategiche da cui discende la programmazione triennale istituzionale e la declinazione nella programmazione operativa.

Valore pubblico

Il Valore pubblico che la Fondazione IRCCS si prefigge di creare si articola nelle seguenti direttrici strategiche a partire dalle quali sono definiti gli obiettivi triennali del presente Piano:

- **Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità**
- **Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti**
- **Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica**
- **Innovazione: riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia**
- **Formazione: formare nuovi professionisti sanitari**
- **Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere**
- **Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata**
- **Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza**
- **Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza**
- **Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente**

Gli obiettivi triennali che ne derivano sono trattati nel sistema di gestione delle performance per la declinazione, gestione, misurazione e valutazione della performance organizzativa complessiva aziendale e delle sue articolazioni.

Il Piano della Performance 2023/2025

Il sistema di gestione della performance

La Fondazione IRCCS adotta un **sistema di gestione della performance** al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione, definito dal "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance", adottato dall'ASST Monza ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/2009 con deliberazione n. 122 del 30/01/2018. Il documento descrive processo, metodi, strumenti e soggetti coinvolti nel miglioramento continuo dell'organizzazione mediante la gestione della performance, ed è pubblicato nel sito istituzionale alla pagina internet: https://www.asst-monza.it/en/performance.

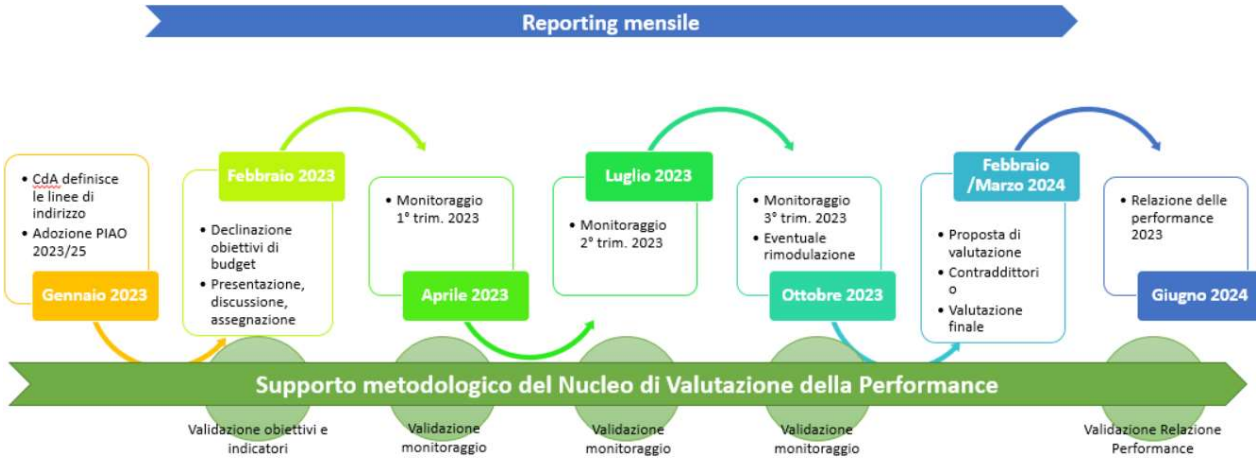
Le linee di indirizzo strategiche definiscono gli obiettivi triennali 2023/2025 della Fondazione IRCCS, successivamente declinati, nella programmazione gestionale annuale 2023, attraverso l'assegnazione di obiettivi di budget a tutte le Strutture aziendali individuate come Centri di Responsabilità (CDR). Assegnazione degli obiettivi e monitoraggio attraverso il reporting sono svolti secondo i criteri di trasparenza e partecipazione in modo da **garantire, attraverso sistemi premianti selettivi, la cultura del merito e il miglioramento della performance**.

Il processo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

1) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, con collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse verificata in sede di adozione del bilancio di previsione 2023;

2) Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, con utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito e 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 mediante adozione e pubblicazione della "Relazione annuale sulla performance".

Il processo di programmazione 2023 si articola, indicativamente, secondo il seguente cronoprogramma:



Il Nucleo di Valutazione delle Performance o NVP (https://www.asst-monza.it/oiv) supporta il ciclo di gestione della performance. È infatti l'organismo aziendale preposto al monitoraggio del funzionamento complessivo del

sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, assicurando il supporto operativo e tecnico alle attività di misurazione e di valutazione delle performance, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o alle aree di responsabilità ed ai singoli dipendenti.
Il Nucleo di Valutazione delle Performance è stato nominato con delibera del Direttore Generale dell'ASST Monza n. 1131 del 29 luglio 2021, con decorrenza 1° settembre 2021.
Il Nucleo di Valutazione:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale, assicurando il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale e il rispetto del principio della trasparenza
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'Azienda, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale e in coerenza con il D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, e verifica, altresì, l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento della performance organizzativa e individuale del personale secondo i principi di merito ed equità, verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del Comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento e propone al Direttore Generale la valutazione dei dirigenti
- valida la relazione sulle performance, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse impiegate
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione come meglio precisato nella successiva sezione relativa al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Performance istituzionale: obiettivi strategici 2023/2025

1. Consolidamento organizzativo

Obiettivo prioritario per la neo costituita Fondazione IRCCS è il **consolidamento della struttura organizzativa**, da attuare nel corso del 2023, attraverso la definizione, da parte del Consiglio di Amministrazione, di alcuni atti costitutivi e di indirizzo e attraverso l'attuazione di alcuni adempimenti.
Tra gli adempimenti si richiamano, in particolare, quelli di natura fiscale, informativa e contabile:

Agenzia delle Entrate	Comunicazione del nominativo del Legale Rappresentate (Presidente, dr. Claudio Cogliati) e richiesta presso l'Agenzia delle entrate di: - credenziali per il Servizio ENTRATEL - autorizzazione per l'imposta di bollo virtuale; - credenziali per Servizio di verifica degli inadempimenti (Agenzia delle Entrate-Riscossioni)
Adeguamento documenti fiscali	Aggiornamento dei nuovi identificativi (P.IVA, C.F., DENOMINAZIONE, ecc.) nelle anagrafiche dell'Azienda ed in tutti gli identificativi civilistici, fiscali e contributivi.

Codice IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni) e richiesta Codice Univoco Fatturazione elettronica	Richiesta di apertura del nuovo codice IPA e definizione dei nuovi codici univoci di fatturazione elettronica
Comunicazioni ai fornitori degli elementi per la fatturazione elettronica di beni e servizi di competenza 2023 e pregresse	Pubblicazione sul sito istituzionale delle circolare per i fornitori con indicazioni riguardo alla fatturazione. Comunicazione trasmessa anche a mezzo e-mail ai principali fornitori.
Tesoreria	Comunicazione al Tesoriere (IntesaSanpaolo S.p.a.) relativamente alla trasformazione dell'ASST di Monza in Fondazione IRCCS e richiesta di apertura del nuovo conto di tesoreria, trasferendo le disponibilità esistenti al 31.12.2022 sulla contabilità speciale dell'ASST alla contabilità dell'IRCCS. A tale scopo si è provveduto tempestivamente alla regolarizzazione dei sospesi (provvisori di entrate e di uscita).
Tesoreria – Banca d'Italia	Comunicazione al Ministero dell'Economia e Finanze relativamente alla trasformazione dell'ASST di Monza in Fondazione IRCCS e richiesta di apertura della nuova contabilità speciale e attivazione del codice ISTAT per le segnalazioni SIOPE.
PORTALE REGIONALE PAY ON LINE	Registrazione del nuovo ente sul portale *Pay on Line* per il riconoscimento dei pagamenti effettuati dalla Regione Lombardia a favore dei propri creditori.
HUB REGIONALE fatturazione elettronica	Comunicazione all'HUB regionale ai fini della gestione della fatturazione elettronica.

Altre attività di consolidamento della struttura riguardano:

- **Accreditamento**: trasferimento degli assetti accreditati di ASST Monza e FMBBM
- **POAS:** adozione di un **POAS integrato** (ASST +/- strutture afferite da FT-FMBBM e cedute a ASST Brianza in attesa di attuare il **POAS unico entro il 31 marzo 2023** come previsto dalla DGR XI/7758 del 28/12/2022 "Regole di sistema 2023"
- **Sistema documentale:** aggiornamento documenti, modulistica, regolamenti, sito internet, protocollo, gestione personale, ecc.
- **Direzione scientifica**: consolidamento uffici di staff
- **Sistema informativo:** consolidamento e integrazione delle piattaforme dati e dei flussi informativi
- **Contratti di fornitura di beni e servizi**: gestione centralizzata unificata
- **Convenzione FMBBM 2023**: avvio nuovi rapporti convenzionali ed accordi sulle risorse umane necessarie per garantire le attività ed il mantenimento degli standard gestionali delle attività afferite alla Fondazione IRCCS
- **Territorio**: trasferimento delle strutture territoriali e delle relative risorse del Distretto di Monza (Poliambulatorio, Medicina Legale, Sanità Penitenziaria, Serd, Protesica e SUPI) all'ASST Brianza entro il 2023, come disposto dalla DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 che approva le cd "Regole di sistema" per il 2023.

Obiettivo per il 2023 della Fondazione IRCCS è il consolidamento della struttura organizzativa e la conseguente piena operatività della Fondazione IRCCS, tra cui l'adozione del POAS entro il 31/03/2023 e la sua trasmissione alla Direzione Generale Welfare.

2. Politiche sanitarie regionali

La Fondazione IRCCS partecipa all'attuazione delle politiche sanitarie regionali, delineate dalle "Regole per la Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale", adottate, per il 2023, con DGR XI/7758 del 28/12/2022 (le cd. "regole di sistema") e declinate negli atti conseguenti. Si precisa che, per le Fondazioni I.R.C.C.S. di diritto pubblico, gli obiettivi regionali sono recepiti nella formulazione degli obiettivi dei Direttori Generali quali linee di indirizzo.
Al fine di garantire il pieno raggiungimento, gli obiettivi regionali sono assegnati ai referenti interni aziendali individuati per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione e vengono declinati alle articolazioni aziendali coinvolte, mediante il budget, al fine di consentire un'azione coordinata e funzionale all'efficacia dell'azione aziendale a completamento e integrazione del processo di gestione della performance organizzativa.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è tendenziale raggiungimento del 100% di risultato rispetto agli obiettivi e relativi indicatori indicati dalla Regione e dalla Direzione Generale Welfare (obiettivi regionali "regole di sistema", piani e programmi regionali).

3. Creazione di Valore: obiettivi strategici 2023/2025

- **Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità**

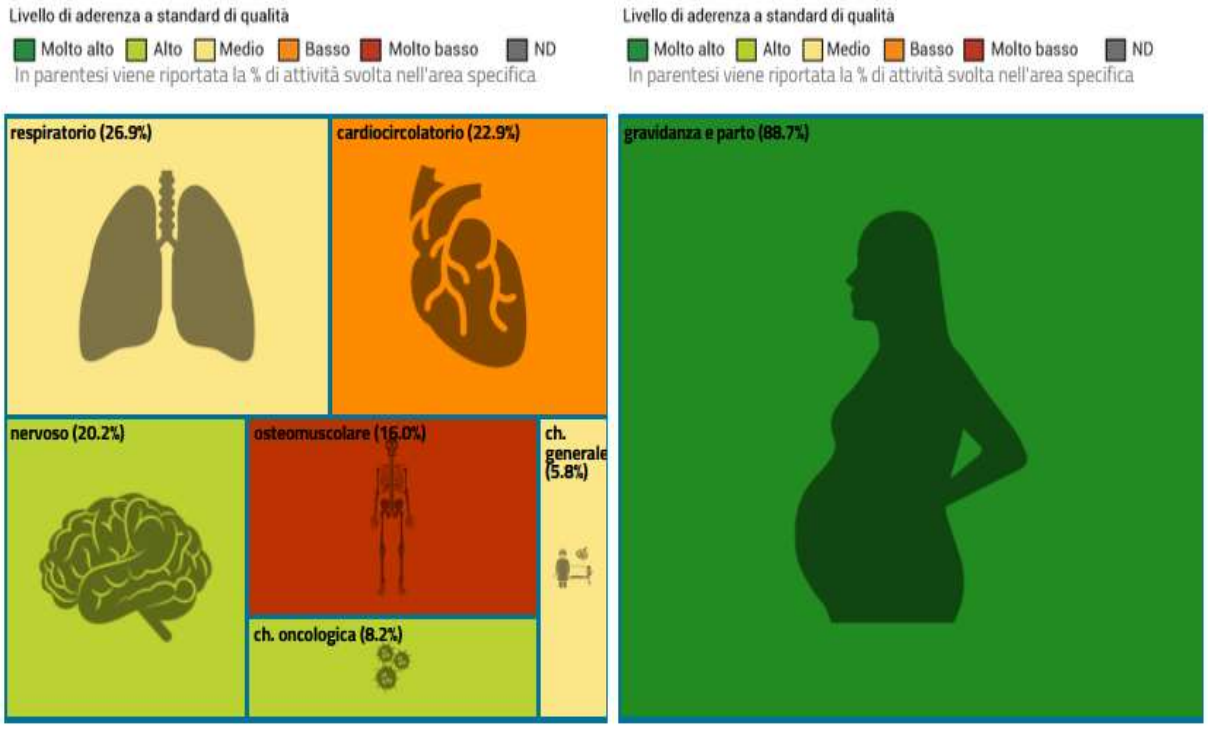
Volumi

Garantire adeguati volumi di prestazioni sanitarie al fine di dare risposta ai bisogni di salute dei pazienti.
Sono di seguito riportati i volumi delle principali linee di produzione aziendali del 2022 (prechiusura) a perimetro IRCCS (consolidamento dei dati di ASST Monza e Fondazione MBBM):

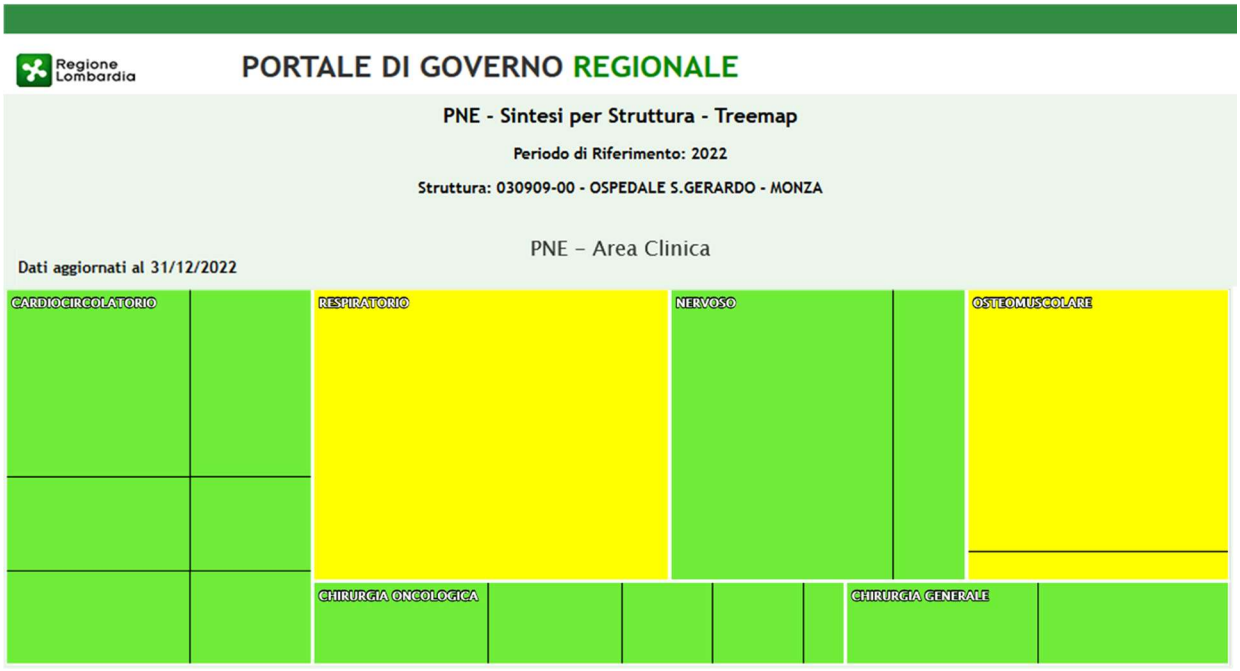
Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è recupero dei volumi di produzione pre pandemia (rif. anno 2019) ed il mantenimento nel triennio, con saturazione della capacità produttiva (tasso occupazione posto letto, saturazione risorse di sala operatoria e ambulatori).

Qualità ed esiti

La Fondazione IRCCS promuove la qualità delle cure misurata e valutata nei sistemi di valutazione della performance in sanità cui fa riferimento Regione Lombardia, in particolare il PNE – Programma Nazionale Esiti e il Network delle Regioni - MeS Scuola Universitaria Superiore S. Anna, mediante monitoraggio degli indicatori e attivazione degli opportuni interventi correttivi.
La valutazione degli indicatori del PNE ed. 2022, con dati riferiti al 2021, mostra degli indicatori positivi sia per l'ASST Monza che per la Fondazione MBBM:



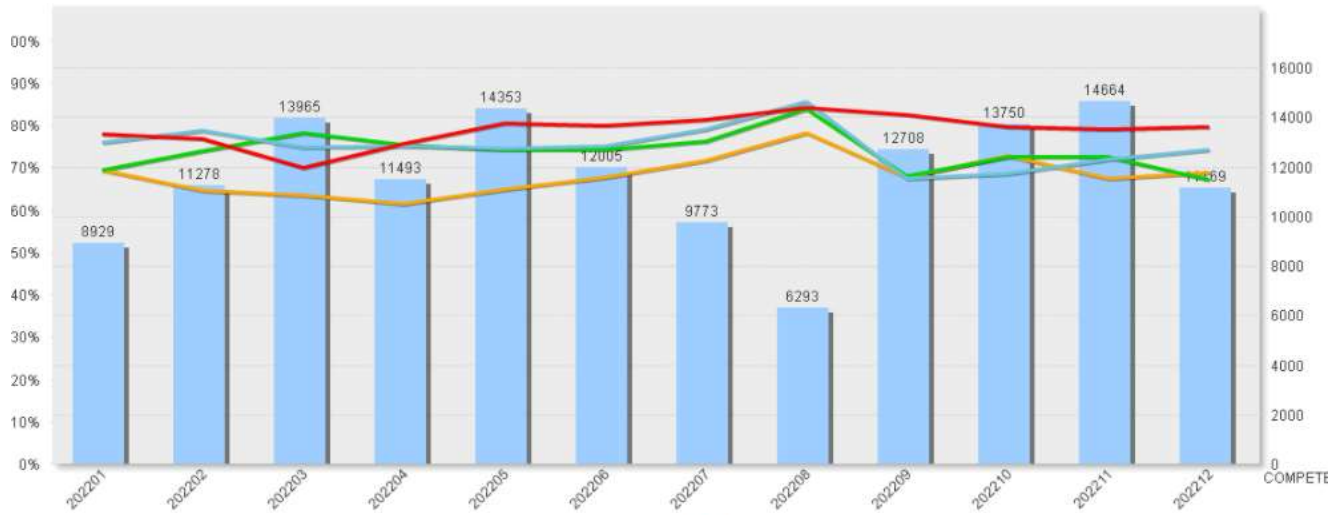
I risultati inferiori evidenziati nel 2021 per le strutture ASST Monza sono dovuti all'emergenza COVID che ha impattato, in particolare, sull'attività chirurgica elettiva in termini sia di riduzione dei volumi che di aumento della complessità dei pazienti trattati. La valutazione 2022, ancorché provvisoria, fornita dal monitoraggio di Regione Lombardia, evidenzia infatti un netto miglioramento:



Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il miglioramento degli indicatori di performance critici e il mantenimento di quelli con performance positiva.

Accessibilità: i tempi di attesa

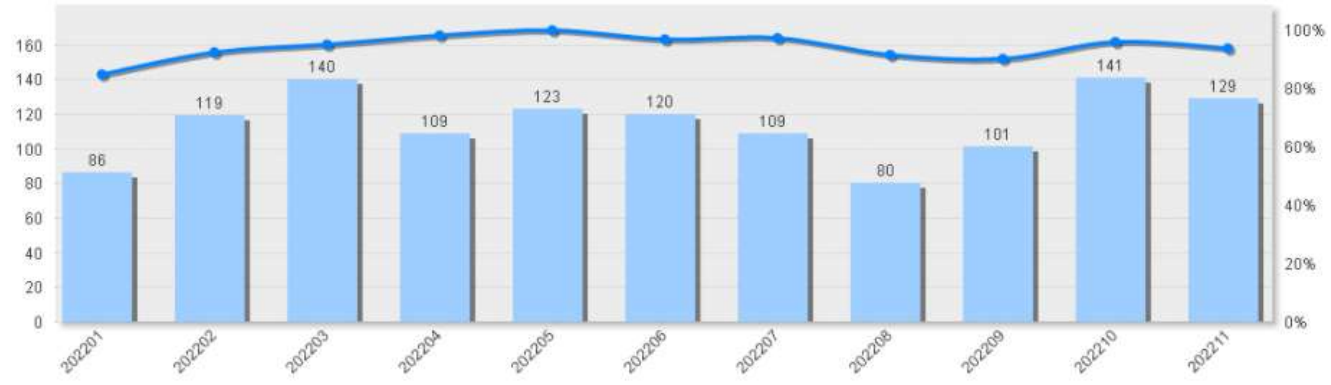
Il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie elettive, ambulatoriali, diagnostiche e chirurgiche, è un obiettivo prioritario perseguito attraverso un'attenta e costante attività di programmazione e verifica, a cura del Comitato dei Tempi di Attesa, che coinvolge la Direzione Strategica e i professionisti aziendali, tra cui il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa.
I risultati non ottimali degli ultimi tre anni sono conseguenti al lungo periodo di emergenza sanitaria correlata alla pandemia, tuttavia la Fondazione IRCCS si pone come obiettivo prioritario l'equità, garantita dalla trasparenza dei percorsi e da un'attenta e puntuale attività di programmazione delle attività con assegnazione delle risorse basata su criteri di rispetto delle liste di attesa e delle priorità cliniche assegnate.
Nel grafico seguente sono rappresentati i dati mensili, da gennaio 2019 a dicembre 2022, dei volumi di **prestazioni ambulatoriali e diagnostiche** erogate e le percentuali di rispetto dei tempi attesi per classe di priorità, con riferimento alle prestazioni monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:



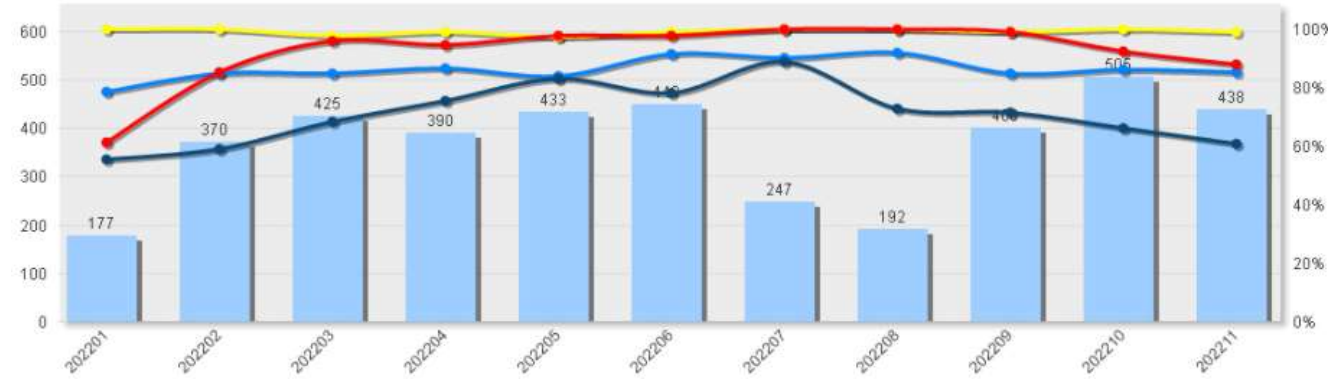
Legenda:
quantità casi = n.ro prestazioni erogate
% Prest = percentuale prestazioni erogate nei tempi di attesa per classe di priorità (U = Urgente entro 3 gg, B = Breve entro 10 gg, D = Differibile entro 30 giorni, P = Programmabile

Il rispetto dei tempi di attesa delle **prestazioni chirurgiche elettive, oncologiche e non oncologiche**, è stato oggetto di specifica programmazione regionale nel 2022. La valutazione conseguita dalle strutture del San Gerardo, ancorché provvisoria, è molto positiva come riportato dai seguenti grafici.

Interventi chirurgici oncologici di classe A: tempi di attesa rispettati nel 95% dei casi (obiettivo regionale):



Interventi chirurgici non oncologici: tempi di attesa rispettati nell'86% dei casi (da aprile obiettivo regionale)



Legenda:
quantità casi = n.ro prestazioni erogate
% entro = percentuale prestazioni erogate nei tempi di attesa per classe di priorità (A = entro 30 gg, B entro 60 gg, C entro 180 giorni, D entro 365 gg)

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il miglioramento degli indicatori dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prioritariamente contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) e l'adesione alle indicazioni regionali mirate al contenimento dei tempi di attesa, tra cui la DGR XI/7475 del 30/11/2022 che per il 2023 ha previsto alcune azioni di miglioramento con riferimento alle dieci prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica ritenute maggiormente critiche a livello regionale.

Accessibilità: Pronto Soccorso

Negli ultimi anni si è determinato a livello nazionale un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, per molteplici concause esogene (tra le principali l'invecchiamento della popolazione, l'inappropriato ricorso al PS e la carenza di strutture territoriali alternative) ed endogene (possibile riduzione dei posti letto o ritardi nella diagnostica di supporto o il fenomeno del cosiddetto "***boarding***", ovvero il paziente in PS dopo il termine del processo di gestione in emergenza/urgenza, in attesa di ricovero in reparto).
La gestione del Pronto Soccorso è stato un obiettivo prioritario del SSR lombardo nel corso dell'anno 2022.
Con decreto della DG Welfare n. 75 del 28/01/2022 è stata attivata la Rete regionale dei Pronto Soccorso, con contestuale approvazione del Piano di Rete, finalizzato prioritariamente alla riduzione del tempo di "*boarding*", garantendo il ricovero entro le 8 ore dall'accesso in triage, anche attraverso la costante analisi centrale dei flussi inter-ospedalieri.
Con Deliberazione n. XI/6893 del 05/09/2022 Regione Lombardia ha approvato il documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso", che prevede, tra l'altro, strategie codificate e pianificate per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto, oltre a modalità di analisi e monitoraggio dei tempi di intervento su un set di indicatori predefiniti.
Il Sistema di Emergenza Urgenza On-line (EUOL) fornisce un costante aggiornamento tra gli Enti SSR e le centrali operative di emergenza/urgenza, al fine di avere un maggior governo, con informazioni fruibili in tempo reale, evidenziando l'indice di affollamento Nedocs, distinto per: pazienti in carico, pazienti in trattamento, pazienti ad alto impegno di risorse, pazienti nella giornata e pazienti in attesa di ricovero.
Con Deliberazione n. XI/7758 del 28/12/2022 Regione Lombardia, tra le prime azioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023, ha previsto i principali interventi di prossima adozione per la gestione dell'emergenza urgenza ospedaliera, ovvero:

- predisposizione di un flusso informativo mensile di indicatori PS;
- eliminazione di ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti (intervenendo, in particolare, sull'accesso e disponibilità dei posti letto nelle unità territoriali).

I principali obiettivi per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS sono:

- l'adeguamento informatico ai flussi regionali (con integrazione al nuovo CUP aziendale, attualmente in fase di implementazione) e integrazione con EUOL per la misurazione accurata del fenomeno del *boarding*;
- l'estensione della funzione di *Bed Management* presente e attiva 365 giorni/anno;
- l'estensione della funzione del Case Management, a risoluzione di ostacoli clinico-sociali che potrebbero ritardare le dimissioni del paziente;

- il miglioramento qualitativo della documentazione sanitaria in fase di dimissione del paziente, per la quantificazione del fenomeno dei *bedblockers*.

• Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti

La direttrice strategica ha l'obiettivo di garantire il raggiungimento e il costante monitoraggio di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico, attraverso, da un lato, la strutturazione di una programmazione definita dal Piano Annuale di Risk Management (PARM), in linea con la programmazione di Regione Lombardia, e dall'altro, le verifiche esterne di qualità da parte di Organismi Terzi per la Certificazione ISO 9001.

1. Una **certificazione** di qualità internazionalmente riconosciuta, quale quella secondo gli **standard ISO 9001: 2015**, è tra gli elementi per il riconoscimento del carattere scientifico e di ricerca di strutture pubbliche e private. Il riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina "pediatria" comporta l'estensione del Sistema di Gestione Qualità alle Unità Operative che sono collegate all'area pediatrica prevedendo la Certificazione ISO 9001:2015 di ulteriori n. 18 Unità Operative. Nell'arco del triennio 2023-2025 si procederà pertanto ad avviare le attività preparatorie alla Certificazione di n. 6 Unità Operative per ciascun anno.
   Tra le attività, dovrà essere prevista, innanzitutto, una formazione specifica dei Rappresentanti della Qualità a cui seguirà una formazione di tutto il restante personale operante presso le Unità Operative. Seguiranno dei gruppi di lavoro su singole tematiche, quali la produzione di procedure e la gestione documentale, la gestione delle non conformità, la gestione del rischio, il riesame della direzione, ecc.
   Ciascuna struttura sarà quindi sottoposta ad un pre audit per la verifica del livello di implementazione del sistema di gestione qualità, a cui seguirà l'effettuazione di un audit interno. Qualora l'esito di quest'ultimo sia positivo, si potrà procedere alla richiesta di visita ispettiva da parte di un Ente terzo che provvederà al rilascio del certificato.
   L'indicatore di performance sarà, per ciascun anno, il superamento dell'audit interno a cui dovrà seguire l'esito positivo della verifica di parte terza nell'anno successivo.
   Le prime unità operative che verranno certificate sono quelle che sono collegate al European Reference Network (ERN) ed in particolare Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Chirurgia Maxillo Facciale, Gastroenterologia, cui seguiranno Ginecologia e Ostetricia per la stretta correlazione con la Pediatria.
   Una volta costituita nel POAS anche la Struttura di riferimento per le Malattie Rare e le Malattie Metaboliche Congenite, si procederà alla certificazione anche di quest'ultima.
   Seguiranno nel processo di certificazione le strutture di Nefrologia, Pneumologia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Oculistica, Neurologia, Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva Neurochirurgica e Sub intensiva Neurochirurgica, Neurorianimazione.

   Obiettivo per il triennio 2023/2025 è la certificazione delle strutture individuate (18/18).

2. Per quanto riguarda l'area del **Risk Management**, ogni anno verrà predisposto un Piano Annuale di Risk Management (PARM) secondo la programmazione regionale, che ne prevede l'invio entro il mese di marzo dell'anno di riferimento e la rendicontazione delle attività svolte entro il mese di gennaio dell'anno successivo. Gli obiettivi contenuti nel PARM vengono prioritariamente definiti seguendo le linee guida regionali emanate ogni anno. Per quanto concerne l'area del rischio clinico, viene effettuata l'analisi dei

sinistri e delle segnalazioni di incident reporting pervenute nell'anno precedente, e la rendicontazione dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.
Nel PARM verranno inseriti tutti i contributi delle Unità Operative individuate come gestori del rischio a livello aziendale che dovranno prevedere azioni di miglioramento specifico per le aree di competenza se non già ricomprese in specifici piani/documenti già predisposti perché richiesti da normativa specifica (es piano RPCT, piano formazione, ecc.).

Obiettivo per il triennio 2023/2025 è il raggiungimento di almeno l'80% degli obiettivi definiti nel PARM di ciascun anno.

3. Nelle linee guida di risk management del 2022, Regione Lombardia ha chiesto alle aziende di sviluppare un nuovo modello organizzativo, **l'Enterprise Risk Management (ERM)**, che prevede la gestione olistica di tutti i fattori di rischio che possono compromettere la continuità operativa delle strutture sanitarie. Al fine di implementare tale progetto, il Gruppo di Coordinamento di Gestione del Rischio (GCGR), appositamente rinnovato comprendendo tutte le figure di riferimento aziendali che gestiscono una tipologia di rischio, lavorerà per definire una metodologia condivisa per la gestione di tutti i rischi aziendali.

   Obiettivo per il triennio 2023/2025 per il 2023 è la predisposizione di specifica procedura per la gestione dei rischi aziendali e la sua applicazione nel biennio successivo.

• Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica

Le principali competenze medico e chirurgiche riferite all'area pediatrica e che declinano gli obiettivi prioritari per la Fondazione IRCCS nel triennio 2023/2025 sono:

1. **Ematologia pediatrica e centro trapianti**
   Nell'ambito dell'oncologia pediatrica si prevede lo sviluppo di un modello interaziendale tra la Fondazione IRCCS e l'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT-Milano) che nell'ambito dell'oncologia pediatrica costituiscono rispettivamente i centri con maggiore reclutamento di pazienti in Italia nell'ambito delle neoplasie ematologiche e solide. Tra i due Centri è in atto da molti anni un'attiva cooperazione su progetti di ricerca sulla valutazione degli effetti a lungo termine dei lunghi sopravviventi da tumore pediatrico (LSTP), nella cooperazione internazionale con progetti specifici di gemellaggio con centri di Oncologia Pediatrica in Centro America e, più di recente, nel progetto FORTEe di implementazione dell'esercizio personalizzato e standardizzato per bambini e adolescenti in cura per tumore. Da un punto di vista clinico è già in atto nell'ambito specifico della neuro-oncologia pediatrico un modello di gestione inter-dipartimentale ed interaziendale dei dati clinici/radiologici e del bambino affetto da tumore cerebrale tra l'Oncologia Pediatrica dell'INT Milano le diverse realtà cliniche della Fondazione IRCCS che sono dedicate alla diagnosi e al trattamento in fase acuta del paziente pediatrico con tumore cerebrale. La prospettiva è quella che i due IRCCS (Fondazione San Gerardo dei Tintori e INT-Milano), entrambi pubblici, possano costituire un "hub" di oncologia pediatrica con un modello di governance interaziendale, che possa permettere alla Lombardia e all'Italia di collocarsi nel network dei Centri di eccellenza di Oncologia Pediatrica in Europa.
2. **Terapia genica e cellulare per la cura delle malattie genetiche e dei tumori in campo pediatrico**
   Nell'ambito di ricerca di nuovi farmaci di terapia genica e cellulare, la Fondazione IRCCS si propone di dare ulteriore impulso a quanto hanno realizzato, nel corso degli anni, la Fondazione Tettamanti e il "Laboratorio Stefano Verri per terapie cellulari e geniche" dell'ASST di Monza, in particolare nelle applicazioni cliniche di terapie cellulari (ATMP) in varie patologie target tumorali: Leucemia linfoblastica acuta recidivante/resistente da precursori delle cellule B; Patologie del sistema nervoso (sclerosi multipla);

Malattia del trapianto contro l'ospite (GvHD) resistente agli steroidi; Cardiomiopatie ischemiche refrattarie e all'approccio non virale per lo sviluppo di terapie cellulari geniche (AGTMP) con particolare attenzione alle cellule CAR-T, con l'utilizzo delle cellule CIK (Cytokine Induced Killer) come cellule effettrici.
Di particolare rilevanza è il recente accordo di collaborazione tra Fondazione Telethon, l'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e la Fondazione Tettamanti attivi già da tempo nel campo delle terapie avanzate, nell'ambito delle rispettive competenze e attività di ricerca, con l'obiettivo di promuovere la ricerca scientifica e lo sviluppo di terapie geniche (AGTMP).
Analogamente a quanto proposto per l'oncologia pediatrica, tale accordo ha candidato le tre strutture alla partecipazione come "spoke" al Centro Nazionale di terapia Genica e Farmaci a mRNA previsto ed in fase di attuazione nell'ambito del PNRR.

3. **Malattie metaboliche congenite**
   Il Centro di Malattie Metaboliche (afferente a Pediatria e Neonatologia/TIN), da oltre 15 anni segue neonati/bambini ad alta complessità assistenziale provenienti dalla Lombardia e da altre regioni d'Italia affetti da malattie congenite del metabolismo, con particolare riferimento a difetti del ciclo dell'urea, aminoacidopatie, acidurie organiche, difetti della Beta-ossidazione dei grassi, disturbi del metabolismo dei carboidrati (glicogenosi, intolleranza ereditaria al fruttosio e galattosemia), disordini di glicosilazione delle proteine, malattie lisosomiali. Con delibera n° X/4702 del 29/12/2015 il Centro è individuato di riferimento regionale per i neonati positivi al programma dello Screening Neonatale Esteso (SNE) insieme alla Pediatria dell'IRCCS Fondazione Ca' Granda di Milano. La prospettiva è quella che i due IRCCS (San Gerardo dei Tintori e Ca' Granda) possano costituire un "hub" nell'ambito delle malattie congenite del metabolismo con un modello di governance interaziendale, che possa ulteriormente valorizzare il ruolo dei due centri della Regione Lombardia nell'ambito dell'ERN dedicato (MetabERN).
4. **Endocrinologia pediatrica**
   Le attività cliniche e di ricerca di endocrinologia pediatrica sono orientate all'inquadramento diagnostico e terapeutico delle patologie ipofisarie, surrenaliche e gonadiche con particolare focus sui effetti collaterali tardivi di radio e chemioterapia in pazienti lunghi sopravviventi da tumore pediatrico (LSTP). In questo caso è attiva un'intensa collaborazione anche con l'Oncologia Pediatrica della Fondazione IRCCS INT-Milano sia per il riferimento di pazienti che per progetti di ricerca.
5. **Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica**
   Le attività cliniche e di ricerca nell'ambito della gastroenterologia pediatrica sono particolarmente attive nell'ambito delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) per le quali la Pediatria segue il maggior numero di pazienti in età pediatrica in Lombardia come si evince dal registro nazionale delle MICI. Tale attività è fortemente supportata dalla Endoscopia Digestiva che ha sviluppato negli anni un'importante competenza pediatrica e in ambito epatologico dalla stretta interazione sia ambito clinica che di ricerca con la Gastroenterologia specie per quanto riguarda l'epatologia pediatrica anche nell'ambito dell'ERN "Rare Liver" che include proprio anche l'ambito pediatrico.
6. **Genetica e Sindromologia Pediatrica**
   L'attività inerisce alla diagnosi e follow-up delle sindromi genetiche rare, essendo la Pediatria e la Neonatologia/TIN centro di riferimento regionale per n. 78 differenti condizioni o gruppi di condizioni come si evince per numero di nuove diagnosi dal registro delle Malattie Rare della Regione Lombardia. Le competenze di genetica e di sindromologia pediatrica (con due Medici dedicati a tale attività) sono integrate con tutte le attività degli ERN, promuovendo progetti specifici di ricerca. In particolare da anni è attivo un programma "Telethon Undiagnosed disease program 2015" che ha visto proprio la Pediatria coinvolta in collaborazione con IRCCS Bambino Gesù di Roma ed il TIGEM di Napoli, che ha portato all'identificazione di nuovi geni-malattia in alcune condizioni malformative ultra-rare.
7. **Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN)**

Dal 2006 è attivo il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria Neonatale, Neo-FIRE, nato in collaborazione Dipartimento di Bio-Ingegneria del Politecnico di Milano. Il Laboratorio si occupa principalmente di sperimentare in età neonatale nuove tecniche non invasive di monitoraggio della funzione respiratoria.

8. **Chirurgia maxillo-facciale pediatrica**
   La correzione delle malformazioni congenite del cranio sono una delle attività elettive della Chirurgia Maxillo-Facciale come centro di riferimento regionale e si svolge in stretta collaborazione con Neurochirugia, Terapia Intensiva ad indirizzo Neurologico/Neurochirurgico, Neuroradiologia, Fondazione TecnoMed (UniMIB) e Neuropsichiatria Infantile. In collaborazione con Pediatria e Neonatologia, con le competenze di genetica pediatrica sono attivi diversi progetti di ricerca per l'identificazione di geni-malattia nelle malformazioni craniofacciali isolate o come parte di quadri sindromici senza una diagnosi genetica nota.
9. **Neurologia e neuropsichiatria (NPI) pediatrica**
   Le attività cliniche e di ricerca in corso si sviluppano nei seguenti ambiti:
   i. Malattie rare neurologiche: encefalopatie epilettogene a determinante genetica. La Neurologia con numerosi centri di eccellenza diffusi sul territorio Nazionale è riferimento in Italia svolge attività di analisi di pazienti affetti da epilessia ad esordio infantile per identificare le cause genetiche della malattia;
   ii. Approccio integrato all'adolescente con disturbi alimentari. È attivo un programma multispecialistico presso la Neuropsichiatria Infantile che prevede la presa in carico degli adolescenti con disturbi alimentari secondo quanto previsto dalle linee guida e le indicazioni internazionali.
10. **Ortopedia pediatrica**
    Le attività cliniche e di ricerca sono orientate in due diversi ambiti:
    i. correzioni delle malformazioni ed eterometrie degli arti, alterazioni congenite e progressive articolari, alterazioni qualitative e quantitative dell'osso in malattie metaboliche e complesse in età pediatrica;
    ii. correzioni delle complicanze osteo-articolari in pazienti pediatrici affetti da patologie emato-oncologiche quali l'osteonecrosi.
11. **Oculistica Pediatrica**
    Oculistica, Neonatologia/TIN e Pediatria hanno attivato un programma integrato di diagnosi e trattamento dei neonati e bambini con patologie oculari complesse. In particolare:
    i. Retinopatia del pretermine;
    ii. Screening oculistico TORCH/malattie infettive materne;
    iii. Inquadramento diagnostico in quadri di sospetta patologia genetica/metabolica;
    iv. Traumi non accidentali;
    v. Gestione delle anomalie congenite delle vie lacrimali gravi;
    vi. Trattamento dei pz affetti da cataratta congenita/glaucoma congenito.
12. **Next generation sequencing (NGS)**
    Il San Gerardo è entrato nella rete regionale della diagnostica NGS a fronte del progressivo incremento dell'utilizzo di questa tecnologia nei laboratori della Fondazione IRCCS, tanto che oggi l'NGS è la tecnica elettiva per alcune applicazioni sia in ambito oncologico che non neoplastico. La costituzione dell'NGS facility, nell'ambito del relativo progetto regionale, rappresenta l'occasione per riconoscere il presidio come riferimento territoriale (hub) considerato l'alto expertise raggiunto dagli operatori coinvolti e dalla molteplicità delle prestazioni erogate nei diversi ambiti di applicazione clinica della tecnologia NGS nei seguenti ambiti:
    CAMPO ONCOLOGICO: Neoplasie ematologiche, Neoplasie solide
    MALATTIE GENETICHE: Malattie metaboliche, RASopatie, Patologie neurodegenerative, Progetto genetica delle craniostenosi e malformazioni cranio-facciali, Progetto genetica delle epilessie complesse ad esordio neonatale-infantile

MALATTIE INFETTIVE: Progetto sorveglianza microbiologica dei microrganismi con potenziale epidemico e pandemico, Progetto studio delle resistenze virali alla terapia, Progetto identificazione e caratterizzazione di microrganismi a scopo epidemiologico, Progetto studio del microbiota
HLA E TRAPIANTI
Il progetto prevede la strutturazione di piattaforme, risorse umane e bioinformatica.

13. **Protocolli di studio e progetti di ricerca**
A tali obiettivi correlati all'avvio dell'IRCCS si aggiungono altre attività già in capo ad ASST Monza e conferiti dai soggetti portatori di interesse che riguardano la realizzazione o la partecipazione a studi clinici o la gestione di progetti di ricerca indipendente finanziati attraverso contributi di enti pubblici e privati.
Gli studi clinici e le revisioni ai protocolli di ricerca in corso e attivi (c.d. "emendamenti") a cui partecipano le strutture della Fondazione IRCCS, autorizzati dal Comitato Etico, sono complessivamente 927.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il consolidamento della Direzione Scientifica, l'avvio della programmazione delle attività di ricerca, l'attuazione delle attività di ricerca nel rispetto del budget concordato annualmente con verifica dei relativi indicatori (impact factor normalizzato, numero pubblicazioni nazionali e internazionali, numero medio pubblicazioni per dirigente, partecipazione ai gruppi IRCCS pubblici regionali per TTO, partecipazione alle Reti della ricerca, ecc.), la verifica dell'utilizzo dei fondi della ricerca corrente e finalizzata anche ai fini della corretta rendicontazione.

• Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia

Cantiere di ristrutturazione del Presidio Ospedaliero San Gerardo
L'ospedale San Gerardo è in una fase di profonda riorganizzazione a causa dei lavori che vedono coinvolti gran parte dei reparti nelle opere di ristrutturazione e potenziamento strutturale in corso.
La definizione delle strategie aziendali relative alle attività ospedaliere è pertanto fortemente condizionata dal progetto di ristrutturazione dell'Ospedale Nuovo di via Pergolesi. I lavori del cantiere si svolgono in fasi distinte allo scopo di mantenere i livelli di assistenza e continuare a fornire risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, oltre che a garantire la continuità della didattica svolta in convenzione con UniMIB. Oggi è in corso la "Fase 4" con la ristrutturazione del settore A, consegnato a fine estate 2022.

Tra gli altri **principali interventi strutturali** previsti nel Presidio ospedaliero per il triennio 2023/2025 si richiamano:

- Reparto 20 posti letto di Terapia Intensiva: Realizzazione nuovo reparto. L'obiettivo è quello di aggiungere la dotazione di 20 p.l. di terapia Intensiva, che permetterà di affrontare un'eventuale recrudescenza di

infezioni virali protratta nel tempo e non utilizzare parte delle degenze dedicate ad altre attività mediche o chirurgiche che, nei mesi del picco epidemico scorso, è stato, invece, necessario sospendere.

- Realizzazione area pre-triage di Pronto Soccorso: L'obiettivo è quello di prevedere strategie flessibili nell'utilizzo dei locali dei PS, al fine di continuare nell'azione di contenimento del contagio, ma nel contempo di poter ripristinare progressivamente le attività necessarie a dare una risposta alle diverse esigenze di cura degli utenti, in funzione delle variazioni dei flussi in ingresso e della diffusione del virus nella popolazione.
- Riqualificazione degli impianti di ventilazione e climatizzazione dei reparti di Terapia Intensiva e del Pronto Soccorso e relative zone ancillari, nonché dei relativi impianti di distribuzione dei gas medicinali del presidio ospedaliero.
- Interventi per l'allocazione presso lo stabile di Villa Serena degli spazi per DH/MAC per la cura dei disturbi del comportamento alimentare in sinergia con l'attività psichiatrica svolta presso il medesimo stabile, con riassetto funzionale del Reparto Psichiatrico e relativo DH.
- Ristrutturazione e messa a norma della centrale di sterilizzazione.
- Realizzazione della nuova sede della Banca degli occhi.
- Riqualificazione e adeguamento del blocco operatorio D.

PNRR – Missione 6 Salute

Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Nell'ambito degli interventi della "Missione 6 Salute – PNRR" sono finanziati gli interventi di realizzazione del nuovo modello organizzativo territoriale previsti per le seguenti strutture:

- n. 1 ospedale di Comunità presso il "vecchio ospedale" San Gerardo – via Solferino 16;
- n. 1 casa di Comunità HUB presso il "vecchio ospedale" San Gerardo – via Solferino 16;
- n. 1 Centro Operativo Territoriale (COT) presso il "vecchio ospedale" San Gerardo – via Solferino 16 ed è referente per iniziative su proprietà comunale:
  - n. 1 casa di Comunità HOST di proprietà del Comune di Monza in via Oriani;
  - n. 1 casa di Comunità HOST del Comune di Monza (Fondazione Bellani) in via Romagna;
  - n. 1 casa di Comunità HOST di proprietà del Comune di Brugherio in via Kennedy;
  - n. 1 Centro Operativo Territoriale (COT) del Comune di Brugherio in via Kennedy.

Tali progetti saranno trasferiti alla ASST Brianza nel corso del 2023.

Il PNRR finanzia, inoltre, alcuni interventi di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero tra cui:

Grandi apparecchiature:

TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	IMPORTO FINANZIATO (IVA INCLUSA)	CRONOPROGRAMMA ATTUAZIONE INTERVENTO (*Si precisa che le date previste indicate dipendono dall'espletamento della gara ARIA per i lavori propedeutici all'installazione)		
		EMISSIONE ODF/STIPULA CONTRATTO	ESECUZIONE FORNITURA	COLLAUDO
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO (TAC) 128 strati	500.000 €	21/11/2022	01/06/2023	01/10/2023
ACCELERATORE LINEARE	2.100.000 €	16/01/2023	01/10/2023	01/01/2024
RISONANZA MAGNETICA (RMN)	914.000 €	01/07/2023	01/10/2023	01/01/2024
GAMMA CAMERA	500.000 €	01/04/2023	01/10/2023	01/01/2024
GAMMA CAMERA/TAC	793.000 €	23/11/2022	01/04/2023	01/10/2023

MAMMOGRAFO CON TOMOSINTESI	260.000 €	01/09/2023	01/11/2023	01/02/2024
ANGIOGRAFO	608.000 €	01/07/2023	01/07/2023	01/12/2023
ECOTOMOGRAFO 1	82.000 €	21/07/2022	11/10/2022	11/10/2022
ECOTOMOGRAFO 2	82.000 €	19/07/2022	16/09/2022	16/09/2022
ECOTOMOGRAFO 3	82.000 €	19/07/2022	14/09/2022	14/09/2022
ECOTOMOGRAFO 4	82.000 €	21/07/2022	19/09/2022	19/09/2022

6.003.000 €

Digitalizzazione:

DENOMINAZIONE INTERVENTO	DESCRIZIONE FABBISOGNO TECNOLOGICO	IMPORTO FINANZIATO (IVA INCLUSA)	SCADENZA PROGETTO
Evoluzione della CCE (Cartella Clinica Elettronica)	Evoluzione della Cartella clinica elettronica con estensione delle attuali funzionalità al processo di gestione della farmacoterapia e con l'integrazione degli applicativi presenti all'interno dei vari reparti in modo da poter avere un percorso del paziente completamente informatizzato. Introduzione di una nuova Cartella Clinica di Terapia Intensiva, Unità Coronarica e Area Operatoria con relativa integrazione ed aggiornamento delle apparecchiature per il monitoraggio clinico e delle apparecchiature anestesiologiche per le sale operatorie. Evoluzione della CCE con funzionalità per la gestione di percorsi digitali integrati Ospedale-Territorio.	2.800.000 €	30/06/2025
Miglioramento ed aggiornamento ed evoluzione del parco applicativo (ADT-PS-LIS)	Introduzione di un nuovo sistema informatico di ADT e PS. Introduzione di un nuovo sistema informatico di laboratorio (LIS).	1.000.000 €	30/06/2025
Automazione nella gestione di farmaci e dispositivi medici (Distribuzione e tracking farmaci)	Automazione magazzino Farmaci e Dispositivi medici ad alto costo con predisposizione di un armadio automatizzato centrale.	1.300.000 €	30/06/2025
Potenziamento e rafforzamento infrastrutturale (Evoluzione Data Center)	Aggiornamento dell'infrastruttura tecnologica e di virtualizzazione propedeutico alla migrazione al passaggio Cloud e per il consolidamento delle funzionalità che non potranno essere migrate al Cloud.	300.000 €	30/06/2025
Sistemi strutturati per il monitoraggio clinico dei pazienti ospedalieri e ambulatoriali	Evoluzione e aggiornamento di un sistema per il monitoraggio integrato dei pazienti in ambito ospedaliero con la raccolta di dati attraverso i monitor multiparametrici e l'acquisto di eventuali dispositivi con servizi di integrazione alla Cartella Clinica Elettronica	1.000.000 €	30/06/2025
Digitalizzazione e integrazione di immagini, segnali, video (Sala Operatoria)	Introduzione di sistemi multimediali presso i Blocchi Operatori, comprensivi di apparecchiature medicali e sistemi hardware, con l'obiettivo di: - migliorare l'attività degli operatori attraverso dei monitor locali; - rendere possibile eventuali contributi da remoto di ulteriori specialisti per particolari casistiche; - rendere le Sale Operatorie fruibili come luoghi di formazione in collaborazione con l'Università Bicocca che potrà in aggiunta creare dei supporti formativi da distribuire a scopo didattico.	3.450.000 €	30/06/2025

9.850.000 €

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il pieno rispetto dei cronoprogrammi degli interventi.

- **Formazione: formare nuovi professionisti sanitari**

La Fondazione IRCCS e Università fanno parte di un complesso sistema di relazioni che coinvolge le Unità operative di diagnosi e cura e vede impegnati gli studenti dei Corsi di laurea di Medicina e Chirurgia, dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di specializzazione, dei Corsi di perfezionamento, dei Dottorati di ricerca e dei Master universitari.

La Fondazione IRCCS è infatti sede del Polo Universitario di Milano-Bicocca in base alla convenzione quinquennale firmata il 13.11.2017 dall'ASST Monza, che ha l'obiettivo di disciplinare, tra le Parti, un reciproco apporto e utilizzo delle risorse per lo svolgimento delle attività di formazione e de lle attività di ricerca scientifica, in integrazione con le attività assistenziali, sempre nel rispetto delle reciproche autonomie e competenze.

La Fondazione IRCCS si configura quindi come **sede del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi dentarie, dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, Ostetricia, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Tecnico della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva, Igienista Dentale**, ma anche di corsi di perfezionamento, dottorati di ricerca e master universitari, nonché dei Corsi di Studio del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Inoltre le strutture della Fondazione IRCCS possono essere utilizzate per lo svolgimento di tirocini – previo preliminare accordo tra le Parti - da parte di studenti iscritti e frequentanti percorsi formativi afferenti ai Dipartimenti Universitari dell'Area Economica-Statistica, dell'Area Giuridica, dell'Area Scienze, dell'Area Scienze della Formazione e dell'Area Sociologica.

Al fine di garantire l'integrazione tra le attività assistenziali e quelle formative, nonché l'ottimizzazione delle risorse, la Fondazione IRCCS e l'Università, nel rispetto delle reciproche finalità istituzionali e di autonomia, hanno individuato modalità di programmazione congiunta delle rispettive attività attraverso l'apposito organismo paritetico, denominato Organo di Programmazione Congiunta (OPC), ai sensi dell'art. 33 della L.R. n. 33/2009.

La dimensione delle attività didattiche inerenti al solo corso di laurea di Medicina e Chirurgia con riferimento al 2021 (ultimo dato disponibile) è la seguente:

Numero anni corso = intero corso
Convenzione in essere tra ASST Monza e Università degli Studi di Milano-Bicocca per i corsi del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (School of Medicine and Surgery)
Si specifica, peraltro, che la Fondazione IRCCS di Monza è identificata quale azienda di riferimento del Polo Universitario, quindi struttura sanitaria principale (intesa come la struttura sulla quale insistono i corsi e le attività del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, ed in particolare il corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, in misura prevalente rispetto alle altre Aziende convenzionate), ai sensi dell'art. 29, 5° comma, della lr. 33/2009
Numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera:
Anni di corso che prevedono l'attività clinica presso la Fondazione IRCCS (III, IV, V e VI e FC)= **n. 849 studenti**
Tutti gli anni = **n. 1131 studenti**
Numero del personale formalmente dedicato alla formazione e tutoraggio:
Numero di professionisti dedicati dalla struttura alle attività di tutoraggio = **N. 203 tutor ospedalieri**
Numero ore per studente: numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera:
Le ore di formazione mediamente erogate presso la Fondazione IRCCS per ogni singolo studente, considerati gli anni clinici, sono pari a**: 1460 ore**

(Si fa presente che le attività di tirocinio A.A. 2020-2021 sono state parzialmente compromesse durante il periodo di emergenza e riprese regolarmente nel febbraio 2021 con la vaccinazione di tutti gli studenti)
Numero posti letto attivi destinati alle attività didattiche: % dei posti letto dedicati all'attività didattica rispetto ai posti letto totali (fonte: mod. HSP12).
Ospedale San Gerardo
PL DIDATTICA = N. 813 / PL TOTALI = N. 851 = **PARI AL 95,5%**

Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale
L'ASST di Monza dal 2006 è sede di Polo formativo dei Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale, oggi "Punto Erogativo" a seguito del riordino degli indirizzi organizzativi didattici avvenuto con DGR n. XI/7757 del 28.12.2022, attività organizzata e gestita dalla Scuola di formazione per Medici di Medicina Generale della Lombardia, coordinata dall'Accademia di Formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) di PoliS-Lombardia su incarico della Giunta regionale, Direzione Generale Welfare. A seguito di riconoscimento di Fondazione IRCCS, sarà richiesta l'autorizzazione alla prosecuzione di tale attività nel nuovo assetto istituzionale.
La formazione, triennale, è offerta per un numero di circa 20 posti per anno.
Nel 2022, su 62 tirocinanti totali, hanno concluso il percorso formativo 21 tirocinanti del triennio (accademico) 2018/2021. Nel mese di aprile 2023 sarà attivato il nuovo Triennio 2022/2025 per un numero massimo di 25 tirocinanti per anno.
Il corso prevede un'attività formativa frontale e un tirocinio pratico ospedaliero e territoriale.
Le lezioni, 2/3 settimanali per ciascuna annualità, vertono sulle svariate tematiche previste dalla Guida al Corso MMG e sono effettuate in presenza presso il Presidio San Gerardo da circa 30 docenti tra personale ospedaliero e universitario convenzionato.
Per lo svolgimento dei tirocini pratici vengono messi a disposizione dei tirocinanti i reparti, gli ambulatori e i servizi che soddisfano l'intera richiesta formativa nelle seguenti macro-aree:

- Medicina Clinica
- Chirurgia Generale
- Dipartimento D'urgenza
- Dipartimento Materno-Infantile
- Ostetricia – Ginecologia
- Strutture Di Base (Medicina Territoriale)

Complessivamente dal punto Erogativo di Monza sono state coinvolte 49 strutture/servizi sotto la supervisione diretta di oltre 60 tutor ospedalieri e territoriali.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il mantenimento delle attività di didattica in collaborazione con Università degli Studi Milano Bicocca e dei Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale.

• Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere

La Fondazione IRCCS promuove le politiche di valorizzazione del capitale umano attraverso la programmazione e l'attuazione del **Piano dei fabbisogni** coerente con la programmazione regionale e l'assetto organizzativo definito dal POAS.
La valorizzazione del personale è garantita da un'adeguata offerta formativa per il personale che viene definita dalla programmazione annuale, il **Piano annuale della formazione**, eventualmente aggiornata in corso d'anno nel caso di sopravvenute nuove esigenze formative.

Dal 2021 è attiva anche la programmazione del lavoro agile, strutturato secondo un percorso ordinario dopo l'esperienza fatta nel periodo del primo lockdown nel 2020.
Dal 2022 la programmazione inerente alla valorizzazione del capitale umano comprende anche l'avvio di iniziative previste nel Piano delle Azioni Positive, percorso che sarà supportato dal rinnovato Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità.
La trasformazione in IRCCS della Fondazione San Gerardo dei Tintori porta ad una aggiornamento degli strumenti organizzativi in relazione all'attività di ricerca e all'inserimento in organico di personale di ricerca.
Un ulteriore elemento di attenzione è dato dalla necessità di prevedere strumenti di integrazione tra il personale proveniente da ASST Monza e dalle Fondazioni MBBM e Tettamanti.
Si rimanda ai contenuti della Sezione 3 per i relativi dettagli.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è la piena attuazione (atteso 100%) del Piano dei Fabbisogni, del Piano della Formazione, del Piano delle Azioni Positive e del Piano per l'Organizzazione del Lavoro Agile. Sarà inoltre strutturato il percorso di carriera del personale della ricerca.

• Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata

La Fondazione IRCCS utilizza sistematicamente l'ascolto della qualità percepita dell'utenza, pazienti e accompagnatori, e collabora con le Associazioni di volontariato e con le Associazioni rappresentanti dei pazienti per raccogliere le segnalazioni su criticità e disservizi percepiti per attivare azioni di miglioramento, anche in collaborazione con le associazioni medesime.
Le segnalazioni raccolte forniscono spunto per attivare **progetti di miglioramento dell'accessibilità fisica e digitale**.
Si elencano qui di seguito gli indicatori monitorati con maggior attenzione, con un orientamento per il triennio 2023/2025 principalmente rivolto alle azioni da attivare nelle aree critiche relative alla semplificazione dell'accessibilità fisica e digitale:

Qualità percepita
Nell'ambito del consolidato sistema di ascolto del cittadino, la condivisione costante dei dati e delle informazioni tra le funzioni di Qualità, Comunicazione, Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e Direzione Medica, consente di considerare sinergicamente i dati e le informazioni relativi ai processi di gestione richieste, segnalazioni (encomi e reclami) e rilevazione del grado di soddisfazione, attraverso il sistema di reporting, quale strumento rappresentativo della qualità percepita dal cittadino che si rivolge ai servizi della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori.
Sono oggetto di attenzione particolare le richieste e le segnalazioni:

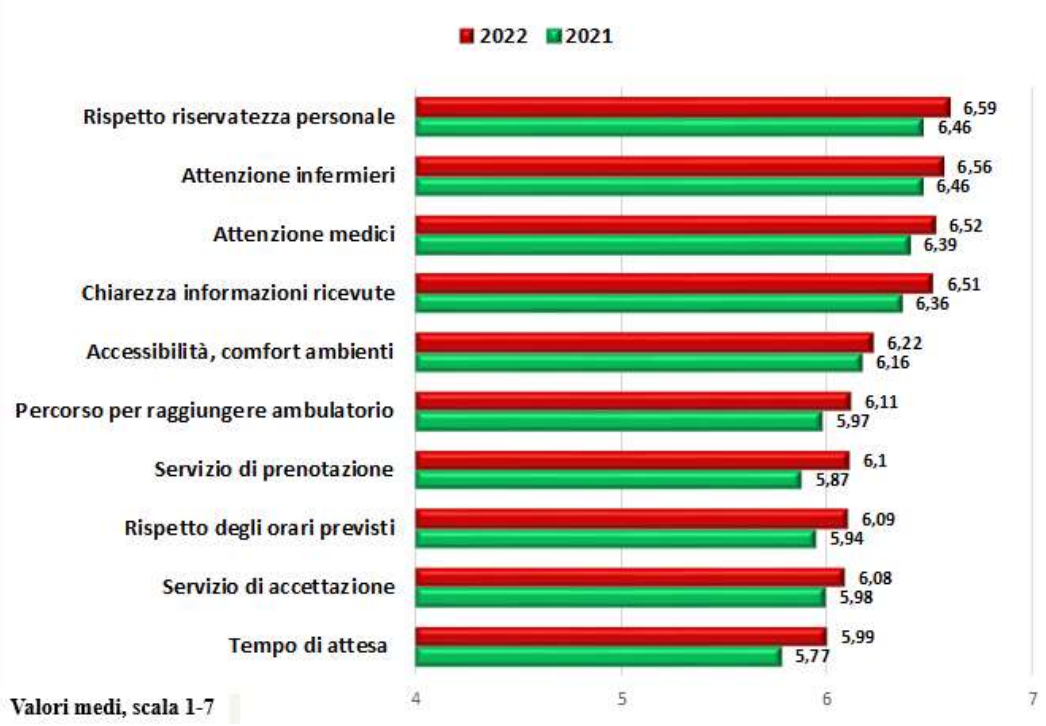
- encomi;
- reclami relativi alle condizioni dell'accesso e accessibilità alle prenotazioni;
- richieste relative a informazioni, supporto e assistenza all'accessibilità ai servizi di prenotazione;
- reclami relativi alla relazione e alla comunicazione con l'operatore e reclami per le prestazioni e inadeguatezza organizzativa.

Correlata è la gestione e analisi della rilevazione del grado di soddisfazione - **customer satisfaction** - con dettaglio per:

- **Area ambulatoriale** (valori medi scala da 1 a 7 del questionario regionale):
  - soddisfazione relativa ai servizi di prenotazione;
  - soddisfazione relativa all'attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia);

  - soddisfazione complessiva (questionario regionale);
- **Area degenza**, (valori medi scala da 1 a 7 del questionario regionale):
  - soddisfazione relativa all'assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine, tempestività, cortesia);
  - soddisfazione relativa alle indicazioni fornite dagli operatori sanitari alla dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo;
  - soddisfazione complessiva (questionario regionale)

La sintesi delle rilevazioni di customer satisfaction raccolte nel 2022 rispetto al 2021 mostra un miglioramento che va, comunque contestualizzato rispetto alla situazione emergenziale:



In particolare, nel 2022 sono state raccolte:

- Richieste relative a informazioni, supporto e assistenza all'accessibilità ai servizi di prenotazione: oltre 10.000, di cui oltre il 56% relative a richieste di supporto e servizio all'accessibilità (di cui oltre l'86% interessano l'area CUP)
- Encomi: 115
- Reclami: 558 (di cui il 26,5% relativi all'area CUP)
- Reclami relativi alle condizioni dell'accesso e accessibilità alle prenotazioni (tabella classificazione regionale area 2/2a): 35 (pari al 6.3% del totale)
- Reclami relativi alla relazione e alla comunicazione con l'operatore (tabella classificazione regionale area 3/3a): 52 (pari al 9.3% del totale)
- Reclami relativi a prestazioni e inadeguatezza organizzativa (tabella classificazione regionale area 6/ 6c): 119 (pari al 21.3% del totale)

Le **progettualità** programmate nel triennio 2023-2025 riguardano:

- predisposizione periodica di un sistema di reporting quale efficace strumento di comunicazione interna, aumentandone la periodicità di elaborazione (semestrale per il biennio 2023-2024 e trimestrale per l'annualità 2025);
- promozione di gruppi di miglioramento in collaborazione con URP, Qualità e Direzione Medica, a seguito dell'analisi dei dati e delle informazioni acquisite nell'ambito del sistema di ascolto del Cittadino;
- revisione delle procedure di gestione delle segnalazioni e della customer satisfaction, con aggiornamento alla neonata Fondazione IRCCS.

Accessibilità fisica e digitale

Con riguardo al processo di accoglienza dell'utente, una delle principali sfide per il triennio 2023-2025 riguarderà proprio il potenziamento dell'accessibilità fisica e digitale.

Accessibilità digitale

Nel corso dell'anno 2022 è stata avviata la realizzazione di modulo reclami ed encomi e Customer Satisfaction on-line, in perfezionamento nell'anno 2023.

Si è inoltre provveduto a migliorare la qualità delle informazioni disponibili nel sito aziendale, con standardizzazione e aggiornamento di dati e contenuti per 61 strutture.

Prioritario per il triennio 2023-2025 è l'aggiornamento informativo con ogni utile indicazione e sulle strutture aziendali così come per aggiornamento di informazioni e curricula dei medici che effettuano l'attività in libera professione.

Con specifico riferimento ai sistemi di prenotazione, sono da subito attivate azioni finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa allo sportello.

Nel corso dell'anno 2023 sarà messo in esercizio il nuovo applicativo di CUP aziendale, costruito secondo le logiche GP++ che consentono una migliore esposizione delle agende alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP) e quindi una facilitazione nella prenotabilità da parte del cittadino tramite i canali on line.

Per l'anno 2024 è previsto un piano per l'integrazione ai canali di prenotazione esistenti (sportello fisico, CCR, app prenotasalute), di un canale aziendale dedicato per ridurre l'accesso fisico agli sportelli a favore di quello on line.

Accessibilità fisica e orientamento

Nel corso dell'anno 2022 è stato dato pieno avvio al miglioramento di tutta la segnaletica aziendale per favorire l'orientamento dell'utenza negli accessi alle strutture.

Ascolto dell'associazionismo

L'ascolto e il coinvolgimento delle associazioni all'interno della vita dell'Istituto rimangono pilastri fondamentali di indirizzo delle azioni concrete di cura dei pazienti.

Il progetto "Progettiamo&Comunichiamo" condiviso nel corso dell'anno 2022 ed avviato ad inizio 2023 ha facilitato i percorsi per i pazienti fragili e le informazioni per i caregiver, attraverso un punto di accoglienza dedicato, grazie alla collaborazione tra volontari delle associazioni e addetti all'info-point. Diverse le associazioni che si sono messe a disposizione per questa attività: Avis, Salute Donna, Lilt e Call Center Oncologico; altre saranno coinvolte nei primi mesi del 2023, quali Emocromatosi, Alice Onlus, Don Giulio Farina, Cilla, Un respiro di speranza Lombardia e Brianza per il Cuore, in quanto il progetto si svilupperà con ulteriori attività in via di definizione.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il monitoraggio della qualità percepita finalizzato all'attivazione delle azioni di miglioramento dell'accessibilità ed accoglienza, fisica e digitale, e il rafforzamento delle collaborazioni con le associazioni di volontariato.

• Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza

La Fondazione IRCCS promuove scelte gestionali orientate all'efficienza, misurata a livello complessivo aziendale attraverso il Bilancio Economico e a livello di sotto articolazioni organizzative e attività attraverso la contabilità analitica per centro di costo.
Le **misurazioni economiche di bilancio della Fondazione IRCCS** sono rese disponibili attraverso la pubblicazione nel sito aziendale alla pagina del sito istituzionale (Amministrazione Trasparente, area Bilanci).
Nel sito sono pubblicate anche le rilevazioni inerenti ai tempi medi di pagamento di fornitori di beni e servizi (ultima rilevazione al 3° trimestre 2022 = giorni 46.93) e alla tempestività dei pagamenti, misurata dall'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti, espresso in giorni, che misura il ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture: l'indicatore misurato è negativo e ciò significa che rileva un **anticipo dei pagamenti** rispetto alla scadenza della fattura (Amministrazione Trasparente, area Pagamenti dell'amministrazione). L'ultima rilevazione disponibile, riferita al 3° trimestre 2022, riporta un indicatore trimestrale di -14,36.
Le rilevazioni di **contabilità analitica per centro di costo** sono oggetto di misurazione mensile nella reportistica interna e trimestrale nel flusso di contabilità analitica regionale e costituiscono elemento di valutazione con riferimento al benchmark regionale del "Cruscotto CGEST", pubblicato nel Portale di Governo di Regione Lombardia che confronta costi e ricavi delle strutture sanitarie regionali. Gli indicatori di efficienza sono oggetto di valutazione negli obiettivi di budget al fine di garantire, nella programmazione delle attività, il necessario raccordo con la programmazione economico-finanziaria.
Una particolare attenzione all'efficienza viene posta anche nei **processi di acquisto**, prioritariamente indirizzati verso procedure di acquisto centralizzate, perseguendo la Fondazione IRCCS l'obiettivo di riduzione degli acquisti in economia, partecipando ad iniziative di aggregazione della domanda sia attraverso l'adesione a Convenzioni ARCA e CONSIP sia mediante gli acquisti consorziati/unioni di acquisto.
La scelta di introduzione dell'innovazione viene effettuata mediante le **metodiche dell'HTA** dalla Commissione Dispositivi Medici e l'ottimizzazione di alcuni processi organizzativi dei servizi sanitari e amministrativi è supportata dalle logiche e dagli strumenti della **ingegneria gestionale**.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è il conseguimento dell'equilibrio di bilancio, il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, la verifica degli indicatori di efficienza nell'utilizzo delle risorse da parte delle strutture aziendali e l'ottimizzazione dei processi di acquisto attraverso il ricorso alle procedure centralizzate.

• Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario della Fondazione IRCCS, supportato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso un'attenta programmazione delle misure necessarie al suo miglioramento.
Le misure, previste nel **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**, vengono annualmente declinate come obiettivo di budget alle strutture del Dipartimento Amministrativo, della Direzione Sanitaria, della Direzione Scientifica e degli Staff, garantendo il necessario raccordo tra la prevenzione della corruzione e la trasparenza e la valutazione della performance.
Il Piano Nazionale Anticorruzione 2023/2025 ha inoltre previsto per il 2023 una forte integrazione tra le attività di anticorruzione, antiriciclaggio e performance, da attuare mediante il coordinamento della strategia di

prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo attraverso l'attuazione di obiettivi di breve termine da assegnare alle strutture convolte mediante lo strumento del budget.
La legalità di attua anche attraverso la trasparenza, ovvero la disponibilità di informazioni e dati pubblicati nel sito aziendale. La verifica degli adempimenti previsti in materia di trasparenza è certificata dal Nucleo di Valutazione delle Performance che verifica e certifica il rispetto degli obblighi di pubblicazione.
Si rimanda alla sezione Anticorruzione e Trasparenza per la descrizione puntuale della programmazione triennale.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è la piena attuazione (atteso 100%) delle misure per la prevenzione della corruzione e per l'antiriciclaggio oltre al pieno rispetto delle disposizioni inerenti agli obblighi di trasparenza.

- **Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente**

La sostenibilità ambientale è un tema di grande attualità, in particolare in questo periodo, anche per il settore sanitario, poiché ASST e IRCCS sono soggetti particolarmente energivori e la loro attività impatta significativamente sull'ambiente e sul consumo di risorse, con impatto non secondario sulla gestione economico finanziaria.
Pertanto le strategie sono orientate a recepire le norme in materia, tra cui: le direttive comunitarie, in particolare il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022, le indicazioni ministeriali, tra cui le «Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione», e l'adesione al Programma regionale «**nEW – nuova Energia per il Welfare**», articolato in 7 azioni.
La sostenibilità ambientale è guida anche nelle iniziative di promozione di comportamenti individuali responsabili di tutto il personale dipendente, affiancando e rinforzando le misure per il benessere organizzativo, prevedendo nella nuova programmazione del **Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro** alcune misure destinate ad agevolare il personale negli spostamenti con il rispetto dell'ambiente.

Tra le misure previste dalla Fondazione IRCCS, si richiamano le attività aventi la principale finalità di garantire i requisiti di accreditamento tecnologico e strutturale degli edifici secondo standard prefissati, nel rispetto delle leggi in materia di uso dell'energia, sicurezza, salvaguardia ambientale, oltre che perseguendo la riduzione dei consumi, delle emissioni climalteranti e inquinanti e dei costi unitari di fornitura, provvedendo nel contempo ad investire nella riqualificazione tecnologica degli impianti di generazione, distribuzione e erogazione dell'energia in tutte le sue forme.
Al riguardo, tra le priorità indicate, la promozione dell'uso razionale dell'energia, da conseguirsi tramite la diffusione di sistemi e tecnologie efficienti, è confermata come obiettivo centrale, anche a garanzia dell'obbedienza ai principi generali della politica energetica nazionale tendenti a confermare la necessità di uno sviluppo economico sostenibile.
La struttura organizzativa con cui vengono perseguiti gli obiettivi indicati comprende figure/funzioni di natura organizzativa/operativa appartenenti sia alla SC Tecnico Patrimoniale e sia all'Appaltatore a cui sono state affidate le attività gestione degli impianti e delle strutture.
In particolare la S.C. Tecnico Patrimoniale assume le funzioni di Energy Manager *(nomina eseguita dal 1992 a seguito della emanazione della Legge 10/91)* e di responsabile dei rapporti con l'Appaltatore per i servizi riguardanti la produzione e la fornitura di energia termica ed elettrica.
Con riferimento alle direttive comunitarie in materia di efficienza energetica nell'edilizia *(l'ultimo aggiornamento riguarda la direttiva 2018/844/UE)* e alle relative DGR di regione Lombardia di recepimento autonomo *(la più recente è la DGR 18546/2019)*, nonché alla recentissima DGR XI/6709 del 18 luglio 2022 che

definisce le *"linee di indirizzo per l'attuazione del "programma nEW – nuova energia per il Welfare"* finalizzate alla realizzazione di tutti gli interventi in materia di efficienza e di risparmio energetico, di utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili per attuare un percorso di "*Transizione energetica e di Decarbonizzazione*", quest'ultima in coerenza con le politiche di contrasto ai cambiamenti climatici, si fornisce di seguito indicazione delle principali azioni che sono in fase di programmazione, che si stanno mettendo in atto o che sono già concluse, al fine di corrispondere alle finalità dei decreti sopra citati.

Si premette che il campo di applicazione delle strategie aziendali per la riduzione dei consumi energetici e delle emissioni climalteranti riguardano sia il presidio ospedaliero San Gerardo che i presidi territoriali aventi sede presso i comuni di Monza e Brugherio.

Naturalmente il presidio ospedaliero di Monza prevale in termini di consumi energetici in quanto si sviluppa su una superficie coperta, pari a circa 175.000 m2 ed equivalente al 93% di tutti gli edifici della Fondazione IRCCS. Di seguito vengono riportati i dati più significati dei consumi energetici (energia elettrica, gas metano e gasolio) espressi in tonnellate equivalenti di petrolio (TEP) che si sono registrati nell'ultimo triennio 2019-2021 e da cui si deduce l'assoluta prevalenza del presidio ospedaliero:

Valori espressi in tonnellate equivalenti di petrolio						
	Presidio ospedaliero San Gerardo			Presidi Territoriali Monza e Brugherio		
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Gas Metano	3.647	3.795	3.820	170	179	202
Energia elettrica	7.238	6.881	7.765	135	143	145
Gasolio	10	1,35	9,16	-	-	-
Totale TEP	10.895	10.677	11.594	305	322	347
% Valore annuo	97,28%	97,08%	97,09%	2,72%	2,92%	2,91%

Gli interventi di efficienza e di risparmio energetico sono indirizzati a ridurre sia il fabbisogno termico che quello elettrico, considerevoli in quanto per poter ottemperare ai requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento delle strutture sanitarie (decreto Bindi e DGR regionale) occorre garantire dei considerevoli tassi di volumi di rinnovo dell'aria esterna (dai 3 Vol/h per le degenze ai 15 vol/h per le terapie intensive e le sale operatorie) che necessitano per il loro trattamento estivo e invernale di rilevanti impegni di potenza elettrica e termica.

Gli interventi programmati, realizzati o ancora in fase di esecuzione riguardano essenzialmente i fabbricati oggetto di ristrutturazione nell'ambito della Concessione Synchron; anche per i restanti fabbricati del presidio ospedaliero quali il corpo posteriore e Villa Serena, così come per i presidi esterni, risalenti agli anni sessanta e settanta, ed in presenza di specifico finanziamento regionale/ministeriale e/o di incentivi, saranno perseguiti laddove rendano possibili gli obiettivi di risparmio energetico e di utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili.

Gli interventi per la riduzione del fabbisogno termico ed elettrico, nonché per l'utilizzo delle fonti rinnovabili che sono nel prossimo triennio 2023-2025 sono i seguenti:

- interventi di rifacimento totale sull'involucro opaco e trasparente (componenti finestrati) dell'edificio, con inserimento di schermature solari, che hanno determinato un miglioramento della certificazione energetica dell'edificio monoblocco sino alla classe energetica A3;
- migliorata efficienza nelle sezioni di recupero di energia termica e frigorifera dell'aria esterna che subisce trattamenti di riscaldamento/raffreddamento/umidificazione e deumidificazione nelle rispettive stagioni estive e invernali prima di venire immessa nei reparti ospedalieri; ogni ora vengono trattati circa 1.500.000 m^3 di aria esterna per garantire il tasso di rinnovo richiesto negli ambienti, di cui il 55 % viene trattato con recuperatori ad altissima efficienza (85%);

- sostituzione delle lampade fluorescenti con lampade a led per tutte le zone del monoblocco ospedaliero con una riduzione di potenza elettrica installata pari a circa il 50% che determina conseguentemente un rilevante minor consumo di energia elettrica;
- utilizzo di motori elettrici ad alta efficienza con classe di efficienza IE3 (valori compresi tra 80% e 96 %) di azionamento delle elettropompe e dei ventilatori delle unità di trattamento dell'aria;
- utilizzo di inverter per la modulazione della velocità dei motori elettrici che consente di ottimizzare le velocità di utilizzo;
- incremento della quota di energia elettrica autoprodotta mediante installazione di un secondo gruppo cogenerativo presso il presidio ospedaliero San Gerardo;
- sostituzione dei bruciatori dei tre generatori di vapore della centrale termica con aumento dell'efficienza dei processi di combustione e riduzione delle emissioni inquinanti.

Detti interventi si aggiungono a quelli già realizzati nel precedente periodo 2015-2022 nel presidio ospedaliero per la nuova Palazzina Accoglienza, il Corpo Anteriore e di parte del corpo monoblocco, ivi compresi gli impianti fotovoltaici (potenza elettrica di picco pari a 250 kW) e l'impianto solare termico per la produzione di acqua calda sanitaria (potenza termica di picco pari a 48 kW).
Inoltre, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR XI/6709 del 18 luglio 2022 citata nelle premesse, sarà data attuazione nei tempi previsti da detto decreto a:

- redazione di un piano aziendale per la riduzione dei consumi energetici e delle emissioni inquinanti secondo le linee guida che saranno strutturate sulla base del coordinamento del Tavolo regionale degli Energy Manager, figura che fa parte dell'organigramma di questa ASST dal 1992 a seguito della emanazione della Legge 10/91;
- adozione del sistema di gestione dell'energia secondo la norma ISO 50001 entro il 31 dicembre 2030 dopo il completamento della fase di analisi energetica delle strutture (entro il 30 giugno 2024) e dopo che il Tavolo regionale degli Energy Manager ha stabilito gli obiettivi di adozione.

Gli obiettivi che saranno conseguiti possono quindi essere così riassunti:

1. ricostruzione e continuo aggiornamento dei modelli energetici di ogni edificio;
2. individuazione delle aree critiche nelle prestazioni energetiche (attraverso il calcolo di indici energetici prestazionali) e dei relativi costi operativi;
3. sistematizzazione su base mensile dei dati di consumo ricavati dalle bollette energetiche (acqua, gas, energia elettrica);
4. definizione di appropriate linee guida per lo sviluppo delle strategie di intervento per il conseguimento del potenziale risparmio energetico attraverso possibili interventi di carattere strutturale ed impiantistico;
5. quantificazione dei costi e dei benefici mediante un'analisi di redditività dell'investimento;
6. effettuazione di un'analisi per la riduzione delle emissioni di CO_2, considerato anche che la centrale termica del presidio di Monza è inserita nell'ambito del protocollo di Kyoto – ETS nel registro dei piccoli emettitori;
7. definizione di una situazione/modello di riferimento rispetto a cui, a seguito di adeguati confronti con i consumi reali, rilevare situazioni di particolare inefficienza per quanto attiene i parametri energetici;
8. definizione di una "base di riferimento dei consumi" rispetto a parametri di funzionamento e di processo (andamenti climatici sia invernali che estivi, numero di degenti, durate stagionali, ecc.) con i relativi costi.

Solo dopo aver determinato la base di riferimento dei consumi energetici sarà possibile raffrontare i consumi registrati in ogni annualità con i consumi storici per l'ottenimento della cifra di risparmio energetico ottenuto e poter definire in questo modo le effettive economie di spesa derivanti dall'adozione delle misure adottate.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è la piena attuazione (atteso 100%) delle misure per il risparmio energetico sopra elencate, la piena adesione al programma regionale "nEW" e la misurazione dei consumi energetici (TEP).

Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL)

Il Piano degli Spostamenti Casa Lavoro approvato dalla ASST Monza con deliberazione del Direttore Generale n. 429 del 22 novembre 2021 prevede l'attuazione dei seguenti obiettivi, nel breve e medio termine, come "piccolo/grande" contributo dell'Azienda alla lotta all'inquinamento atmosferico e al surriscaldamento globale e conseguente cambiamento degli stili di vita dei propri dipendenti a difesa della propria e altrui salute:

Azioni avviate nel 2022

- Programmazione Fornitura e installazione di Box-Bici in Sicurezza;
- Programmazione Convenzione con TreNord per la sottoscrizione di abbonamenti al sistema dei trasporti pubblici regionali a condizioni vantaggiose per i dipendenti:
  a) sconti sulle varie tipologie di abbonamenti;
  b) rateizzazione del costo in 12 rate mensili con addebito direttamente sul cedolino paga del dipendente;
- Avvio Dialogo Tecnico con operatori economici specializzati nel settore della mobilità sostenibile per la realizzazione di colonnine per la ricarica delle batterie di auto elettriche, anche al fine di rinnovare (in prospettiva) gradualmente (alla scadenza dei contratti di noleggio in essere) il parco mezzi aziendali con veicoli elettrificati.

Azioni previste per il 2023

- Realizzazione di n. 30 box-bici in sicurezza;
- Programmazione di ulteriori n. 20 box-bici in sicurezza sulla scorta dell'esito del questionario trasmesso ai dipendenti anche a tal proposito e relativo aggiornamento del Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL) anno 2023;
- Valutazione dell'opportunità (sussistendone i presupposti di fattibilità in base all'esito del questionario trasmesso ai dipendenti anche a tal proposito) di attivazione della convenzione con TreNord;
- Concretizzazione del Dialogo Tecnico mediante apposito avviso pubblico per la realizzazione di colonnine (primo lotto) per la ricarica delle batterie di veicoli elettrificati;
- Valutazione della possibilità di utilizzazione da parte dei dipendenti della navetta (pullman) di collegamento tra la stazione di Monza e l'Università Bicocca;
- Ulteriori implementazioni di servizi e forniture sulla scorta dell'analisi dei bisogni dei dipendenti in materia di sostenibilità ambientale in attuazione del PSCL anno 2023

Azioni previste per il 2024

- Realizzazione di n. 20 box-bici in sicurezza;
- Parziale rinnovo del parco mezzi aziendali con mezzi a trazione elettrica compatibilmente alle disponibilità finanziarie aziendali;
- Concretizzazione del Dialogo Tecnico mediante apposito avviso pubblico per la realizzazione di colonnine (secondo lotto) per la ricarica delle batterie di veicoli elettrificati, ivi compresi quelli aziendali;
- Ulteriori implementazioni di servizi e forniture sulla scorta dell'analisi dei bisogni dei dipendenti in materia di sostenibilità ambientale in attuazione del PSCL anno 2024

Azioni previste per il 2025

- Ulteriore parziale rinnovo del parco mezzi aziendali con mezzi a trazione elettrica compatibilmente alle disponibilità finanziarie aziendali;
- Concretizzazione del Dialogo Tecnico mediante apposito avviso pubblico per la realizzazione di colonnine (terzo ed ultimo lotto) per la ricarica delle batterie di veicoli elettrificati ivi compresi quelli aziendali;
- Ulteriori implementazioni di servizi e forniture sulla scorta dell'analisi dei bisogni dei dipendenti in materia di sostenibilità ambientale in attuazione del PSCL anno 2025

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è la piena attuazione (atteso 100%) delle misure previste dal Piano degli spostamenti casa-lavoro.

Performance organizzativa

In conformità con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, la programmazione strategica trova attuazione mediante la declinazione degli obiettivi aziendali (performance istituzionale) alle articolazioni organizzative attraverso lo strumento del **budget annuale**, nel quale sono assegnate le risorse e gli obiettivi organizzativi (performance organizzativa) e individuali (performance individuale).
L'articolazione di massima degli obiettivi di budget 2023 e la strutturazione dei relativi indicatori e del relativo valore atteso è la seguente:

Valore pubblico	Obiettivo Operativo	Indicatore/valore atteso
Consolidamento struttura organizzativa IRCCS	Operatività della Fondazione IRCCS	Adeguamento degli strumenti operativi entro il 1° trimestre 2023
	Attuazione della legge di riforma LR 22/2019	Trasferimento ad ASST Brianza delle strutture territoriali entro il 2023
	Definizione del nuovo assetto organizzativo	Adozione POAS entro 31/3/2023
	Promozione del marchio IRCCS	Promuovere l'immagine della Fondazione IRCCS (stampa, media, ecc.)
Politiche sanitarie regionali	Attuazione delle linee di indirizzo regionali	Valutazione di obiettivi e indicatori regionali con tendenziale raggiungimento del 100%
Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica	Direzione Scientifica	Consolidare la struttura organizzativa di Direzione Scientifica
	Fondi per la ricerca	Verificare l'utilizzo dei fondi della ricerca corrente e finalizzata ai fini della corretta rendicontazione
	Programmazione e budget della ricerca	Attuazione delle attività di ricerca nel rispetto del budget concordato annualmente
Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità	Volumi di prestazioni	Erogare volumi di prestazioni proporzionali alle risorse assegnate (posti letto e sedute operatorie per l'elezione, risorse umane e attività aggiuntiva in AP)
	Tempi di attesa	Garantire il rispetto dei tempi di attesa definiti dalla programmazione regionale per le prestazioni di ricoveri e di specialistica ambulatoriale e diagnostica (slot ambulatoriali = erogato 2019 + 10%)
	Screening	Garantire la piena adesione ai programmi di screening regionali e di ATS (colon-rettale, mammografico, cervice uterina, HCV)
	Donazione di organi e tessuti	Rispettare i target regionali di donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto
Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i	Certificazione ISO 9001:2015	n. 6 Unità Operative certificate
	Piano Annuale di Risk Management (PARM)	Attuazione di almeno l'80% degli obiettivi definiti nel PARM

processi e la sicurezza dei pazienti	Progetto Enterprise Risk Management (ERM)	Definizione della procedura per la gestione dei rischi aziendali
Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza	Equilibrio di bilancio	Promuovere l'efficiente utilizzo delle risorse aziendali con misurazione degli indicatori di efficienza a livello aziendale e di struttura con riferimento al benchmark regionale
	Tempi di pagamento	Rispettare i tempi di pagamento previsti dai contratti di fornitura
	Indicatori di efficienza	Migliorare gli indicatori di efficienza delle attività sanitarie nel confronto con il benchmark regionale
Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere	Piano dei fabbisogni, Piano della Formazione, Piano Organizzativo per il Lavoro Agile	Definire la programmazione e dare attuazione alle attività previste
	Piano delle Azioni positive	Proseguire i progetti avviati nel 2022 e dare avvio alle nuove Azioni. Costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità
Innovazione: riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia	Investimenti strutturali e tecnologici	Rispettare il cronoprogramma degli investimenti finanziati
Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza	Anticorruzione e Trasparenza	Garantire l'attuazione di misure generiche e delle misure specifiche previste nel PTPCT
	Anticorruzione	Garantire l'attuazione di misure per l'anticorruzione
Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata	Collaborazione con le Associazioni di volontariato	Proseguire nel percorso di collaborazione con le Associazioni rappresentanti degli utenti dei servizi sanitari e sociosanitari
	Indagini di customer satisfaction	Predisporre periodico sistema di reporting quale strumento di comunicazione interna, aumentandone l'elaborazione, semestrale per il 2023-2024 e trimestrale per il 2025
	Promozione gruppi di miglioramento	Condividere (URP, Qualità, Direzione Medica di Presidio) l'analisi delle segnalazioni ricevute dai cittadini per migliorare i percorsi di accesso e di fruizione dei servizi
Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente	Progetto "nEW – Nuova Energia per il Welfare"	Partecipare alle iniziative e attività programmate da Regione per le ASST e gli IRCCS
	Piano per gli spostamenti casa – lavoro	Attuazione delle iniziative programmate per l'anno
	Interventi strutturali per il contenimento energetico	Rispetto dei cronoprogrammi

Il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget definisce la misura della performance organizzativa dei centri di responsabilità aziendali, misurata dall'indice sintetico di performance, con totale massimo di 100.

Performance individuale

La metodologia per la misurazione e la valutazione della performance individuale è diretta alla verifica sia del livello di raggiungimento degli obiettivi individuali o di team assegnati al personale (dirigenziale e di comparto), sia delle competenze professionali e manageriali dimostrate, attraverso strumenti equi, oggettivi, condivisi e partecipati, nel rispetto dei principi di:

- trasparenza dei criteri e dei risultati

- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione.

Per la **dirigenza**, la valutazione della performance individuale del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata:

a) agli indicatori di performance organizzativa relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva
b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali, definiti nel contratto individuale
c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale dell'Azienda, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate
d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi
e) al raggiungimento di obiettivi individuati nel Piano della performance, tra cui quelli correlati alla attuazione delle misure generiche e specifiche di prevenzione della corruzione e per la trasparenza e per l'anticorruzione, la cui valutazione concorre in particolare alla valutazione individuale dei dirigenti apicali e del RPCT in relazione alla specifica funzione affidata.

Per tutto il restante personale, la valutazione individuale tiene conto dell'apporto dato al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza, al raggiungimento di obiettivi individuali o di team, al comportamento organizzativo, alle competenze professionali.
L'ASST Monza ha definito i criteri e gli strumenti di valutazione negli accordi integrativi aziendali siglati con le rappresentanze sindacali il 04.12.2017 per il comparto e il 17.11.2017 per la dirigenza.

Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023/2025

La Fondazione IRCCS riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie. A tal fine, in tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), secondo le indicazioni fornite da A.N.A.C. (Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022), in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii. e, per ultimo, al P.N.A. 2022, quale atto di indirizzo che raccoglie tutte le indicazioni in materia di anticorruzione fornite da A.N.A.C. fino ad oggi, e al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza, di seguito si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dalla Fondazione e le misure per la gestione dei rischi corruttivi adottate, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.
La presente sezione si pone in continuità con quanto adottato all'interno del PIAO 2022 – 2024 approvato dall'allora ASST Monza.

1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Come da indicazioni dell'ANAC, costituiscono contenuto necessario della presente sezione del PIAO gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, che tengano conto degli obiettivi di valore pubblico indicati nella sottosezione "Valore pubblico".
L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione degli Organi di indirizzo della Fondazione IRCCS, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.
Ai sensi delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il d.lgs. n. 33/2013 e la legge n. 190/2012, la presente sezione del PIAO assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza della Fondazione IRCCS.

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

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi anticorruzione e la sezione delle performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti. In tale ottica tale sezione deve coordinarsi e collegarsi con la sezione delle performance, in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative della Fondazione IRCCS. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Nel presente documento sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nella tabella in **Allegato 2** "**Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**;
- promuovere maggiori livelli di trasparenza, che devono tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance – assume un ruolo importante anche in tema di trasparenza, in quanto verifica e attesta il rispetto degli obblighi di trasparenza della Fondazione IRCCS, nonché verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione;
- mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso la convocazione della Commissione per l'Internal Auditing.
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata, consapevole dell'importanza della cultura della legalità ad ogni livello. Tale obiettivo verrà realizzato attraverso azioni strategiche specifiche declinate in obiettivi operativi assegnati al RPCT;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei finanziamenti nell'ambito del PNRR;
- migliorare la digitalizzazione dei processi dell'amministrazione;
- promuovere maggiori livelli di trasparenza rispetto al set minimo di informazioni e dati identificati dalla norma in materia, che saranno pubblicati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale www.asst-monza.it;
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi della trasparenza e Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

a) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. n. 97/2016 alla legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Nell'ambito della propria attività, il RPCT riferisce al Direttore Generale. È il referente dell'intero processo che coinvolge tutte le iniziative finalizzate, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza.
Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l'elaborazione della proposta della Sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza del PIAO;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell'efficace attuazione della presente sezione, nonché la proposta di modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- la verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione integrato con il piano della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web istituzionale, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione agli Organi di indirizzo della Fondazione IRCCS ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzando il *format* predisposto dall'ANAC;
- l'aggiornamento sugli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nel caso in cui gli Organi di indirizzo lo richiedano, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della Trasparenza ed in particolare:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte della Fondazione IRCCS degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando agli Organi di indirizzo, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Fondazione IRCCS, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- 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;
  - agli Organi di indirizzo e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca- dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni.
Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'Amministrazione. Tuttavia, a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dall'apposita sezione del PIAO, qualora lo stesso possa provare "*di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano*".
La performance individuale del RPCT è valutata in relazione alla specifica funzione affidata, inserendo, a tal fine, nella sezione della performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

Il ruolo di RPCT della Fondazione IRCCS è stato attribuito con deliberazione n 670 del 30/06/2016 dell'allora ASST Monza alla dott.ssa Roberta Mazzoli, dirigente amministrativo a tempo indeterminato, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, dalla sig.ra Mariagrazia Meroni, collaboratore amministrativo professionale senior della S.C. Affari Generali e Legali e dal dott. Diego Facchinetti, collaboratore amministrativo professionale senior della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

b) Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nella fase di monitoraggio e riesame dell'attività svolta e dell'attuazione delle misure anticorruzione.

Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

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

1. Gli Organi di indirizzo;
2. il Direttore Generale;
3. il Direttore Scientifico;
4. il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio;
5. la Commissione per l'Internal Auditing;
6. i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura;
7. i Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
8. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
9. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
10. il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
11. i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS;
12. gli *stakeholders* (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

1. Gli Organi di indirizzo

Sono Organi di indirizzo il Presidente e il Consiglio di Amministrazione (CdA):

- nominano il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- approvano il PIAO e i suoi aggiornamenti, definendone gli obiettivi strategici;
- adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, quali ad esempio i Regolamenti della Fondazione IRCCS e il Codice di comportamento.

2. Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, al quale sono riservati i poteri di gestione, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Essi concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione IRCCS, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO.

3. Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico è responsabile della ricerca scientifica e ne definisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del CdA.

Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica della Fondazione IRCCS attraverso la promozione di attività formativa specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO, nell'area di propria competenza.

4. Il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio

Con deliberazione n. 42 del 16/01/2020 dell'allora ASST Monza è stato nominato il gestore delle rilevazioni e delle segnalazioni delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio, cd. "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" nella persona del dott. Antonio Borreca, dirigente responsabile della S.S. Servizi Amministrativi Tecnici ed Economali di base della S.C. Tecnico Patrimoniale.

Al "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" spettano i seguenti compiti:

a) acquisire le segnalazioni di operazioni sospette dai Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura, nonché valutarne la completezza e la correttezza con il supporto del Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
b) informare la Direzione Strategica ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza circa le decisioni intraprese riguardo a transazioni sospette di cui sia stato reso edotto;
c) comunicare alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) ogni operazione ritenuta a rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo sulla scorta delle linee guida di cui al D.M. Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, previa concertazione con il Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e previa comunicazione alla Direzione Strategica;
d) interloquire con l'UIF per tutte le comunicazioni/segnalazioni di operazioni sospette e per i relativi conseguenti approfondimenti.

Allo scopo di definire procedure interne idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, la tempestività della segnalazione alla UIF, nonché l'omogeneità dei comportamenti, con deliberazione n. 1260 del 17/09/2020 è stato approvato dalla Direzione, su proposta del Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, il "*Regolamento recante le procedure per la rilevazione e segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo".*

Spetta al Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio adoperarsi per i relativi e conseguenti adempimenti riguardanti l'applicazione del Regolamento, in primo luogo la formazione in materia di antiriciclaggio al personale dipendente della Fondazione IRCCS. Il rafforzamento delle competenze del personale della Fondazione IRCCS in materia di contrasto al riciclaggio finanziario è uno strumento utile alla prevenzione della corruzione, all'uso di buone pratiche di clinica e di ricerca.

e) Il Gestore ha il compito di predisporre la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo a cui le Strutture della Fondazione IRCCS sono esposte nell'esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base della mappatura e dell'analisi dei rischi, propone in collaborazione con i Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura (S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Tecnico Patrimoniale, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, S.S. Area Accoglienza – CUP Aziendali e e Libera Professione, S.C. Farmacia) procedure idonee a valutare il livello di esposizione degli uffici al rischio di riciclaggio, indicando le misure necessarie alla mitigazione del rischio.

5. La Commissione per l'Internal Auditing

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'ente, è stata costituita dall'allora ASST Monza una Commissione per l'Internal Auditing composta da:

- Responsabile Qualità e Internal Auditing (IA) o suo delegato;
- Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato o suo delegato;
- Direttore della S.C. Affari Generali e Legali o suo delegato;

- Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità o suo delegato;
- Direttore Medico di Presidio o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e nell'ottica di realizzare uno scambio di informazioni e dati in merito alle attività di controllo, prevenzione e contrasto dei rischi connessi ai vari processi aziendali, la Commissione di IA è uno strumento che può essere utilizzato sia a supporto dell'attività di IA sia a supporto dell'attività del RPCT.

Il Responsabile IA convoca la Commissione IA per le funzioni relative all'attività di IA almeno due volte l'anno, e comunque secondo le scadenze comunicate da Regione Lombardia:

- per l'individuazione dei team di audit;
- per il monitoraggio del Piano di IA.

Il Responsabile IA può convocare la Commissione IA ogni qualvolta si ravveda la necessità di rivedere il piano di IA o emergano mutamenti significativi nell'organizzazione aziendale o nell'attività dell'amministrazione.

La Commissione IA ha le seguenti funzioni:

- contribuisce alla composizione e pianificazione dei Piani Annuali di IA individuando le competenze degli auditor e definendo il team di audit;
- nomina il personale individuato per lo svolgimento delle attività di IA;
- propone alla Direzione Strategica l'attivazione di consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della Fondazione IRCCS, fatti salvi i vincoli di budget e le procedure ad evidenza pubblica per le selezioni;
- recepisce gli esiti degli audit e le azioni di miglioramento concordate e può proporre ulteriori azioni di miglioramento;
- se necessario, può richiedere la presenza del Team di Audit per chiarimenti circa l'esito degli audit.

6. I Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura

Tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, del Comitato di coordinamento dei controlli e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite portale "Whistleblower"; i documenti allegati devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione; le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro i termini richiesti dal RPCT;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento in vigore e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;

- si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella presente sezione del PIAO e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misurein essa contenute;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni della sezione anticorruzione e trasparenza contenuta nel PIAO, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza della sessione stessa. *I Direttori/Dirigenti Responsabili, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.*

A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 - *Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte* - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. L.gs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. L.gs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web istituzionale sono sanzionati a carico dei responsabili della struttura.

7. I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

All'interno delle Strutture a maggior rischio corruttivo e/o che sono tenute agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, sono stati individuati Referenti con i seguenti compiti:

- Svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, affinché abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione IRCCS;
- collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nell'individuazione di misure di contrasto alla corruzione relative alla Struttura di appartenenza;
- concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- verificare il regolare assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- collaborare all'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione relative alla propria Struttura previste dalla presente sezione del PIAO per quanto di competenza, raccogliendo i dati richiesti dal RPCT e producendo la relativa reportistica.

L'azione dei Referenti è comunque subordinata alle indicazioni del proprio Direttore/Dirigente Responsabile, che rimane il riferimento del RPCT per l'implementazione delle politiche di prevenzione della corruzione e degli adempimenti che ne derivano.

8. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. L.gs. n. 150/2009.

Per quanto riguarda la gestione del rischio corruttivo e della trasparenza, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) della Fondazione IRCCS verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e, **in particolare:**

- svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;

- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nella sezione della performance del PIAO, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
- anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che la presente sezione del PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT; relazione annuale che viene predisposta dal Responsabile e trasmessa al NVP, oltre che agli Organi di indirizzo della Fondazione IRCCS;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il NVP, inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

9. L 'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, dando tempestiva comunicazione al RPCT dell'avvio e della conclusione degli stessi;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- partecipa all'aggiornamento del Codice etico e di comportamento.

10. Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), la Fondazione IRCCS ha confermato la nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) del Dott. Giordano Repossi, Direttore della S.C. Gestione Acquisti, Provveditorato ed Economato.

11. I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nela presente sezione del PIAO e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dalla Fondazione IRCCS e contenute nel presente documento devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste costituisce illecito disciplinare;
- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente accedendo alla piattaforma web https://asstmonza.whistleblowing.it/, oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

12. Gli stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli *stakeholders* partecipano al controllo della Pubblica Amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dalla Fondazione IRCCS, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente documento.

Il sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità, in particolare il **sistema di controlli interni** prevede:

- con riferimento agli istituti di cui al D. L.gs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. L.gs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.:
  - il **controllo di regolarità amministrativa e contabile**, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
  - il **controllo di gestione**, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
  - il **controllo e la valutazione delle perfomance/prestazioni** assolto dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;
- con riferimento ad altre norme:
  - il **controllo assolto dal Collegio Sindacale** (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
  - il **Collegio di Direzione** (L.r. n. 23/2015 e s.m.i., Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4979 del 30.03.2016)**,** che, qualora costituito, ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo della Fondazione IRCCS con funzioni consultive e propositive;
  - le funzioni di **Internal Auditing** (L.R. n. 17 del 4 giugno 2014), strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. E' una funzione indipendente, che risponde direttamente alla Direzione Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Entro il 31 gennaio di ogni anno viene approvato un piano annuale;
  - il **Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management**:
    - entrambi, per le rispettive competenze, contribuiscono alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
    - attraverso la predisposizione di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali vengono descritte le modalità di governo ed esecuzione dei processi sia sociosanitari sia tecnico amministrativi;
  - il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**;
  - il **Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO)** (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete:
    - informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo;
    - sorvegliare l'osservanza del regolamento;
    - sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo;

- fornire pareri e sorvegliare alla redazione della Data Protection Impact Assessment (DPIA);
- fungere da punto di contatto e collaborare con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
- controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach).

- Il **Responsabile della sicurezza delle informazioni** (Linee guida regionali, Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016, Direttiva NIS) cui compete:
  - la definizione e il coordinamento di un piano operativo per garantire la sicurezza delle informazioni, congiuntamente ai singoli dipartimenti;
  - l'esecuzione e aggiornamento dell'analisi dei rischi di sicurezza;
  - il monitoraggio del corretto funzionamento delle misure di protezione adottate;
  - la predisposizione entro il 31 gennaio di ogni anno del un piano biennale;
- Il **Servizio Prevenzione e Protezione** (SPP) (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l'insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni alla Fondazione IRCCS finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;
- Il **Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC)**:
  - il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSL;
  - le azioni si sviluppano nel rispetto dell'ordine di priorità assegnato da Regione Lombardia per ciascuna area tematica ed in coerenza con il modulo organizzativo adottato;
- Le **attività con finalità di antiriciclaggio** (art. 10 del D. L.gs. n. 231/2007) affidate al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio:
  - le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo;
  - le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

3. Processo e modalita' di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

La presente sezione del PIAO 2023 – 2025 si pone in continuità con la precedente del PIAO 2022 – 2024 ed è l'esito del lavoro del RPCT con il coinvolgimento dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture individuate quali area a maggior rischio corruttivo.

Si indicano di seguito le principali fasi del processo di adozione:

- elaborazione della proposta relativa alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO da parte del RPCT, sulla base dei risultati del monitoraggio espletato e degli eventuali aggiornamenti intervenuti nella mappatura del rischio di corruzione in seguito all'attività di revisione annuale;
- condivisione e integrazione della proposta con il gruppo di lavoro sul PIAO;
- invio della proposta ai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura ai fini della raccolta delle loro osservazioni sui contenuti del documento e in particolare sull'indicazione e la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione in riferimento ai processi delle rispettive Aree/Strutture;
- consultazione pubblica rivolta sia agli stakeholder interni (Collegio di direzione, CUG, Organizzazioni sindacali), sia a tutti gli stakeholder esterni, tramite pubblicazione della proposta di aggiornamento sul sito web istituzionale;
- invio della proposta al Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS, per la condivisione degli obiettivi strategici;

- condivisione del PIAO con il NVP;
- esame, validazione e approvazione da parte degli Organi di indirizzo della Fondazione IRCCS entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato per legge;
- pubblicazione sul sito web istituzionnnale nella sezione amministrazione trasparente e trasmissione del PIAO al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

4. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione

La legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione della Fondazione IRCCS devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.
Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.
Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

A. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
B. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI
C. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO
D. TRATTAMENTO DEL RISCHIO CON IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E. MONITORAGGIO E RIESAME.

A. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale la Fondazione IRCCS si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.
Consiste nell'individuazione e descrizione delle **caratteristiche del territorio o del settore specifico**, nonché delle eventuali **relazioni con gli stakeholders** e di come possano influire sull'attività della Fondazione IRCCS.

B. Analisi del contesto interno e mappatura dei processi

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla **struttura organizzativa**, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione della Fondazione IRCCS, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione **(mappatura dei processi**).
Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari.
Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.
I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.
La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

C. Valutazione e analisi del rischio

La valutazione e analisi del rischio corruttivo si articola in tre fasi:

- **identificazione degli eventi rischiosi**, che ha il compito di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione. L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati i potenziali/reali eventi rischiosi relativi ai processi gestiti dall'amministrazione.

- **analisi del rischio**, che consiste nello stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Al fine di stimare il livello di rischio corruttivo di un dato processo, occorre valutare alcuni indicatori di stima del livello di rischio del processo, quali ad esempio: la presenza o meno di interessi economici o benefici diretti, la presenza o meno di discrezionalità di un processo, il livello di collaborazione del responsabile del processo alla costruzione del Piano, l'inadeguata diffusione della cultura della legalità, il numero di segnalazioni pervenute, i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari. Le informazioni sono ottenute attraverso la compilazione di una scheda di rilevazione compilata a cura dei responsabili delle strutture organizzative interessate, con il supporto del RPCT. Sulla base delle informazioni ottenute, si procede ad *un'analisi di tipo qualitativo*, attraverso la misurazione di ciascun indicatore di livello di rischio corruttivo del processo, mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. La misurazione dei singoli indicatori determina la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio corruttivo di un dato processo, sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.
- **ponderazione del rischio**, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.

D. Trattamento del rischio e misure di prevenzione della corruzione

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.
Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche.
Le misure generali intervengono in materia trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.
Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati e incidono su problemi specifici.
Per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo esposto a rischio di corruzione deve essere prevista almeno una misura di prevenzione.
Le misure devono essere adeguatamente programmate e definiti tempi di attuazione, con indicazione del soggetto responsabile e con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, al fine di poter verificare la corretta attuazione delle misure.

E. Monitoraggio e riesame

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati nel presente documento ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.
Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso un'attività di audit con le singole Strutture coinvolte e con il supporto della Commissione Internal Auditing.

A. Analisi del contesto esterno

Come si evince dal "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2018), nel complessivo contesto settentrionale il sistema sanitario lombardo è apparso soggetto, specie nell'ultimo decennio, a una più accentuata, insidiosa attenzione da parte degli interessi mafiosi. È infatti in questa regione, più che in altre, che i clan hanno mostrato di volere cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "impunitarie" che il settore offre fisiologicamente.

La sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle regioni più progredite e ricche d'Europa. Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private.
L'elevata appetibilità della sanità per gli interessi mafiosi può essere ricondotta solo parzialmente alle opportunità (economiche, sociali…) che essa è in grado di offrire in generale alle organizzazioni mafiose.
I fattori di rischio che espongono la sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distingue in 5 livelli.

1. Il primo è di ***natura politica***. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.
2. Il secondo, di ***natura legislativa***, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari - possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di ***natura tecnico-scientifica***. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche…) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.
4. Il quarto livello pertiene invece alla specifica ***cultura ambientale*** che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello individuato è di ***natura logistico-organizzativa*** e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

Come previsto dal PNA 2022 si analizzano i dati relativi alle principali dinamiche territoriali e settoriali, alle influenze o pressioni di interessi esterni a cui la Fondazione IRCCS potrebbe essere sottoposta:

- ***Criminalità e reati di corruzione, peculato e concussione***:
  l'alto tasso di criminalità di un territorio è indicatore di un'alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti deviant o non conformi alle norme. Diversi indicatori di corruzione si basano sul numero dei procedimenti, denunce e condanne per delitti di corruzione commessi da pubblici ufficiali identificati nell'ordinamento giuridico. I reati di associazione a delinquere, criminalità organizzata e riciclaggio di denaro sono strettamente connessi ai reati di corruzione.
  Valutati sul territorio della Fondazione IRCCS i tassi dei procedimenti penali per delitti di peculato concussione e corruzione, i procedimenti per riciclaggio di denaro, le denunce per associazione di tipo mafioso, i dati osservati potrebbero influenzare negativamente sulle condotte dei pubblici dipendenti della Fondazione IRCCS. **Impatto elevato**

- ***Contesto economico sociale:***
  Un'economia più viva e più attiva è indice di benessere economico, istituzionale e di un basso livello di corruzione. Si ipotizza quindi che ad un aumento del PIL, della spesa socio-sanitaria e del tasso di imprese attive sia associate una diminuzione della corruzione. Contrariamente un alto tasso di disoccupazione e di mortalità aziendale dovrebbe aumentare il rischio di corruzione. Anche I pagamenti in contanti, non tracciati, è indice della presenza di trasnsazioni sospette che potrebbero includere il pagamento di tangenti.
  Valutata la situazione economico sociale del territorio della Fondazione IRCCS si nota un alto uso dei pagamenti elettronici, un tasso di disoccupazione più basso rispetto al territorio nazionale, un ampio numero di imprese attive, un più alto prodotto interno lordo pro capite. **Impatto medio**

- ***Criticità riscontrate da segnalazioni esterne:***
  Il numero di segnalazioni esterne, i risultati dell'attività di monitoraggio, nonché il buon rapporto con gli stakeholder di riferimento sono segnale del buon andamento ed efficianza della P.A.. L'indice sulla qualità delle prestazioni percepita dagli utenti può considerarsi direttamente correlate ad evetuali fenomenti corruttivi.
  Ad una maggior soddisfazione dei soggetti esterni (utenti, fornitori, clienti…) che a vario titolo abbiano rapporti con la P.A. dovrebbero essere associate livelli di corruzione più bassa.
  Valutato il grado di soddisfazione dei soggetti esterni aventi rapporti con la Fondazione IRCCS in termini di fuga verso altra Regione e in termine di soddisfazione e qualità percepite, si può affermare che più che la qualità sanitaria, I soggetti esterni percepiscano una non adeguata organizzazione interna. **Impatto elevato**

B. Analisi del contesto interno e mappatura dei processi

Contesto interno organizzativo

Per la consultazione dei dati che riguardano il contesto organizzativo della Fondazione IRCCS si rimanda alle analisi esposte nella sezione specifica – Struttura organizzativa ed a quanto descritto in premessa a proposito del percorso di riconoscimento della Fondazione IRCCS quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dell'afferimento delle strutture territoriali all'ASST Brianza, che avverrà nel corso dell'anno 2023.

Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle competenti Strutture, è stata aggiornata l'analisi del rischio, coinvolgono le seguenti aree di rischio e sono riportati nell'**Allegato 1 "Registro dei Rischi corruttivi"** al presente PIAO:

1. CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori, servizi e forniture;
2. INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale
3. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - Gestione del precontenzioso
4. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO - Convenzioni attive a pagamento - Gestione dei pagamenti - Gestione recupero crediti e transazioni - Gestione beni mobili e immobili - Gestione delle donazioni ed erogazioni liberali;
5. ESECUZIONE CONTRATTUALE - Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di beni e servizi - Gestione rifiuti;
6. ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO – Gestione del decesso in ambito ospedaliero P.O. Monza;
7. MEDICINA LEGALE - Invalidità civile (afferimento all'ASST Brianza nel 2023);
8. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA;

9. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI, SERVIZIO DIPENDENZE E SERVIZIO UNIFICATO DI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA (afferimento all'ASST Brianza nel 2023).

Nella tabella **Allegato 1** al presente Piano sono riportati i processi/fasi oggetto della mappatura per i quali sono stati individuati rischi corruttivi.

C. Valutazione e analisi del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio). La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

Nella tabella **Allegato 1 "Registro dei Rischi corruttivi"** sono indicati, per ciascuna area di rischio, i processi/sottoprocessi valutati, la descrizione degli eventi rischiosi, le Strutture coinvolte e la valutazione complessiva del rischio.

Nel corso dell'anno 2023 verrà effettuata l'analisi dei rischi dei processi relativi al sistema antiriciclaggio con individuazione di specifiche misure. Inoltre sarà prevista l'analisi dei rischi sulla attività e processi della Direzione Scientifica una volta istituita ed avviata.

D. Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione

Contenuto essenziale della presente sezione del PIAO è il trattamento del rischio, con l'identificazione delle **misure di prevenzione**/mitigazione/trattamento del rischio da adottare a partire dalle aree più sensibili, con attribuzione della relativa responsabilità ai Direttori/Dirigenti Responsabili in merito alla attuazione di dette misure.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente documento si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

Relazione sull'attività RPCT - Monitoraggio del Piano e delle misure di prevenzione della corruzione dell'allora ASST Monza - anno 2022

Il RPCT annualmente predispone, sulla base di precise indicazioni di ANAC, una Relazione (Relazione annuale RPCT) sull'attività svolta; tale Relazione è inviata al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni e successivamente pubblicata sul sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione" entro la scadenza fissata da ANAC, di norma il 31 gennaio di ogni anno.

Inoltre dalle risultanze degli Audit semestrali e annuali programmati ed effettuati dal RPCT viene redatto un Consuntivo al 31 dicembre di ciascun anno sugli esiti dei monitoraggi sull'attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione indicate annualmente nel PIAO, inviato agli Organi di Indirizzo.

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell'aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO per l'anno successivo.

Alla data di approvazione del presente documento, l'attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione adottate per l'allora ASST Monza al 31/12/2022 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate (n. 61) e degli obiettivi assegnati, così come riportati nell'Allegato 2 al PIAO 2022 -2024, pari a circa il 95% complessivo. Gli scostamenti rispetto alle azioni programmate hanno dato origine ad alcuni rilievi nei confronti dei Responsabili di struttura, come da verbali agli atti, i quali porranno in essere azioni di miglioramento nel corso dell'anno 2023.

Le misure di prevenzione della corruzione

La Fondazione IRCCS, proseguendo la strategia di prevenzione della corruzione adottata negli anni precedenti dall'allora ASST Monza, conferma l'adozione di misure generali obbligatorie, che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e misure specifiche che agiscono su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su aspetti peculiari dell'amministrazione.

A seguito degli esiti riportati nella Relazione annuale del RPCT, nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"** al presente documento sono raccolte tutte le misure programmate per il triennio di validità dello stesso, con indicazione dei tempi di attuazione, del soggetto responsabile e con l'individuazione degli indicatori di monitoraggio.

Le misure generali

Formazione

Per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e antiriciclaggio. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui la Fondazione IRCCS si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Nel Piano formativo i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione;

b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, ai Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

La Fondazione IRCCS monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

L'allora ASST Monza ha realizzato realizzare i seguenti corsi, previsti nel piano formativo aziendale 2022:

"Compiti e ruolo dei referenti anticorruzione e trasparenza delle strutture dell'ASST Monza" – svolto in 4 edizioni durante il mese di giugno 2022;

"Buone pratiche e strumenti anticorruzione nel settore sanitario" – Edizione del 21.11.2022;

Per l'anno 2023 saranno proposti nel Piano Formativo corsi di base sull'ETICA E LEGALITA' e CORSI DI APPROFONDIMENTO SPECIFICO (L. n. 190/2012 e norme attuative, la responsabilità disciplinare dei dipendenti pubblici nella Sanità), sul Sistema di Antiriciclaggio e prevenzione del finanziamento del terrorismo e sulla gestione del rischio di prevenzione della corruzione.

Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo ed è fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ambito dell'attività pubblica.

Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza. Il presente documento dedica un'apposita sezione alla trasparenza, all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche, sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne alla Fondazione IRCCS, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Vedi sezione dedicata alla trasparenza e **Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**

Tutela del whistleblower

Il RPCT accerta che chi denuncia all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato.
La Fondazione IRCCS svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.
Con Comunicato del Presidente del 15 gennaio 2019, l'ANAC ha reso disponibile in open source il software per la gestione informatica delle segnalazioni degli illeciti, "*Whistleblower*", nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente, da parte dei pubblici dipendenti.
La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti, nonché la possibilità per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà "dialogare" con il RPCT in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica. Ove ne ricorra la necessità il RPCT può chiedere l'accesso all'identità del segnalante, previa autorizzazione di una terza persona (il cd. "custode dell'identità").
Il sistema viene fornito completo di un modello di segnalazione predisposto da ANAC che può essere completamente personalizzato dall'utilizzatore.
Con deliberazione n. 979 del 10.7.2019 l'allora ASST Monza ha aggiornato il Regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti - "*Whistleblowing*", a suo tempo approvato con deliberazione n. 404 del 3.5.2016; il regolamento e le modalità per effettuare le segnalazioni sono pubblicati sul sito web istituzionale www.asst-monza.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Altri contenuti – Corruzione.

Codice etico e di comportamento

Il Codice etico e di comportamento, è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità della Fondazione IRCCS nei confronti dei "portatori di interesse" (persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall'altro, definisce l'etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti/ collaboratori/fornitori.
Come tale esso rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di "*maladministration*", secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.
Tra gli obblighi previsti dal Codice etico e di comportamento vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.
Già dal 2016, l'allora ASST Monza ha previsto l'inserimento nei contratti di lavoro di specifica clausola di presa visione ed accettazione del proprio Codice etico e di comportamento, da fare sottoscrivere ai neoassunti.
Nel corso del 2018 l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 2282 del 18.12.2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e sm.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29.12.2016 "*Approvazione del*

nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia". In ultimo l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 1325 del 29.12.2022, ha aggiornato il Codice etico e di comportamento, ai sensi del Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 che, modificando l'art. 54 del d.lgs. 165/2001, ha previsto l'obbligo di prevedere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, nonché l'organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web istituzionale www.asst-monza.it.

La diffusione capillare, l'interpretazione e la violazione del Codice etico e di comportamento a tutti i soggetti a cui è rivolto, rappresenta un'indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Sarà inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice etico e di comportamento sono sanzionabili.

Con deliberazione n. 996 del 18.7.2019, l'allora ASST Monza ha adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD).

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della **rotazione straordinaria**.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "*provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".*

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

Con deliberazione n. 525 del 9.12.2021, l'allora ASST Monza ha approvato il Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità, in cui è stato disciplinato l'istituto della rotazione straordinaria.

Nell'ambito del PNA la **rotazione ordinaria** del personale addetto alle aree a rischio è considerata 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. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti,

possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.
Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.
In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".
In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.
- Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, la Fondazione IRCCS adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

L'allora ASST Monza, in applicazione ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Aziende Sanitarie, ha adottato con deliberazione n. 2285 del 18.12.2018 il "*Regolamento aziendale sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione*".
La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente documento spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.
In particolare la rotazione ordinaria riguarderà le seguenti Aree:

- Area amministrativa, professionale e tecnica;
- Area Sanitaria comprensiva, a mero titolo esemplificativo, della vigilanza-ispezione, accettazione, liste d'attesa, accertamento diagnostico delle commissioni invalidi civili.

La rotazione ordinaria annuale viene programmata all'interno del PIAO aggiornato annualmente. A tal fine il RPCT raccoglie le programmazioni dei Dirigenti responsabili delle aree a rischio e ne verifica l'attuazione.

Nel corso del 2021 l'allora ASST Monza è stata interessata da un naturale processo di riorganizzazione a seguito della D.G.R. n. XI/3952 del 30.11.2020 con oggetto "Determinazioni in ordine all'attuazione dell'articolo 19 della Legge regionale 23/2019", che ha modificato dal 1.01.2021 gli assetti territoriali di competenza dell'allora ASST Monza, ciò comportando una rotazione naturale personale.
Per l'anno 2023, a seguito della trasformazione dell'ASST Monza in Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, si assisterà ad una naturale organizzazione che comporterà nuovi ruoli e funzioni all'interno del nuovo ente.

Inconferibilità e Incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.
Sono soggetti alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Direttore Generale e il Direttore Scientifico. Inoltre, in considerazione della delibera ANAC n. 149/2014, che ha limitato, per le Aziende del SSN ai soli direttori strategici l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, la S.C. Affari Generali e Legali provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 anche per gli incarichi conferiti al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, le apposite dichiarazione. Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web Monza nella sezione Amministrazione Trasparente.

Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.
In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi "*quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte*". L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.
La Fondazione IRCCS, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice etico e di comportamento, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.
Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.
Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità sia uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine della Fondazione IRCCS.
Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.
In quest'ottica l'allora ASST, con deliberazione n. 2286 del 18.12.2018, ha approvato il in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica), tenendo conto di due aspetti fondamentali:

- creare consapevolezza dell'obbligo di astensione da parte dei dipendenti;
- coadiuvare il Responsabile della struttura che deve decidere sull'astensione.

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, la Fondazione IRCCS ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse in specifici articoli dedicati alla tematica in questione.
In base al Codice etico e di comportamento, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse della Fondazione IRCCS e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello della Fondazione IRCCS stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi della Fondazione IRCCS.
Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.
Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.
Si ricorda la delibera n. 494 del 5/06/2019 dell'ANAC "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.
Dal 2018 è attiva presso l'allora ASST Monza una cartella elettronica condivisa tra le diverse Strutture interessate per la gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse raccolte, al fine di potere effettuare le dovute verifiche interne sui soggetti ai quali vengono conferiti poteri autoritativi e negoziali, attraverso i dati raccolti anche sulle autorizzazioni concesse agli stessi per attività extra officio.
La cartella risulta regolarmente alimentata ed utilizzata nel corso dell'anno 2022.

Pantouflage

A decorrere dall'anno 2016, si è disposto l'inserimento della seguente clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori:
"L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. L.gs. 265/2001.".
E' fatto divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati in favore degli stessi. Tale divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro che sono legati alla Pubblica

Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015).
I dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A..
Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.
Le conseguenze della violazione del divieto di *pantouflage* attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.
Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di pantouflage, dichiarazioni e controllo sui cessati
In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale "*L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001*", la Fondazione IRCCS prevede di inserire nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto, così come già in uso per l'allora ASST Monza.
Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione agli Organi di indirizzo della Fondazione IRCCS ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Patti di integrità

Il Patto di integrità in materia di contratti pubblici costituisce un accordo tra la stazione appaltante e i soggetti partecipanti alle gare i quali si vincolano al mantenimento di condotte improntate a principi di trasparenza e legalità e 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.
Il Patto di integrità rappresenta quindi una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici e si applica alle procedure di affidamento.
A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 50/2016, Regione Lombardia con DGR n. XI /1751 del 17/06/2019 ha approvato il nuovo Patto di integrità (che ha interamente sostituito quello precedente approvato con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014).
I commi 4 e 5 dell'art. 5 "*Violazione del patto d'integrita*" della DGR n. XI /1751 dispongono quanto segue:
La Stazione appaltante segnala al proprio Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza qualsiasi atto del candidato o dell'offerente che integri tentativo influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti.
Il candidato o l'offerente segnalano al Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza della Stazione appaltante qualsiasi atto posto in essere da dipendenti della Stazione appaltante o da terzi volto a influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti, e, laddove ritenga sussistano gli estremi di un reato, denuncia i fatti all'Autorità giudiziaria o ad altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne.

Svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

L'allora ASST Monza, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia, ha aggiornato con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 il Regolamento concernente le modalità di autorizzazione degli incarichi *ex officio* da parte del personale, ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001. Nel corso dell'anno 2023 saranno attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi, sia mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento.
Così come previsto all'art 14 del predetto Regolamento, la S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane deve effettuare annualmente un numero di controlli a campione, pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

Collegamento al ciclo della performance

Nel presente Piano sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nell'**Allegato 2** "**Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**.

In tale ottica la sezione anticorruzione e trasparenza deve coordinarsi e collegarsi con la sezione della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative della Fondazione IRCCS. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Inoltre l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Si evidenzia, in ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance - circa la verifica e l'attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione, così come disposto dal D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i..

Le misure specifiche

In ottemperanza a quanto previsto dai PNA, sono state individuate misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.
Nell'**Allegato 2** "**Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"** del PIAO si descrivono una serie di misure generali e specifiche di trattamento del rischio, con individuazione di una o più responsabili per l'attuazione, di una tempistica per il suo raggiungimento e un indicatore di monitoraggio sullo stato di avanzamento.
Tali misure, definite in accordo con i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate delle aree a maggior rischio corruttivo sulla base delle indicazioni di ANAC, sono volte a ridurre eventuali manifestazioni di casi di corruzione e malpratice, nonché a creare un contesto sfavorevole per la corruzione.

E. Monitoraggio e riesame

Il PIAO e in particolare la sezione dell'anticorruzione e trasparenza, PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, sia dai Referenti per l'anticorruzione e la trasparenza, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

L'attività di monitoraggio consta di due livelli:

- Monitoraggio di primo livello affidato ai Referenti del RPCT e ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Si tratta di un monitoraggio in autovalutazione e generalmente è accompagnato da verifiche successive del RPCT. Gli esiti del monitoraggio sono documentate da schede di rilevazioni o relazioni periodiche.
- Monitoraggio di secondo livello affidato al RPCT con il personale di supporto, anche attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica. Gl audit del RPCT sono riportati nell'Allegato 2 "**Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità**". Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce agli organi di governo della Fondazione IRCCS sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.

L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti al presente documento dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione della Fondazione IRCCS.

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dalla presente sezione, si rimanda sempre all'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**.

La trasparenza

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Il presente piano contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire:

1) un adeguato livello di trasparenza;
2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

ed è stato redatto tenendo conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed, in particolare, del D. L.gs. 25 maggio 2016, n. 97, *«Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»*.

In particolare, modifiche significative sono state apportate al D. L.gs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D.L.gs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il "*Freedom of information act*" (*F.O.I.A.*).

Trasparenza delle donazioni ed erogazioni liberali in natura e in denaro nell'ambito della raccolta fondi per l'emergenza COVID-19

L'art. 99 rubricato "*Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante "*Misure per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, contiene previsioni rivolte, tra l'altro, agli Enti del SSN e definisce specifici obblighi di trasparenza per tutti quei soggetti che ricevono erogazioni liberali.

Il particolare, il co. 5 dell'art. 99, come modificato dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, impone a ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di attuare un'apposita rendicontazione separata.
La norma dispone, inoltre, che **al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19**, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte dell'impiego delle suddette liberalità.
ANAC, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali, ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute (v. comunicati ANAC del 29.7.2020 e del 7.10.2020).
Compete alla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità la tenuta e il costante aggiornamento della citata rendicontazione separata.

Trasparenza interventi straordinari per l'emergenza COVID-19
Nel maggio 2020 è stata implementata la specifica sezione relativa agli interventi straordinari e di emergenza, come indicato all'art. 42 del D. L.gs. n. 33 e s.m.i., nella quale le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e, in generale, provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, sono chiamate a riportare, in formato tabellare, tra l'altro, i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari e il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'Amministrazione.
I dirigenti responsabili sono tenuti a mantenere costantemente aggiornata la sezione per quanto di competenza.

Adempimenti in materia di trasparenza
Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs. n.33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano **Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**.
Sarà cura del RPCT, a cui compete la definizione delle misure, definire i criteri e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.
In attesa di una posizione precisa da parte del legislatore e dell'Autorità in merito all'applicazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., con deliberazione n. 1443 del 31/07/2018 l'allora ASST aveva sospeso, in via provvisoria e precauzionale, la pubblicazione sul sito web istituzionale - Sez. Amministrazione Trasparente - Personale - Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) i dati di cui all'art. 14 co. 1 lett. f del predetto art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.., che sono comunque stati raccolti sia per il personale ospedaliero che per gli universitari.
Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili.
In un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne della Fondazione IRCCS, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che **i responsabili** della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni **sono indicati nella tabella Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione".** Detti responsabili, dovranno individuare **i referenti interni** che si occuperanno dei rapporti diretti con RPCT e i suoi collaboratori, sia per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione, sia per quanto concerne il raggiungimento dei risultati circa le misure e gli adempimenti assegnati in tema di prevenzione della corruzione.
L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire a cura del **responsabile/referente** individuato ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o

pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando o archiviando altresì le informazioni superate.
La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione prevista dalla normativa vigente.
Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti, un maggiore livello di trasparenza costituisce per la Fondazione IRCCS obiettivo strategico, che si tradurrà in obiettivi organizzativi e individuali; come suggerito dall'ANAC rientra tra questi obiettivi la pubblicazione di "dati ulteriori" in relazione a specifiche aree a rischio, che verranno concordati tra il RPCT ed i responsabili di Struttura. L'ostensione di questi dati on line avverrà nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.
La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. n. 165/2001, ivi compresi i profili di responsabilità disciplinare.
Il Responsabile della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane assicura, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui al medesimo art. 19 co. 1, (Bandi di concorso) ai fini dell'accessibilità ai sensi dell'art. 4, comma 5, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125.

Monitoraggio

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nella sezione della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.
L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. L.gs. n. 150/2009 e s.m.i.
L apresente sezione del PIAO richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.
Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce agli organi di indirizzo della Fondazione IRCCS sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.
Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici della Fondazione IRCCS.
L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).
L'attuazione della trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte della Fondazione degli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità da parte del RPCT. Lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche (al massimo con cadenza trimestrale) presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail, effettuata con cadenza semestrale, ai Dirigenti delle singole strutture competenti circa lo stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, gli aggiornamenti effettuati, le problematiche riscontrate;

- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richiesta formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico ed aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente documento sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Direttori/Responsabili di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

L'istituto dell'accesso civico

A fronte della rimodulazione della trasparenza *on line* obbligatoria, l'art. 6 del D.L.gs. n. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del D.L.gs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento; la trasparenza viene intesa come accessibilità totale non più alle sole *"informazioni"* bensì ai *"dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni*"; in tal senso la riforma ha richiesto un profondo ripensamento delle modalità operative.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of information act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D. L.gs. n. 97/2016 che ha apportato numerose modifiche alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D. L.gs. n.33/2013; si differenzia in modo sostanziale dall'accesso civico, che è un rimedio offerto al pubblico contro l'inadempienza delle pubbliche amministrazioni agli obblighi di pubblicità imposti dalla legge.

La nuova tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex. L. n. 241/1990 e s.m.i., ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato art. 1, co. 1 del decreto definisce anche, con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore.

L'accesso generalizzato è entrato in vigore nell'ordinamento italiano il 23/12/2016; e da tale data l'allora ASST ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

L'allora ASST Monza, con deliberazione n. 1114 del 19.6.2018 ha adottato il Regolamento contenente le modalità sul nuovo diritto di accesso civico e accesso agli atti, sulla base del documento recentemente pubblicato dall'ANCI, che contiene istruzioni tecniche, linee guida, note e modulistica per gli enti locali e che tiene conto delle linee guida ANAC in materia di definizione e limiti all'accesso civico, nonché della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017; esso è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

Le sanzioni

L'ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 "Modifiche al sistema penale".
Tra i più importanti, quelli sui criteri di applicazione delle sanzioni (art.11); quello del contraddittorio con l'interessato (art.14); quello della separazione funzionale tra l'ufficio che compie l'istruttoria e quello al quale compete la decisione sulla sanzione (art.17-18).
Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella legge n. 689/1981.
E' stata dedicata una specifica sezione alle sanzioni all'interno del Codice etico e di comportamento.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

Il contesto di riferimento

Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) è lo strumento programmatorio attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi.
Il POAS ha valenza triennale ed è rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modifiche all'assetto organizzativo.
I POAS delineano le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del funzionamento degli Enti, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed alla corretta determinazione del fabbisogno di personale.
La Regione, anche attraverso i POAS, individua e promuove le azioni utili per il conseguimento dei principi su cui si fonda la legislazione regionale, così come rinnovata dalla L.R. 22/2021, con particolare riferimento a:

a) Garantire l'approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la promozione e la protezione della salute
b) Assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso
c) Favorire l'appropriatezza clinica ed economica
d) Garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse
e) Incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia
f) Contemplare anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo individuato e sviluppato nel POAS deve evidenziare i rapporti esistenti tra gli Organi, gli Organismi, le Strutture, i Soggetti istituzionali, gli Stakeholders, ecc.
Nel POAS possono essere previste le seguenti tipologie di Strutture:

- Dipartimenti gestionali
- Dipartimenti funzionali
- Dipartimenti funzionali interaziendali
- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e/o Strutture Semplici Distrettuali (SD)
- Strutture Semplici (SS)

L'attuale articolazione organizzativa della Fondazione IRCCS, in attesa dell'approvazione del nuovo POAS entro marzo 2023, è la seguente:

- 61 strutture Complesse di cui 23 Universitarie
- 12 Strutture Semplici Dipartimentali di cui 2 Universitarie
- 75 Strutture Semplici, di cui 5 Universitarie
- 7 Strutture Semplici Distrettuali.

Le strutture territoriali saranno trasferite all'ASST Brianza nel corso del 2023 come previsto dalla DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 che approva le cd "Regole di sistema" per il 2023.
Nel triennio sarà inoltre strutturato il percorso di carriera scientifica del personale assegnato alla ricerca (cd. "piramide").

Piano organizzativo del lavoro agile

Il contesto di riferimento:
Con il termine lavoro agile (smart working) non si intende una tipologia contrattuale autonoma, ma ci si riferisce ad una particolare modalità di esecuzione del lavoro, consistente in una prestazione di lavoro subordinato che si svolge al di fuori dei locali aziendali, basata su una flessibilità di orari e di sede.
In particolare, la Risoluzione del Parlamento Europeo del 13 settembre 2016 definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: *"modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti"*
Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid19.
Tuttavia ogni amministrazione, può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nelle linee guida potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile.
Il CCNL personale del comparto Sanità – triennio 2019-2021 sottoscritto in data 02.11.2022 al TITOLO IV disciplina il lavoro a distanza ed in particolare al capo I artt. 76, 77, 78, 79,80 il "Lavoro Agile", con definizione dei principi generali, le modalità di accesso, l'accordo individuale di lavoro, articolazione della prestazione in modalità lavoro agile, diritto alla disconnessione, formazione.

Le azioni intraprese:
Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 296 del 09/03/2020 "Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile"

1. Garantito l'accesso privilegiato al lavoro agile a:
    - dipendenti portatori di patologia che li rendono maggiormente esposti al contagio;
    - dipendenti su cui grava la cura dei figli minori a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi dell'asilo nido, della scuola dell'infanzia e/o con figli in condizioni di disabilità;
    - dipendenti che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa.
2. Vaglio da parte del Dirigente responsabile della U.O./servizio, nonché del Direttore di Dipartimento/Direttore Amministrativo/Sanitario/Socio Sanitario per verificare la compatibilità tra profile professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.
3. Definizione di:

- attività effettuabili in modalità agile;
- numero massimo di giornate mensili concedibili.

Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 661 del 29/04/2021 "Adozione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021-2023

Adozione del POLA:

1. Attuazione dello smart working per tutte le attività eseguibili non in presenza con piena responsabilizzazione dei Direttori/Responsabili nella gestione e controllo delle attività in modalità agile;
2. Indicazione ai dipendenti delle line guida per la sicurezza e la privacy durante lo svolgimento del lavoro agile;
3. Previsione di appositi percorsi formativi, anche riguardo la digitalizzazione;
4. Raggiungimento dei seguenti obiettivi:
    - incrementare e migliorare la work-life balance (conciliazione vita-lavoro);
    - ridurre il tasso di assenteismo;
    - aumentare il livello di motivazione;
    - aumentare il benessere organizzativo e la conseguente fidelizzazione del personale;
    - Incrementare la performance organizzativa;
    - ridurre l'impatto sull'ambiente in termini di riduzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto collettivi e individuali contribuendo alla diminuzione del traffico veicolare e dell'inquinamento ambientale;
    - rimodulare l'articolazione della presenza in servizio per favorire il distanziamento sociale.

Anno 2022: Nell'anno 2022 è proseguita l'applicazione dell'istituto del lavoro agile per alcune situazioni specifiche riportate anche nel "Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021-2023" e precisamente il Direttore/Responsabile di struttura, a fronte di richieste individuali, ha valutato la concessione dell'istituto dello smart working (dipendenti portatori di patologie, dipendenti con difficoltà oggettive nella gestione familiare ….) anche in relazione alla possibilità di svolgerla con strumenti informatici e monitarndo il raggiungimento degli obiettivi assegnati.
Il lavoro agile del dipendente, in questi casi, è stata autorizzata dal Responsabile di struttura con la sottoscrizione del "Accordo individuale per il lavoro agile".

Gli obiettivi per il triennio 2023/2025:

- Aggiornare, previo confronto con le OOSS, il POLA adeguandolo al nuovo CCNL personale del comparto Sanità – triennio 2019-2021 sottoscritto in data 02.11.2022, implementando le attività che possono essere effettuate in lavoro agile.
- Dopo aver mappato le attività da effettuare in smartworking, attivare il monitoraggio e valutazione della performance perseguendo i criteri di efficacia e efficienza con utilizzo di opportuni indicatori di valutazione.
- In linea generale, strutturare un percorso di riconoscimento di tale modalità lavorativa dando attuazione al Piano approvato, da utilizzare come opportunità e non come adempimento di legge, in modo da favorire un cambio culturale, anche se la platea dei potenziali destinatari è limitata.

A supporto di questi obiettivi, è stato adottato un sistema evoluto di Collaboration che prevede in modo integrato l'utilizzo dell'Email, dei Sistemi di Video Conferenza e di Condivisione sicura dei Documenti in Cloud nonché di Strumenti di Office Automation Online (Web Based) per tutti i dipendenti aziendali ed in particolare per chi si avvarrà delle modalità di Lavoro Agile rese disponibili.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

L'art. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 prevede l'adozione, da parte di ciascuna Pubblica Amministrazione, del **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale** (di seguito PTFP), che viene adottato annualmente al fine di recepire eventuali modifiche legate alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.
Il PTFP si basa sull'assunto fondamentale di coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, pertanto, i costi ivi rappresentati, che hanno carattere programmatorio, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.
Il PTFP deve essere determinato nel rispetto delle risorse assegnate annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e sevizi". Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali (cd. SUMAI).
Il PRFP riporta per ogni anno:

- Il fabbisogno di personale (espresso in FTE, "full time equivalent", ovvero la misura delle teste equivalenti rispetto al tempo pieno), sia esso strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- Il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale;
- La dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, che include anche il personale previsto nei sezionali ospedaliero e della ricerca.

Il PTFP viene predisposto dalla Fondazione IRCCS con apposito atto deliberativo, validato per la parte di competenza dal Collegio Sindacale e inviato ai competenti Uffici della Regione per le opportune verifiche e la successiva approvazione regionale.
In particolare, i limiti autorizzati cui deve riferirsi il Collegio Sindacale nelle sue verifiche sono rappresentati dai valori di costo e di dotazione organica inseriti nel PTFP. Non sono pertanto necessarie ulteriori autorizzazioni da parte della Regione per la copertura dei posti previsti in dotazione organica, fatta salva la copertura delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali, che potranno essere coperte solo a seguito di autorizzazione rilasciata dalla Regione.
Il PTFP approvato dalla Regione viene poi adottato definitivamente da parte degli enti. L'atto di adozione definitivo è quindi inviato ai competenti uffici regionali che entro 30 giorni provvedono alla comunicazione del contenuto dei Piani Triennali di Fabbisogno tramite il sistema di cui all'art. 60 del d.lgs. 165/2001.
Per quanto attiene il Piano Triennale Fabbisogni Personale 2023-2025 Regione Lombardia ha fornito le indicazioni per la stesura dello stesso. In relazione alla costituzione della Fondazione IRCSS San Gerardo dei Tintori, Regione Lombardia, con "D.G.R. n. XI/7758 del 28.12.2022 – Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023", ha concesso una proroga di presentazione del PTFP al 31 marzo 2023. Lo stesso comprenderà una sezione relativa al personale della ricerca e l'aggiornamento della dotazione organica in relazione al nuovo POAS della Fondazione IRCCS che dovrà essere presentato entro il 31.03.2023.

Piano formativo aziendale

Annualmente la Fondazione IRCCS provvede a programmare le attività di formazione, raccolte nel Piano formativo aziendale (di seguito PFA) che sintetizza le necessità di formazione del personale dipendente derivanti da obiettivi strategici, dalla programmazione regionale e da fabbisogni raccolti dalle strutture aziendale, in un processo strutturato e gestito centralmente dalla struttura "Formazione", deputata anche alla organizzazione delle attività formative.
La struttura della Formazione è coadiuvata dal **Comitato Scientifico della Formazione** che oltre, ad approvare il PFA, si riunisce periodicamente per verificare l'attività formativa prevista dal Piano medesimo.

In Sanità è prevista la **formazione continua**, ovvero l'obbligo deontologico dei professionisti sanitari di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile e misurato attraverso l'acquisizione di "crediti ECM".
L'ASST Monza è stata accreditata presso Regione Lombardia come PROVIDER ECM/CPD con codice 7167 e con Decreto n° 17406 del 15/12/2021 è stato confermato l'accreditamento standard al sistema ECM-CPD, ovvero è stata abilitata a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.
La formazione continua ha la finalità di assicurare al cittadino e alla comunità risposte appropriate, pertinenti ed efficaci ai bisogni di salute nel rispetto dei valori individuali della persona.
Le iniziative formative sono destinate al personale dirigente ed al comparto al fine di garantire il maggior numero di opportunità che consentano di massimizzare le competenze acquisite ed i relativi crediti formativi ECM previsti. L'ampliamento e l'aggiornamento delle competenze professionali mirano alla responsabilizzazione delle persone ed al miglioramento continuo del proprio comportamento nella pratica clinico assistenziale e sociale delle attività di supporto.
L'offerta formativa deve inoltre ottemperare alle disposizioni di legge in materia di salute e sicurezza sul lavoro.
Tutte le attività sono gestite nel rispetto del budget assegnato garantendo un corretto rapporto qualità-costi.
Il PFA 2023 verrà predisposto ottemperando alle indicazioni contenute nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM – Regione Lombardia", allegato al Decreto D.G. Welfare di R.L. n. 19280 del 29/12/2022, entro il termine di scadenza fissato al 15/03/2023.
Al momento dell'adozione del presente PIAO, gli obiettivi formativi generali sono in fase di condivisione con la direzione strategica.
Alla luce del nuovo assetto organizzativo della Fondazione IRCCS, delle prime direttive regionali definite dalle "regole 2023" (deliberazione n. XI/7758 del 28/12/2022) e dagli obiettivi strategici previsti dal presente PIAO, alcuni obiettivi strategici che potranno concretizzarsi nelle iniziative formative per il 2023 sono i seguenti:

- incrementare la cultura della legalità attraverso la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione e antiriciclaggio, su diversi livelli:
  a) livello generale, rivolta a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione;
  b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, ai Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai componenti della Commissione Internal Auditing, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio;
- adeguare le competenze del personale rispetto alla gestione della qualità e del rischio, con una formazione specifica dei Rappresentanti della Qualità sugli standard ISO 9001;
- mantenere l'elevato il livello di formazione/informazione circa la salute e la sicurezza degli operatori e degli assistiti, anche in riferimento alla normativa sulla radioprotezione;
- proseguire la formazione delle diverse professionalità coinvolte nella presa in carico degli utenti cronici, fragili al fine di garantire continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi;
- rafforzare la formazione delle diverse professionalità coinvolte nel percorso di cura del paziente di area pediatrica;
- rafforzare l'approccio organizzativo per "processi" in ambito amministrativo, sanitario;
- promuovere e consolidare le relazioni efficaci fra operatori;
- migliorare l'efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure con lo sviluppo di percorsi integrati all'interno delle varie Reti di patologia previste dalla normativa nazionale e regionale;
- promuovere la diffusione della cultura sulla Medicina di Genere;

- incrementare l'offerta formativa rivolta alla Dirigenza, relativamente alla qualità della documentazione e alla gestione efficace del percorso di valutazione del personale.

Inoltre, la Fondazione IRCCS collaborerà nell'organizzazione e realizzazione di progetti formativi proposti da ATS Brianza e aderirà alle iniziative proposte dall'Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo-Polis Lombardia.

Obiettivo per il triennio 2023/2025 della Fondazione IRCCS è la programmazione e la realizzazione delle attività formative previste dal Piano di Formazione Aziendale, con misurazione del grado di attuazione degli eventi formativi previsti, del numero di ore di attività formativa, del numero di partecipanti.

Piano delle azioni positive

1. Premessa

La normativa in materia di pari opportunità, sistematizzata con il Decreto Legislativo 198/2006, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246", prescrive alle Pubbliche Amministrazioni di progettare ed attuare i Piani triennali di Azioni Positive (PTAP) mirati a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne nel lavoro.
La presentazione dei Piani triennali non è tuttavia solo un atto formale, ma rappresenta un momento fondamentale per attivare misure e meccanismi di gender mainstreaming, azioni positive e buone prassi volte a consentire una reale parità tra uomini e donne da parte delle Amministrazioni.
L'articolo 42 del D.Lgs.11 aprile 2006, n. 198, definisce le "azioni positive" quali "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".
Il piano riassume obiettivi, tempi, risorse disponibili e risultati attesi per riequilibrare situazioni di non equità di condizioni tra uomini e donne, assume gli obiettivi di trasversalità e di pari opportunità e li inserisce nella cultura lavorativa ed organizzativa dell'Ente pubblico.
Il presente Piano di Azioni Positive è quindi un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro che esplica chiaramente gli obiettivi, i tempi, i risultati attesi e le risorse disponibili per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disequità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all'interno di un ente.
Le azioni positive rappresentano misure temporanee speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; sono misure:

a) "speciali" in quanto non generali ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta
b) "temporanee" in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento.

La strategia delle azioni positive è rivolta alla rimozione di quei fattori che direttamente o indirettamente determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità attraverso l'introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l'accesso ai diritti. In tal senso si evidenzia la stretta correlazione posta in essere dal decreto legislativo n. 150/2009 tra la pianificazione della performance, la pianificazione nell'ambito della trasparenza e integrità e quella concernente le pari opportunità, che vanno opportunamente connesse ed integrate al fine di poter essere adeguatamente utilizzate.
Il presente Piano triennale delle Azioni Positive 2022-2024 si inserisce nell'ambito delle iniziative promosse dalla Fondazione IRCCS per dare attuazione agli obiettivi di pari opportunità, favorendo l'adozione di misure che garantiscano effettive pari opportunità nelle condizioni di lavoro e di sviluppo professionale e tengano conto

anche della posizione delle lavoratrici e dei lavoratori in seno alla famiglia, con particolare riferimento a quanto segue:

a) piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne;
b) pari opportunità come condizione di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
c) partecipazione ai corsi di formazione professionale che offrano possibilità di crescita e di miglioramento;
d) studi e analisi quantitative e qualitative sulle condizioni delle donne per settore professionale;
e) promozione della comunicazione e diffusione delle informazioni sui temi delle pari opportunità;
f) tutela dell'ambiente di lavoro da casi di molestie, mobbing e discriminazioni;
g) collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), che proporrà le esigenze e le azioni specifiche che ritiene di avviare;
h) valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale;
i) promozione di una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, ferma restando la necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata;
j) garanzia di trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

2. Situazione del personale

RAPPORTO DATI RIFERITI ALLA SITUAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE DELLA FONDAZIONE IRCCS

Al 31.3.2022 (ultimo dato disponibile in attesa del consolidamento delle risorse nel nuovo assetto IRCCS) il personale in servizio ammonta a 2994 unità, di cui 2156 di genere femminile (72%) e 838 di genere maschile (28%).

Il dato è da intendersi riferito al personale in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato e può essere schematicamente così riassunto:

	MASCHI	M %	FEMMINE	F %	TOTALE
Dirigenza	**253**	**41%**	**368**	**59%**	**621**
Comparto	**585**	**25%**	**1788**	**75%**	**2373**
Totale	**838**	**28%**	**2156**	**72%**	**2994**

3. Piano di azioni positive 2023/2025 - iniziative

La promozione della parità e delle pari opportunità nella P.A. necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente ed efficace.

A tale proposito il D. Lgs. n. 196/2006 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" stabilisce che le pubbliche amministrazioni predispongano piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro.

Il piano individua due importanti tematiche su cui sviluppare azioni positive:

1. il **benessere organizzativo** inteso come la cura della persona e dell'ambiente di lavoro per migliorare qualità e organizzazione del lavoro di tutto il personale di ASST;
2. la **valorizzazione del talento femminile** nell'ambito lavorativo e tenuto conto del ruolo all'interno della famiglia e della società.

Al fine di promuovere la cultura organizzativa come valore ed in particolare della differenza di genere a tutti i livelli, saranno potenziati gli aspetti di comunicazione con la realizzazione di pagine dedicate sia sulla rete intranet aziendale, sia sul sito web istituzionale, con l'obiettivo di:

- informare e sensibilizzare il personale dipendente sulla **cultura di genere**;
- raccogliere e divulgare le informazioni sull'attività del **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro** (CUG), diffondendo dati e informazioni utili al personale dipendente.

Si renderanno necessari, in corso d'opera, momenti di verifica circa l'attuazione delle singole Azioni Positive nonché l'elaborazione - a consuntivo - di specifiche relazioni sull'andamento delle singole attività valutando eventualmente l'esigenza di apportare aggiustamenti e/o integrazioni al Piano stesso per una effettiva e puntuale realizzazione delle Azioni Positive approvate.

Le schede specifiche dei progetti sono riportate in Allegato 4:
Azione positiva n. 1: Accoglienza del personale neo assunto e neo inserito
Azione positiva n. 2: Proviamo a capirci: star bene con le persone con cui lavoriamo e incontriamo
Azione positiva n. 3: Essere donna: promuovere le doti di genere
Azione positiva n. 4: SOS counselor in ascolto: prendersi cura di chi produce.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Come anticipato in premessa, il PIAO definisce le modalità di monitoraggio della performance, riportando per ogni obiettivo gli indicatori, i tempi previsti e i valori o risultati attesi.
La sezione 4 del PIAO, "Monitoraggio" è pertanto strutturata nella tabella riepilogativa degli indicatori di valutazione della performance organizzativa istituzionale, di cui viene fornita la misura di consuntivo o preconsuntivo 2022, disponibile alla data di adozione del presente documento, oltre al valore atteso per il triennio 2023/2025.
Si rimanda pertanto all'allegato per la descrizione degli indicatori.

***

ALLEGATI:

Allegato 1 "Registro dei Rischi corruttivi"
Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"
Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"
Allegato 4 "Azioni Positive"
Allegato 5 "Indicatori di monitoraggio"

Allegato 1

PIAO triennio 2023 - 2025
Sezione anticorruzione e trasparenza
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI

REGISTRO DEI RISCHI CORRUTTIVI
revisione 2023

A= discrezionalità	valore da 1 a 5	valutazione rischio qualitativo
B= presenza di interessi economici	valore da 1 a 5	6 - 10 marginale
C= segnalazioni pervenute	valore da 1 a 5	11 - 16 accettabile
D= livello di partecipazione del Responsabile di Struttura alla predisposizione del PTPCT (scala inversa)	valore da 5 a 1	17 - 23 rilevante
E= partecipazione alla cultura della legalità (scala inversa)	valore da 5 a 1	24 - 30 critico
F= controlli (scala inversa)	valore da 5 a 1	

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
CONTRATTI PUBBLICI Affidamento di lavori, servizi e forniture	PROGRAMMAZIONE Ricognizione del fabbisogno istruttoria antecedente al procedimento di scelta	Tecnico-Patrimoniale	Inadeguata programmazione (in eccesso o in difetto) per favorire o danneggiare i fornitori	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 5	21 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	5 5 1 4 3 5	23 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 4	17 RILEVANTE
	PROGETTAZIONE Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Tecnico-Patrimoniale	Il rischio consiste nel fatto che la scelta dello strumento per l'affidamento non sia definito sulla base di elementi tendenti a favorire l'interesse della collettività, bensì definito sulla base di elementi tendenti a favorire uno o più concorrenti	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 1	17 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 3 1	16 ACCETTABILE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 2	15 ACCETTABILE
	PROGETTAZIONE Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Tecnico-Patrimoniale	Induzione ad indicare bisogni alterati per favorire operatori economici specifici	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 1	17 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		rilevante	A B C D E F	5 5 1 4 3 1	19 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 3	16 ACCETTABILE
	PROGETTAZIONE Procedure negoziate	Tecnico-Patrimoniale	Avvantaggiare un fornitore a discapito di altri	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 5	21 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		rilevante	A B C D E F	2 5 1 4 3 5	20 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 5	18 RILEVANTE
	PROGETTAZIONE Affidamenti diretti	Tecnico-Patrimoniale	Abuso del ricorso dell'affidamento diretto al fine di favorire un'impresa. Abuso del ricorso all'affidamento diretto, mediante artificioso frazionamento del valore	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 5	21 RILEVANTE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
		Ingegneria Clinica	mediante artificioso frazionamento del valore economico relativo alla procedura. Mancato rispetto del principio di rotazione dei contraenti, volto ad alterare la concorrenza. Abuso del ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislative previste. Utilizzo improprio dell'istituto per affidamenti il cui valore realistico richiede procedure diverse.	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 3 5	20 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 5	18 RILEVANTE
	SELEZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICAZIONE Requisiti di qualificazione	Tecnico-Patrimoniale	Previsione di requisiti "personalizzati" o non coerenti con la professionalità che si intende acquisire allo scopo di favorire soggetti particolari	rilevante	A B C D E F	3 5 1 4 4 1	18 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	3 5 1 4 3 1	17 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	3 5 1 3 2 1	15 ACCETTABILE
	SELEZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICAZIONE Requisiti di aggiudicazione e valutazione delle offerte	Tecnico-Patrimoniale	Possibilità che nel caso di applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, una o più offerte vengano valutate discrezionalmente e non sulla base dei criteri oggettivi definiti nel bando, oppure valutate diversamente, indipendentemente dal valore degli elementi qualificanti definiti nel bando, per favorire un determinato concorrente. Irregolare composizione delle commissioni - Nomina commissari non adeguati o compiacenti	accettabile	A B C D E F	2 5 4 4 4 4	23 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		critico	A B C D E F	5 5 5 4 3 5	27 CRITICO
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	3 5 1 3 2 5	19 RILEVANTE
	SELEZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICAZIONE Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Tecnico-Patrimoniale	Possibilità che una o più offerte vengano artificiosamente valutate anomale, con esclusione dalla gara di un concorrente a favore di un altro. Mancato o irregolare controllo per favorire uno o più concorrenti	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 4 5	21 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 3 5	20 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 5 1 3 2 5	18 RILEVANTE
	SELEZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICAZIONE Revoca del bando	Tecnico-Patrimoniale	Revoca del bando di gara per favorire un concorrente risultato non vincitore dell'appalto	accettabile	A B C D E F	1 5 1 4 4 1	16 ACCETTABILE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	1 5 1 4 3 1	15 ACCETTABILE
		Acquisti-Economato		rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 1 1 3 2 2	11 ACCETTABILE
	SELEZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICAZIONE Redazione del cronoprogramma	Tecnico-Patrimoniale	Dilatazione dei tempi della procedura di gara. Imprecisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione lavori/Avanzamento dell'opera. Rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze dell'appaltatore	accettabile	A B C D E F	3 1 1 4 4 1	14 ACCETTABILE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	3 1 1 4 3 1	13 ACCETTABILE
		Acquisti-Economato		accettabile	A B C D E F	2 1 1 3 2 1	10 MARGINALE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
INCARICHI E NOMINE Acquisizione e progressione del personale	CONCORSI e prove selettive (per assunzione del personale dipendente)	Risorse Umane	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza ed imparzialità della selezione al fine di favorire soggetti particolari. Irregolare utilizzo/scorrimento delle graduatorie in essere o approvate. Negligenza od omissione alla verifica dei presupposti e requisiti per l'adozione di atti o provvedimenti.	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 3 3 4 2 1	14 ACCETTABILE
	CONFERIMENTO INCARICHI di lavoro autonomo (art. 7, comma 6, D.L.gs. n. 165/2001 e s.m.i.)	Risorse Umane	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza ed imparzialità della selezione al fine di favorire soggetti particolari. Insufficiente trasparenza nelle valutazioni comparative per favorire/danneggiare soggetti.	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 3 2 4 2 2	14 ACCETTABILE
	SANZIONI DISCIPLINARI Esercizio del potere disciplinare	Risorse Umane	Abuso della discrezionalità nell'applicazione delle sanzioni	accettabile	A B C D E F	3 3 1 4 2 2	15 ACCETTABILE
	CONFERIMENTO INCARICHI Gestione del personale convenzionato	Risorse Umane	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" o non coerneti con la professionalità che si intende acquisire	accettabile	A B C D E F	2 3 1 4 2 1	13 ACCETTABILE
	PROGRESSIONE DI CARRIERA Progressione di carriera: conferimento incarichi di dirigenza e di comparto	Risorse Umane	Mancata o insufficiente valutazione comparativa dei candidati	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 3 2 4 2 2	15 ACCETTABILE
	INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI ex art. 53 D.L.gs n. 165/2001 e s.m.i.	Risorse Umane	Autorizzazioni rilasciate per attività per le quali il dipendente risulta in conflitto di interesse o in condizione di incompatibilità	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 3 2 4 2 3	16 ACCETTABILE
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	GESTIONE PATRIMONIO Gestione beni mobili	Acquisti-Economato	Tenuta dell'inventario omessa, ritardata o non conforme	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 3 2 3	11 ACCETTABILE
	GESTIONE PATRIMONIO Gestione beni mobili	Ingegneria Clinica	Tenuta dell'inventario omessa, ritardata o non conforme	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	4 1 1 4 3 1	14 ACCETTABILE
	GESTIONE PATRIMONIO Gestione beni mobili	Bilancio e contabilità	Beni oggetto di inventario non contabilizzati o beni fatturati non inventariati. Omessa, ritardata o non conforme contabilizzazione oggetto di inventario.	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 4 2 1	10 MARGINALE
	GESTIONE PATRIMONIO Gestione beni immobili	Tecnico-Patrimoniale	Sanzioni per tardive o mancate registrazioni; Mancati incassi e/o addebiti; Morosità da e verso terzi; Omissione delle stipule contrattuali; Affidamenti senza procedure di evidenza pubblica.	rischio accettabile	A B C D E F	2 1 1 4 4 1	13 ACCETTABILE
	PAGAMENTI Gestione dei pagamenti	Bilancio e contabilità	Ritardare l'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	accettabile	A B C D E F	1 5 1 4 2 1	14 ACCETTABILE
	RECUPERO CREDITI Gestione recupero crediti - (Crediti derivanti da appalti - forniture - contratti a vario titolo - concessione di servizi a soggetti terzi - crediti derivanti dalle sperimentazioni - crediti derivanti da docenze e convegni - crediti derivanti da mancato ritiro di cartelle cliniche/copie referti - crediti derivanti da mancati pagamenti relativi a prestazioni sanitarie erogate dalle strutture territoriali - crediti derivanti da degenze presso RSA - RSD strutture territoriali)	Bilancio e contabilità	Mancato recupero dei crediti insoluti	accettabile	A B C D E F	3 5 5 4 4 4	25 CRITICO
	RECUPERO CREDITI Gestione recupero crediti (Crediti derivanti da notifica di atti giudiziari da parte della Corte dei Conti - Crediti derivanti da sentenze favorevoli per ASST e fasi successive del recupero del credito (diffida e messa in mora - dilazione del debito - fase esecutiva con eventuale iscrizione a ruolo)	Affari Generali e Legali	Mancato recupero dei crediti insoluti	accettabile	A B C D E F	3 5 5 4 4 2	23 RILEVANTE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
	RECUPERO CREDITI Gestione recupero crediti (Ricoveri in regime LP e ricoveri di pazienti stranieri non iscritti al SSN e privi di assicurazione - Ticket sanitari non riscossi - Mancati ritiri referti - Prericovero al quale non è seguito il ricovero - Corrispettivi per prestazioni sanitarie a favore di stranieri non cittadini UE)	Area accettazione CUP e LP	Mancato recupero dei crediti insoluti	accettabile	A B C D E F	3 5 5 4 4 3	24 CRITICO
	RECUPERO CREDITI Gestione recupero crediti (Emolumenti e oneri conseguenti a infortuni in itinere - applicazione di sanzione amministrativa all'esito di procedimento disciplinare e/o in esecuzione di accertamenti eseguito dal Nucleo Speciale Pubblica Amministrazione della Guardia di Finanza - Riscossione diretta attraverso trattenute stipendiali per somme indebitamente corrisposte a titolo di retribuzione non dovuta	Risorse Umane	Mancato recupero dei crediti insoluti	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	3 5 5 4 2 2	21 RILEVANTE
	GESTIONE ENTRATE Convenzioni attive attività aziendale a pagamento	Ricerca e Sperimentazioni Cliniche	Allungamento dei tempi procedurali non rispettando l'ordine di arrivo delle richieste, accelerando di fatto l'iter di una pratica rispetto ad un'altra. Analisi dei costi per la definizione delle tariffe applicate agli Enti Terzi non congrue, con possibilità di avvantaggiare il contraente	accettabile	A B C D E F	2 3 2 1 2 2	12 ACCETTABILE
	GESTIONE ENTRATE Gestione delle donazioni ed erogazioni liberali	Affari Generali e Legali	Fondi o beni distratti per uso diverso da quello a cui sono destinati Possono generare conflitti di interessi	marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 5 3 2 2 1	14 ACCETTABILE
ESECUZIONE CONTRATTUALE	RIFIUTI PERICOLOSI Gestione dei rifiuti pericolosi sanitari	Direzione Medica di Presidio	Mancata verifica della corretta applicazione del Capitolato in essere; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variante contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze al DEC, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore.	accettabile	A B C D E F	1 5 1 4 5 1	17 RILEVANTE
	FORNITURE BENI E SERVIZI Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di fornitura di beni e servizi	Acquisti-Economato	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	accettabile	A B C D E F	2 5 2 3 2 3	17 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	accettabile	A B C D E F	2 5 1 4 3 4	19 RILEVANTE
		Affari Generali e Legali	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	accettabile	A B C D E F	2 3 1 4 2 2	14 ACCETTABILE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
		Servizio Informativo Aziendale	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	accettabile	A B C D E F	2 5 4 4 2 4	21 RILEVANTE
	SUBAPPALTO Esecuzione contrattuale Subappalto	Tecnico-Patrimoniale	Mancato controllo dei presupposti per concedere il subappalto. Per i lavori: accordi preventivi tra le ditte partecipanti alla gara aventi ad oggetto l'affidamento in subappalto dei lavori. Mancato controllo nell'esecuzione della quota-lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata	accettabile	A B C D E F	1 5 5 4 4 2	21 RILEVANTE
		Ingegneria Clinica		accettabile	A B C D E F	1 5 5 4 3 2	20 RILEVANTE
		Acquisti-Economato		rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 5 1 3 2 2	14 ACCETTABILE
	REALIZZAZIONE LAVORI Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di lavori	Tecnico-Patrimoniale	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	accettabile	A B C D E F	1 5 3 4 4 1	18 RILEVANTE
	VARIANTI CONTRATTUALI Varianti in corso di esecuzione del contratto	Tecnico-Patrimoniale	Varianti durante la fase esecutiva del contratto per recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori	rilevante	A B C D E F	2 5 5 4 4 5	25 CRITICO
		Ingegneria Clinica		rilevante	A B C D E F	2 5 5 4 3 5	24 CRITICO
AFFALI LEGALI E CONTENZIOSO	GESTIONE CONTENZIOSO Gestione amministrativa delle materie oggetto di precontenzioso per la più rapida soluzione delle controversie	Affari Generali e Legali	Assoggettamento a minacce o pressioni - Omissioni di doveri d'ufficio - Mancanza di verifiche e/o controlli - Discrezionalità nelle stime e/o valutazioni - Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 3 1 4 2 1	13 ACCETTABILE
	GESTIONE CONTENZIOSO Gestione amministrativa delle materie oggetto di precontenzioso con riferimento al conferimento di incarichi professionali esterni	Affari Generali e Legali	Individuazione del consulente/avvocxato esterno da incaricare per la gestione delle attività relative al precontenzioso	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 3 1 4 2 1	13 ACCETTABILE
ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO	GESTIONE DELLA SALMA e camere mortuarie	Direzione Medica di Presidio	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili. Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	accettabile	A B C D E F	2 3 1 4 5 2	17 RILEVANTE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
MEDICINA LEGALE	PROCESSO INVALIDITA' CIVILE gestione e coordinamento	Medicina Legale	Indebita certificazione dell'invalidità civile in assenza di requisiti previsti per legge (da intendersi verbale di invalidità civile)	rilevante	A B C D E F	2 3 4 3 2 2	16 ACCETTABILE
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	GESTIONE AGENDE-ricoveri	Direzione Medica di Presidio	Rispetto dell'ordine di chiamata dei pazienti sulla base della priorità clinica e della data di inserimento in lista d'attesa per ricovero programmato elettivo. Contenzioso con il paziente in caso di prolungamento dei tempi d'attesa per il ricovero senza giustificazioni cliniche e/o organizzative. Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio, a vantaggio di alcuni pazienti, con possibili ripercusssioni sul cittadino e sul principio di equità di accesso alle prestazioni	rilevante	A B C D E F	2 3 4 4 4 4	21 RILEVANTE
	TEMPI DI ATTESA Verifica del rispetto dei tempi di attesa	Area accoglienza CUP e LP - Direzione Medica di Presidio	Mancata verifica dei tempi medi di attesa confrontando l'attività istituzionale e l'attività in ALPI	marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 4 4 4 1	15 ACCETTABILE
	AUTORIZZAZIONE ALPI Istruttoria per la sussistenza dei presupposti e dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività libero-professionali	Area accoglienza CUP e LP - Direzione Medica di Presidio	Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale intramoenia (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nella inadeguata verifica delle modalità di svolgimento dell'ALPI. Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a vantaggio del medico autorizzato, con possibili ripercussioni, anche dal punto di vista economico, sul cittadino	marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	3 3 1 4 4 4	19 RILEVANTE
	GESTIONE AGENDE - Prestazioni ambulatoriali	Area accoglienza CUP e LP	Mancato rispetto di gestione dell'attività libero-professionale ambulatoriale coordinata secondo responsabilità e competenze aziendali mediante criteri e procedure condivise	Marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 1 1 4 4 4	16 ACCETTABILE
	VOLUMI ATTIVITA' ALPI Controllo e sanzioni	Area accoglienza CUP e LP - Direzione Medica di Presidio	Mancanza di controllo di congruità tra le liste d'attesa e l eprestazioni effettuate - Mancanza di corrispondenza finale alla DMP e conseguente provvedimento nei confronti del professionista	accettabile	A B C D E F	2 1 1 4 4 4	16 ACCETTABILE
	VOLUMI ATTIVITA' ALPI Verifica equilibrio volumi delle attività tra istituzionale e libera-professione	Area accoglienza CUP e LP	Assenza di monitoraggio dei volumi in SSN e ALPI	accettabile	A B C D E F	1 3 4 4 4 4	20 RILEVANTE
9. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI, SERVIZIO DIPENDENZE E SERVIZIO UNIFICATO DI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA	FARMACEUTICA - Ricognizione del fabbisogno farmaceutico - Istruttoria antecedente al procedimento di scelta	Farmacia	Discrezionalità nella scelta del fornitore qualora la fornitura non sia in monopolio	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 4 4 1	12 ACCETTABILE
	FARMACEUTICA- Definizione dell'oggetto dell'affidamento in ambito farmaceutico	Farmacia	Comportamenti atti a manipolare l'oggettodella fornitura	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 4 4 1	12 ACCETTABILE
	FARMACEUTICA - Gestione magazzino	Farmacia	Non corretta gestione dei farmaci in scadenza. Mancato controllo dei flussi in entrata e in uscita	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 4 4 1	12 ACCETTABILE
	FARMACEUTICA - Consegna del farmaco in reparto e/o in regime di continuità ospedale/territorio	Farmacia	Forniture non congruenti per le necessità di reparto e in regime di continuità/territorio es. scorte abnormi)	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 1 1 4 4 1	12 ACCETTABILE

Area specifica	Processo/Sottoprocesso	Struttura organizzativa	Descrizione del rischio	Autovalutazione del rischio	Indicatori		Valutazione del rischio qualitativo
	FARMACEUTICA - Consegna farmaci stupefacenti	SERD	Distrazione del farmaco in fase di erogazione della terapia per scopi illeciti - Falsificazione	rischio marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	1 3 1 3 3 1	12 ACCETTABILE
	FARMACEUTICA - Attività diagnostica - rilascio certificazioni medic/legali dello stato di tossicodipendenza e alcoldipendenza	SERD	Improprie certificazioni	accettabile	A B C D E F	2 3 1 3 3 1	13 ACCETTABILE
	DISPOSITIVI - Liquidazione delle prestazioni relative ad assistenza protesica, assistenza integrativa, diabetica (microfusori) e assistenza integrativa monouso (assorbenza)	SUPI	Impropria liquidazione	accettabile	A B C D E F	2 3 1 3 3 2	14 ACCETTABILE
	SPONSORIZZAZIONI per attività di ricerca	Ricerca e Sperimentazioni cliniche	Insorgenza di potenziali conflitti di interessi tra soggetto proponente e soggetto finanziatore	accettabile	A B C D E F	1 3 1 1 2 2	10 MARGINALE
	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Ricerca e Sperimentazioni cliniche - Centro di Ricerca fase 1	Rischio di *maladministration* nella gestione del budget e dei proventi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica	accettabile	A B C D E F	2 3 4 1 2 2	14 ACCETTABILE
	SPONSORIZZAZIONI per eventi formativi previsti nel Piano di Formazione Aziendale	Formazione	Rischio di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività	accettabile	A B C D E F	2 3 1 3 2 1	12 ACCETTABILE
LAVORO AGILE	AUTORIZZAZIONE al lavoro agile	Direttori di S.C. Amministrativi	Inappropriata autorizzazione al lavoro agile	marginale (o nessun rischio)	A B C D E F	2 1 1 3 3 5	15 ACCETTABILE

MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E RESPONSABILITA' - Trattamento del rischio
Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**FORMAZIONE**	RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Realizzazione dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Realizzazione del 100% dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Annuale	Annuale	Resp. S.S. Formazione	31/12 di ciascun anno
				Tutti i Direttori/Responsabili di Struttura Complessa/Semplice delle aree a rischio individuate nel PTPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del personale della Struttura	Partecipazione di almeno il 50% del personale invitato e afferente alla struttura ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Annuale	Annuale	Resp. S.S. Formazione	31/12 di ciascun anno
				Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice	Diffondere la conoscenza sulla corretta applicazione della legge antiriciclaggio, al riconosci-mento di operazioni connesse al riciclaggio o al finanziamento del terrorismo e alla conoscenza e al rispetto del regolamento aziendale in vigore	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio e analisi dei rischi di riciclaggio	Realizzazione del 100% dei corsi in materia di antiriciclaggio inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Annuale	Annuale	Resp. S.S. Formazione	31/12 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**WHISTLEBLOWING**	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale inviata in Regione Lombardia	Invio della relazione nel rispetto dei tempi indicati da Regione Lombardia	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO**	UPD per il tramite del Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Gestione delle violazioni del Codice	Relazione da presentare al RPCT dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza	Produzione della relazione	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	31/12 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Diffusione conoscenza del Codice a tutto il personale neoassunto	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice	Inserimento nel 100% dei contratti individuali della clausola di presa visione	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Commissione Internal Auditing Verifica semestrale di n. 5 contratti individuali di lavoro	15/07 e 15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale	Inserimento nei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento e alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Inserimento nel 100% dei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento e alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	All'atto dell'emissione del bando	All'atto dell'emissione del bando	All'atto dell'emissione del bando	Commissione Internal Auditing Verifica di n. 2 bandi per selezione del personale	15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Monitoraggio provvedimenti disciplinari comminati in relazione alle attività connesse alla gestione dell'emergenza (es. uso scorretto smart working)	Relazione specifica delle tipologie di violazioni del codice di comportamento e/o con rilievo penale durante la fase emergenziale collegabili direttamente o indirettamente all'emergenza e relative sanzioni	Produzione della relazione semestrale	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**ROTAZIONE DEGLI INCARICHI E SEGREGAZIONE DELLE FUNZIONI**	Direttori S.C. Gestione Risorse Umane, S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Tecnico-Patrimoniale, S.C. Economico Finanziaria, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Servizio Informativo Aziendale	Rispetto del principio di rotazione ordinaria degli incarichi	A seguito della mappatura effettuata nel corso del 2022, si chiede di individuare le posizioni infungibili ed estendere la mappatura alle Posizioni Organizzative delle aree a rischio	Report riportante: Individuazione delle posizioni infungibili mappatura delle posizioni organizzative	30/09/2023	na	na	RPCT	30/09/23
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'**	Segreteria della presidenza Direttore S.C. AGL	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Raccolta e verifica sulle dichiarazioni presentate dai Consiglieri CdA e Presidente e dai Direttori	Numero delle dichiarazioni raccolte e verificate = 100%	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	31/03 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Generale	**Non applicabile**	Non applicabile	**GESTIONE CONFLITTI DI INTERESSE**	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Acquisizione dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di situazioni di conflitto di interesse	Raccolta del 100% delle dichiarazioni e verifica 100% delle dichiarazioni presentate e relative ai nuovi incarichi	Al momento dell'assegnazione/autorizzazione dell'attività, con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	Al momento dell'assegnazione/autorizzazione dell'attività, con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	Al momento dell'assegnazione/autorizzazione dell'attività, con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	Commissione Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 dichiarazioni verificate su n. 2 strutture responsabili della raccolta	15/07 e 15/01 di ciascun anno
				Direttori SS.CC. Gestione e Sviluppo Risorse Umane Ingegneria Clinica Gestione Acquisti ed Economato Tecnico Patrimoniale Formazione Ricerca e Sperimentazioni Cliniche AGL	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Alimentazione costante della cartella condivisa per la verifica e gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse e delle autorizzazioni ex art 53 D.Lgs. 165/2001	Inserimento di almeno il 90% delle dichiarazioni e delle autorizzazioni	Al momento della raccolta	Al momento della raccolta	Al momento della raccolta	Commissione Internal Auditing	15/07 e 15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Contratti pubblici **Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi**	**Selezione del contraente**	Possibilità che nel caso di applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, una o più offerte vengano valutate discrezionalmente e non sulla base dei criteri oggettivi definiti nel bando, oppure valutate diversamente, indipendentemente dal valore degli elementi qualificanti definiti nel bando, per favorire un determinato concorrente.	**DIVIETO DI PANTOUFLAGE**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento negli schemi contrattuali con i fornitori della clausola di divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della stesura dello schema contrattuale	All'atto della stesura dello schema contrattuale	All'atto della stesura dello schema contrattuale	Commissione Internal Auditing Verifica di n. 3 schemi contrattuali	15/07 e 15/01 di ciascun anno
		Possibilità che una o più offerte vengano artificiosamente valutate anomale, con esclusione dalla gara di un concorrente a favore di un altro. Mancato o irregolare controllo per favorire uno o più concorrenti	**PATTO DI INTEGRITA'**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità aggiornato con DGR XI/1751 del 17/06/2019	Inserimento del patto di integrità nel 100% delle lettere di invito/schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	Commissione Internal Auditing Verifica di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali	15/07 e 15/01 di ciascun anno
			PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale In collaborazione con: Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione del Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro e programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	Pubblicazione sul sito web aziendale dei due programmi	31/10 di ciascun anno Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro Entro data approvazione bilancio (30/04 di ciascun anno) programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	31/10 di ciascun anno Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro Entro data approvazione bilancio (30/04 di ciascun anno) programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	31/10 di ciascun anno Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro Entro data approvazione bilancio (30/04 di ciascun anno) programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	RPCT	31/12 di ciascun anno 30/04 di ciascun anno

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Contratti pubblici **Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi**	**Programmazione**	Inadeguata programmazione (in eccesso o in difetto) per favorire o danneggiare i fornitori		Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Relazione riportante un'analisi motivata delle effettive procedure di acquisto attivate, con indicazione dell'eventuale scostamento rispetto al fabbisogno riportato nella programmazione	Presentazione della relazione	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
			PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report riportante il n. delle proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Presentazione del report	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Rispetto della normativa in materia di procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie	Report sugli acquisti in affidamento diretto, riportante: fornitore, tipologia di fornitura, quantità e valore rispetto al totale degli acquisti	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Contratti pubblici **Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi**	**Progettazione**	Irregolare composizione delle commissioni - Nomina commissari non adeguati o compiacenti	**SCELTA DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI**	Direttore S.C. Gestione Acquisti Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi nella fase di selezione del contraente	Acquisizione e verifica delle dichiarazioni sostitutive relative all'assenza dei conflitti di interesse	Report semestrale: n. dichiarazioni acquisite e verificate/n. dichiarazioni richieste	Al momento della nomina delle commissioni di gara	Al momento della nomina delle commissioni di gara	Al momento della nomina delle commissioni di gara	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Progettazione	Induzione ad indicare bisogni alterati per favorire operatori economici specifici	**PROCEDURA PER LA DEFINIZIONE DELL'ITER DA SEGUIRE PER L'ACQUISTO DI FORNITURE DI BENI ESCLUSIVO O INFUNGIBILI**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Farmacia SIA	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse	Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili	Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale agli organi di indirizzo, alla Direzione Strategica e a RPCT	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	entro 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Progettazione	Avvantaggiare un fornitore a discapito di altri	**ALTERNANZA RUOLO DEL RUP**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica	Assicurare la terzietà ed indipendenza del RUP	Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente	Presentazione della relazione	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Incarichi e nomine **Acquisizione e progressione del personale**	**Progressione di carriera**	Mancata o insufficiente valutazione comparativa dei candidati	**REGOLAMENTO PER IL CONFERIMENTO E REVOCA DI INCARICHI DIRIGENZIALI**	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione	Monitoraggio del conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali – Area medica e sanitaria e PTA	Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Incarichi extra-istituzionali	Autorizzazioni rilasciate per attività per le quali il dipendente risulta in conflitto di interesse o in condizione di incompatibilità	**CONTROLLI SULLE AUTORIZZAZIONI DEGLI INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI**	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Raccolta e verifica sul 100% delle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni/numero tot. delle autorizzazioni verificate < 10%	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Ridefinizione della procedura operativa per l'autorizzazione degli incarichi extraistituzionalia seguito di analisi del processo, come da indicazioni di Audit e revisione della modulistica	Approvazione delle procedura	30/06/2023	na	na	RPCT	30/06/2023
				Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali (> 5/anno) per singolo dipendente	Report annuale delle richieste di incarico extra istituzionale	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Incarichi e nomine **Acquisizione e progressione del personale**	**Concorsi**	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza ed imparzialità della selezione al fine di favorire soggetti particolari. Irregolare utilizzo/scorrimento delle graduatorie in essere o approvate. Negligenza od omissione alla verifica dei presupposti e requisiti per l'adozione di atti o provvedimenti.	**INSERIMENTO NEI CONTRATTI INDIVIDUALI DELLA CLAUSOLA DI PRESA VISIONE DEL DIVIETO DI PANTOUFLAGE**	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali	All'atto della stesura del contratto	All'atto della stesura del contratto	All'atto della stesura del contratto	Commissione Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 contratti individuali di lavoro	15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Sanzioni disciplinari	Abuso della discrezionalità nell'applicazione delle sanzioni	**DICHIARAZIONI DI DIVIETO DI PANTOUFLAGE PER EX DIPENDENTI**	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Sottoscrizione da parte del dipendente (dirigente o titolare di PO) di una informativa al momento della cessazione del servizio o dell'incarico, con la quale si impegna al rispetto del divieto di pantouflage	Numero delle dichiarazioni raccolte/numero dei dipendenti cessati=100%	All'atto della cessazione del servizio o dell'incarico	All'atto della cessazione del servizio o dell'incarico	All'atto della cessazione del servizio o dell'incarico	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
			CONTROLLO SUI SOGGETTI CESSATI, AVENTI POTERI AUTORITATIVI, CIRCA IL RISPETTO DEL DIVIETO DI PANTOUFLAGE	Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Verifica su n. 2 soggetti aventi poteri autoritativi mediante richiesta agli aggiudicatari di riferimento del rispetto del divieto di pantouflage	Numero dei soggetti verificati che rispettano il divieto/numero dei soggetti controllati=100%	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Affari Legali e Contenzioso	**Gestione contenzioso**	Assoggettamento a minacce o pressioni - Omissioni di doveri d'ufficio - Mancanza di verifiche e/o controlli - Discrezionalità nelle stime e/o valutazioni - Discrezionalità nei tempi di gestione dei procedimenti	**PUBBLICAZIONE DATI ULTERIORI IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE**	Direttore S.C. AGL e Qualità, rischio e accreditamento	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati	Rispetto dell'obbligo della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco) relativo alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati	Pubblicazione annuale del dato ulteriore	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	31/12 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	**Pagamenti**	Ritardare l'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	**GESTIONE DEI PAGAMENTI**	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale	RPCT	15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno
	Recupero crediti	Mancato recupero dei crediti insoluti	**GESTIONE DEI CREDITI E DELLE TRANSAZIONI CON I DEBITORI**	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità In collaborazione con il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali scaduti	Predisposizione del report	Invio del report a RPCT	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	31/03 di ciascun anno
	Recupero crediti	Mancato recupero dei crediti insoluti	**GESTIONE DEI CREDITI E DELLE TRANSAZIONI CON I DEBITORI**	Direttore S.C. Economico Finanziaria In collaborazione con il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Approvazione del Regolamento delle attività di gestione del recupero crediti	Adozione del relativo provvedimento	31/12/2022	na	na	RPCT	31/12/2022

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
	Gestione delle entrate - Donazioni ed erogazioni liberali	Fondi o beni distratti per uso diverso da quello a cui sono destinati	**VERIFICA CENTRO DI COSTO DEDICATO ALLE DONAZIONI ED ALLE EROGAZIONI LIBERALI A FAVORE DI ASST MONZA PER EMERGENZA COVID-19**	Direttore S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Monitoraggio movimentazioni dei flussi finanziari con rendiconti puntuali e dettagliati	Aggiornamento costante degli utilizzi finanziari ed inoltro a S.C. Affari Generali e Legali del rendiconto specifico	Invio report utilizzi donazioni a AGL e segnalazioni a RPCT e al Gestore antiriciclaggio delle operazioni sospette	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT e Gestore antiriciclaggio	al 15/07 e al 15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Esecuzione contrattuale	**Subappalti**	Mancato controllo dei presupposti per concedere il subappalto. Per i lavori: accordi preventivi tra le ditte partecipanti alla gara aventi ad oggetto l'affidamento in subappalto dei lavori. Mancato controllo nell'esecuzione della quota-lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata	**CONTROLLI SULL'ESECUZIONE CONTRATTUALE**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato S.C. Ingegneria clinica S.C. Tecnico Patrimoniale	Garantire il rispetto della normativa in materia	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/numero affidamenti Numero dei subappalti/numero contratti di lavori	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Forniture beni e servizi	Rischio legato alla non corretta interpretazione delle condizioni contrattuali allo scopo di dichiararne la non compatibilità con le esigenze aziendali di cui al contratto al fine di rescindere anticipatamente il contratto per avvantaggiare un altro concorrente; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	**PROCEDURA PER LA RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO**	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato S.C. Ingegneria clinica S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/numero relazioni presentate al RUP = 100%	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato S.C. Ingegneria clinica S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	n. autocertificazioni acquisite/totale incarichi DEC = 100%	All'atto della nomina	All'atto della nomina	All'atto della nomina	Commissione Internal Auditing	15/07 e 15/01 di ciascun anno
				Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato S.C. Ingegneria clinica S.C. Tecnico Patrimoniale SIA	Garantire la trasparenza e la tracciabilità della fase esecutiva di un contratto pubblico	Inserimento nei contratti della clausola T&T (trasparenza e tracciabilità) di cui alla D.G.R. n. XI/5408 del 25.10.2021	Inserimento della clausola T&T (trasparenza e tracciabilità) nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della sottoscrizione del contratto	All'atto della sottoscrizione del contratto	All'atto della sottoscrizione del contratto	Commissione Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 contratti	15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Rifiuti pericolosi	Mancata verifica della corretta applicazione del Capitolato in essere; mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variante contrattuale; mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze al DEC, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità, al fine di avvantaggiare il fornitore	**PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI**	Direzione Medica di Presidio	Conformità della regolarità dell'esecuzione del contratto	Verifica del rispetto della procedura in essere attraverso una ispezione da parte della Commissione Internal Auditing	Rispetto della procedura e numero non conformità	Annuale	Annuale	Annuale	Commissione Internal Auditing	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**S.C. Ingegneria clinica**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	**Gestione della salma**	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili. Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili. Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	**PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO**	Direzione Medica di Presidio	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alla DM da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Medicina legale	**Invalidità civile**	Indebita certificazione dell'invalidità civile in assenza di requisiti previsti per legge (da intendersi verbale di invalidità civile)	**ACQUISIZIONE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI CIRCA L'ASSENZA DI POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTI DI INTERESSE DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI**	Direttore S.C. Medicina Legale	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive relative all'assenza di situazioni di conflitto di interesse per tutti i componenti della commissione	n. autocertificazioni acquisite/totale componenti commissioni = 100%	All'atto della nomina	afferimento ASST Brianza	afferimento ASST Brianza	Commissione Internal Auditing	15/07 e 15/01 di ciascun anno

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
		civile)	**VERIFICA SULLE DICHIARAZIONI DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE**	Direttore S.C. Medicina Legale	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Verifica a campione pari al 1% sulle dichiarazioni presentate	Numero delle dichiarazioni corrette/numero delle dichiarazioni verificate > 95%	Semestrale	afferimento ASST Brianza	afferimento ASST Brianza	Commissione Internal Auditing	15/07 e 15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**S.C. Ingegneria clinica**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Attività libero-professionale e liste di attesa	**Tempi di attesa**	Mancata verifica dei tempi medi di attesa confrontando l'attività istituzionale e l'attività in ALPI	**TRASPARENZA DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI**	Direttore Direzione Medica di Presidio e Area Accoglienza CUP e libera professione	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa	Pubblicazione del 100% dei dati richiesti	Trimestrale	Trimestrale	Trimestrale	RPCT	15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno
				Direttore Direzione Medica di Presidio e Area Accoglienza CUP e libera professione	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Monitoraggio degli spostamenti delle prenotazioni	Report sul numero degli spostamenti delle prenotazioni conformi alle causali per cui si chiudono le agende, rispetto al numero totale degli spostamenti rilevati nel medesimo periodo	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
				Direttore Direzione Medica di Presidio e Area Accoglienza CUP e libera professione	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Verifica sulle prestazioni prenotate e non erogate a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato (drop out)	Report semestrale delle prestazioni prenotate e non erogate divise per specialità/agenda di prenotazione da inviare a RPCT	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Gestione agende - ricoveri	Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale intramoenia (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nella inadeguata verifica delle modalità di svolgimento dell'ALPI. Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a vantaggio del medico autorizzato, con possibili ripercussioni, anche dal punto di vista economico, sul cittadino	**INFORMATIZZAZIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE**	Direzione Medica di Presidio	Evitare favoritismi che eludano le liste di attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa chirurgiche	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa chirurgiche	Report delle liste operatorie di n. 2 Strutture chirurgiche del PO Monza con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Attività libero-professionale e liste di attesa	**Volumi di attività ALPI**	Assenza di monitoraggio dei volumi in SSN e ALPI	**PIANO AZIENDALE PER L'ALPI E REGOLAMENTO ALPI**	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP	Aggiornamento del regolamento ALPI	Aggiornamento del regolamento con le modifiche concordate in sede sindacale e approvazione della Direzione Strategica	Approvazione del regolamento	Approvazione 31/12/2023	na	na	RPCT	31/12/2023
				Responsabile S.S. Area Accoglienza CUP e libera professione	Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale	Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero professionale	Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul sito web aziendale	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	31/12 di ciascun anno
	Autorizzazione ALPI	Per quanto riguarda la fase di autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale intramoenia (ALPI), possibili eventi rischiosi risiedono nella inadeguata verifica delle modalità di svolgimento dell'ALPI. Comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a vantaggio del medico autorizzato, con possibili ripercussioni, anche dal punto di vista economico, sul cittadino		Dirigente S.S. Area Accoglienza CUP e libera professione e Direzione Medica di Presidio Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione del 20% dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia e orario delle prestazioni rese in LP e timbratura istituzionale	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
				Dirigente S.S. Area Accoglienza CUP e libera professione e Direzione Medica di Presidio Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI allargata (studio privato) mediante controlli a campione del 50% degli inserimenti delle prenotazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	Semestrale	Semestrale	Semestrale	RPCT	15/07 e 15/01 di ciascun anno
			ISTRUZIONE OPERATIVA PER LE AUTORIZZAZIONI ALPI	Dirigente S.S. Area Accoglienza CUP e libera professione e DMP	Garantire il controllo tra le prestazioni delle quali si chiede l'autorizzazione all'esercizio della libera professione intramuraria e presenza delle stesse nelle agende istituzionali della disciplina di appartenenza	Attuazione della procedura operativa per l'autorizzazione ALPI ambulatoriale e di ricovero	Report sull'eventuale scostamento tra le prestazioni richieste in ALPI e quelle effettivamente erogate in SSN nella disciplina di appartenenza	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
			PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE alpl AMBULATORIALE	Dirigente S.S. Area Accoglienza CUP e libera professione, Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio e Responsabile S.C. Direzione delle professioni sanitarie e sociali Direttore SIA	Garantire l'esercizio dell'ALPI nel rispetto della normativa vigente in materia	Attuazione del Progetto come da cronoprogramma	1) refertazione LP in Galileo 2) 1° report di confrontro prestazioni registrate a CUP e prestazioni refertate in Galileo 3) Riorganizzazione del personale di supporto	1) 30/06/2023 2) 31/07/2023 3) 31/12/2023	na	na	RPCT	1) 30/06/2023 2) 31/07/2023 3) 31/12/2023
			CONVENZIONI EX ART. 115 co. 1 lett. c) CCNL Area Sanità	Dirigente S.S. Area accettazione CUP e LP	Garantire l'esercizio dell'ALPI secondo la normativa vigente	Report riportante per ciascun medico il numero ricoveri autorizzati presso le strutture esterne e numero ricoveri autorizzati all'interno delle strutture	Presntezione del report alla Direzione Strategica e RPCT	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Volumi di attività ALPI	Mancanza di controllo di congruità tra le liste d'attesa e le prestazioni effettuate - Mancanza di corrispondenza finale alla DMP e conseguente provvedimento nei confronti del professionista	**COMMISSIONE PARITETICA**	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP	Controllo da parte della Commissione Paritetica sull'attività libero-professionale intramuraria	Convocazione trimestrale della Commissione	Relazione della Commissione Paritetica da presentare alla Direzione e al RPCT sull'attività complessiva svolta	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
Area	**Processo/sottoprocesso**	**Rischio**	**Misura di prevenzione**	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**anno 2023**	**anno 2024**	**anno 2025**	**Monitoraggi**	**Tempi**
Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie, sperimentazioni e sponsorizzazioni, servizio dipendenze e servizio unificato di assistenza protesica ed integrativa	**Programmazione Farmaceutica**	Inadeguata programmazione (in eccesso o in difetto) per favorire o danneggiare i fornitori	**PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI FARMACI**	Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report sugli acquisti in economia riportante: fornitore, tipologia di fornitura, valore rispetto al totale degli acquisti	Presentazione del report	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
				Direzione Medica di Presidio	Controllo sulle prescrizioni farmaceutiche e sulla gestione dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco	Rispetto dell'istruzione aziendale ASST-IA-112 e contestuale istituzione del registro degli accessi	Invio del Registro degli accessi a RPCT	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Programmazione dispositivi medici	Inadeguata programmazione (in eccesso o in difetto) per favorire o danneggiare i fornitori	**COMMISSIONE HTA**	Direttore S.C. Ingegneria Clinica	Valutazione integrata dell'introduzione di nuova tecnologie e dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione HTA	Presentazione della Relazione al RPCT	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
			Commissione DM	Direttore Medico di Presidio e Direttori di Dipartimento	Valutazione integrata e autorizzazione all'acquisto di nuovi dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione DM con invio dei verbali della CM	Presentazione della Relazione al RPCT	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Farmaceutica consegna	Forniture non congruenti per le necessità di reparto e in regime di continuità/territorio es. scorte abnormi)	**GESTIONE INFORMATIZZATA DEL MAGAZZINO DELLA S.C. DI FARMACIA**	Direttore della S.C. di Farmacia	Rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consentendo anche la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse	Predisposizione di un report indicante le richieste di reparto, le quantità evase e gli eventuali resi	Presentazione del report	Annuale	Annuale	Annuale	RPCT	15/01 di ciascun anno
	Farmaceutica - stupefacenti	Distrazione del farmaco in fase di erogazione della terapia per scopi illeciti - Falsificazione	**SISTEMA DI CONTROLLO SULL'EROGAZIONE DEI FARMACI STUPEFACENTI**	Responsabile SERD	Far fronte ad eventuali rischi di distrazione di farmaco in fase di erogazione	Verifiche semestrali con sopralluoghi da parte della S.C. Farmacia	Verbali delle verifiche effettuate da inviare a RPCT	Semestrale	Afferimento a ASST Brianza	Afferimento a ASST Brianza	Direttore Farmacia	al 30/06 e al 31/12 di ciascun anno
	Farmaceutica - protesica	Improprie certificazioni	**PROCEDURA PER IL CONTROLLO E IL MONITORAGGIO DELLA SPESA PROTESICA**	Responsabile SUPI	Far fronte ad eventuale inappropriatezza di liquidazione della spesa protesica	Messa in opera ed a regime della procedura operativa tesa a un più diretto e più efficace coinvolgimento nei processi di controllo e monitoraggio della spesa protesica	Report delle contestazioni e rilievi addebitati ai fornitori e delle proposte di applicazione penali inoltrate al RUP	Annuale	Afferimento a ASST Brianza	Afferimento a ASST Brianza	RPCT	al 31/12 di ciascun anno
	Sperimentazioni cliniche	Eccessiva discrezionalità nella gestione delle sperimentazioni cliniche che coinvolgono portatori di interessi commerciali con potenziale beneficio per gli stessi e/o del personale interessato con potenziale conflitto di interessi	**REGOLAMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE FSGT**	Direzione Scientifica	Garantire autorizzazioni non discrezionali, riducendo la burocrazia evitando conflitti di interessi	Revisione e approvazione del Regolamento della FSGT	Revisione del regolamento con le modifiche concordate in sede sindacale e approvazione della Direzione Strategica	31/12/2023	na	na	RPCT	31/12/2023
		Rischio relativo all'integrità della ricerca scientifica	**PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI DATI DELL'AREA DELLA RICERCA SCIENTIFICA**	Direzione Scientifica	Garantire l'integrità della condotta scientifica	Redazione di una procedura in materia di gestione dei dati della ricerca	Approvazione della procedura	30/06/2023	na	na	RPCT	30/06/2023

AREE DI RISCHIO			MISURE E RESPONSABILITA'		EFFETTIVITA' DELLA MISURA In colore azzurro sono indicati gli obiettivi collegati al Piano della Performance						CONTROLLI	
Area	Processo/sottoprocesso	Rischio	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	anno 2023	anno 2024	anno 2025	Monitoraggi	Tempi
		Rischio di maladministration nella gestione del budget e dei proventi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica	**SCHEDA PER LA SOSTENIBILITA' DEL BUDGET**	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca	Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali	n. schede di budget completate/totale delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%	al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	Commissione Internal Auditing Verifica a campione di n. 5 schede di budget completate	15/01 di ciascun anno
	Sponsorizzazioni	Rischio di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività	**REGOLAMENTI PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI**	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche e Responsabile S.S. Formazione	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse	Rispetto dei Regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/attività formative	n. sponsorizzazioni attivate nel rispetto dei regolamenti/totale delle sponsorizzazioni = 100%	all'atto della richiesta	all'atto della richiesta	all'atto della richiesta	Commissione Internal Auditing Verifica a campione su n. 2 sponsorizzazioni attivate in ciascuna struttura	15/01 di ciascun anno

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
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 (PTPCT)	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)	RPCT	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non applicabile	Nessuno
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Presidente e consiglieri del Consiglio di Amministrazione	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Segreteria della Presidenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Segreteria della Presidenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13 e 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Segreteria della Presidenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13 e 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13 e 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	Segreteria della Presidenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13 e 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	Segreteria della Presidenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13 e 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Segreteria della Presidenza	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. 13 e 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Segreteria della Presidenza	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 13 e 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non applicabile	Nessuno
		Art. 13 e 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Segreteria della Presidenza	Annuale
		D.Lgs. n. 39/2013		dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità da aggiornare all'atto dell'incarico e annualmente	Segreteria della Presidenza	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Segreteria della Presidenza	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Segreteria della Presidenza	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		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	Segreteria della Presidenza	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	Segreteria della Presidenza	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)	Segreteria della Presidenza	entro 1 mese dalla scadenza della nomina o del conferimento dell'incarico
		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 €)	Non applicabile	Nessuno

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		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)]	Segreteria della Presidenza	va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dellla nomina o del conferimento 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 nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	RPCT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori anche Collegio Sindacale (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane direttore AGL	Tempestivo
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) Direttore Generale Direttore Scientifico Direttore Amministrativo Direttore Sanitario	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	direttore AGL	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	direttore AGL	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
			Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di	**Per ciascun titolare di incarico:**		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		art. 14, c.2 d.lgs.33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla P.A. con l'indicazione dei soggetti percettori, della ragione e dell'ammontare erogato	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali) Direttori di Dipartimento Direttori SC Direttori SS	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]	Non applicabile	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Non applicabile	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Non applicabile	Nessuno
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	direttore Risorse Umane	Tempestivo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Non applicabile	Nessuno
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti (titolari di incarico) cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno
		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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Nessuno

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
			pubblicare sul sito web)			
		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 dichairazione [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)	Non applicabile	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)]	Non applicabile	Nessuno
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato compreso costo specialisti ambulatoriali a 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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato compreso specialisti ambulatoriali non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato compreso costo specialisti ambulatoriali 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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva anche contratti specialisti ambulatoriali	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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)	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	NVP (in Fondazione)	Nominativi	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curricula	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Art. 19, c. 1 d.lgs. n. 33/2013 (integrato da L. n. 160/2020)	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte, le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli donei non vincitori	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Criteri di valutazione della Commissione e tracce delle prove scritte	Criteri di valutazione della Commissione e tracce delle prove scritte	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi in corso	Elenco dei bandi in corso	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1 delib. CIVIT 6/2012	Documento NVP di validazione della Relazione sulla Performance	Documento NVP di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c.4 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	par. 4 delib. CIVIT 23/2013	Relazione NVP sul funzionamento complessivo del sistema	Relazione NVP sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c.4 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare	Art. 20, c. 1, d.lgs. n.	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
	complessivo dei premi	33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	direttore Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Non presenti	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 (*link* al sito dell'ente)	Non presenti	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Non presenti	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Non presenti	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Non presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Non presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Non presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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)	Non presenti	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 (*link* al sito dell'ente)	Non presenti	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Non presenti	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		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	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		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	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	tutte le Strutture Amministrative e DMP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	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	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, 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	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo
		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)	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)/smartCIG, 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)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	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 Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica	Tempestivo

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 *"Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"*	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	**SETTORI ORDINARI** Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 **SETTORI SPECIALI** Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	**SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) **SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA** Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) **SETTORI SPECIALI** Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) **SPONSORIZZAZIONI** Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziata (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europe	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	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 dlgs n. 50/2016. I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	**SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA** Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 **SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA** Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) **SETTORI SPECIALI** Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attivita' di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali.	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economoi nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Tempestivo
		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. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore AGL, direttore SIA	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, **in quanto compatibili,** ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	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)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Tempestivo
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	direttore Gestione Acquisti ed Economato, direttore Tecnico Patrimoniale, direttore Ingegneria Clinica, direttore SIA	Annuale
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Non applicabile	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	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione		Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Non applicabile	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	Non applicabile	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	Non applicabile	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	Non applicabile	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Non applicabile	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 vitae del soggetto incaricato	Non applicabile	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	Non applicabile	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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.	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti ulteriori dati: valore degli immobili	direttore Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	direttore Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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 del NVP o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	responsabile Controllo di Gestione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento del NVP di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo
				Relazione del NVP sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo
				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	responsabile Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e direttore AGL	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Non applicabile	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Non applicabile	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Non applicabile	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	responsabile Controllo di Gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	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	direttore DMP e responsabile Area accoglienza - CUP aziendali e Libera Professione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	URP e Ufficio Comunicazione	Tempestivo
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	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	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
			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)	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	~~IBAN~~ e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento. Con decorrenza 01.03.2021 l'introduzione della normativa di cui all'art. 65 comma 2 del D.lgs 217 del 13/12/2017 modificato dal DL "Semplificazioni e Innovazione Digitale" n. 76/2020, ha imposto la modalità di pagamento da parte dei privati attraverso il canale PAGO PA.	direttore Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive 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)	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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 (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè 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)	rimando a bandi di gara e contratti	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	direttore Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	direttore Tecnico Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
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	Non applicabile	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		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)
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non applicabile	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 igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, 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	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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'àmbito delle stesse	Non applicabile	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'àmbito delle stesse	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Non applicabile	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	Non applicabile	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	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	Non applicabile	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Non applicabile	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
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	direttori AGL, Gestione Acquisti, Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica e Ricerca e sperimentazioni cliniche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	direttori AGL, Gestione Acquisti, Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica e Ricerca e sperimentazioni Cliniche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	direttori AGL, Gestione Acquisti, Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica e Ricerca e sperimentazioni cliniche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	**Prevenzione della Corruzione**	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	RPCT	Annuale
		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	RPCT	Tempestivo
			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)	RPCT	Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	RPCT	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPCT	Tempestivo
		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	RPCT	Tempestivo

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
Altri contenuti	**Accesso civico**	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	RPCT	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	URP e Ufficio Comunicazione	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	URP e Ufficio Comunicazione	Semestrale
Altri contenuti	**Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati**	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	direttore SIA	Tempestivo
		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	direttore SIA	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	direttore SIA	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	**Dati ulteriori**	DPCM 25 settembre 2014	Censimento delle autovetture in servizio	Elenco delle autovetture in servzio	direttore Tecnico Patrimoniale	Annuale
		Art. 7-bis, c. 3, art. 4 c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 D.Lgs. n. 50/2016	Elenco professionisti e imprese per affidamento lavori	Elenco annuale dei professionisti e delle imprese per affidamento lavori	direttore Tecnico Patrimoniale	Annuale
			Libera Professione	Piano aziendale e dati di attività	Responsabile Area accoglienza - CUP aziendali e Libera Professione	Annuale
			Apparecchiature in conto visione	Pubblicazione elenco annuale delle apparecchiature presenti in Fondazione in conto visione	direttore Ingegneria Clinica	Annuale
			Sponsorizzazioni	Bandi di sponsorizzazione (link a home page "Sponsorizzazioni")	responsabile Ricerca e sperimentazioni cliniche	Tempestivo
			Piano strategico della ricerca	Piano strategico della ricerca linee di ricerca corrente rendicontazione di assegnazione risorse MdS Scientific report	Direttore Scientifico	Annuale

Allegato 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - PIAO 2023 - 2025
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI
aggiornato come da indicazioni della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e del PNA 2022

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	COMPETENZA	Aggiornamento
			Dati risarcimento danneggiati	Dati relativi ai risarcimenti pagati dalla Fondazione	direttore AGL	Annuale
			Pivacy	Informativa Privacy e dati DPO	direttore AGL	Tempestivo
			Polizza RC	Dati polizza responsabilità civile	direttore AGL	Tempestivo
		Art. 56 D.Lgs. n. 117/2012	Terzo settore	Atti stipulati con i soggetti del terzo settore	direttore AGL e responsabile Ricerca e sperimentazioni cliniche	Tempestivo
			Albo avvocati, medici legali, notai e studi brevettuali	Albo avvocati Albo Medici legali Albo notai Albo studi brevettuali (ove presenti)	direttore AGL	Annuale

In rosso sono riportati gli obblighi di pubblicazione introdotti dal PNA 2022

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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 4

Piano delle azioni positive 2023/2025

AZIONE POSITIVA N. 1	PROGETTO ACCOGLIENZA DEL PERSONALE NEO ASSUNTO E NEO INSERITO (progetto avviato nel 2022)
TIPOLOGIA PROGETTUALE	MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI INSERIMENTO DELLA RISORSA UMANA NEL CONTESTO LAVORATIVO ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DI TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI AVENTI COMPETENZE IN TEMA DI GESTIONE DEL PERSONALE
FINALITA' PRINCIPALE	Miglioramento del processo di inserimento/spostamento del personale
DESTINATARI	Tutto Il personale neo assunto - neo-inserito
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	1) applicazione del processo revisionato nel 2022 a tutto il personale neo-assunto; 2) predisposizione di pagina informativa intranet per il personale neo-assunto; 3) progettazione e attuazione di corso periodico di formazione-informazione e/o di materiale informativo sull'organizzazione, il funzionamento e le regole vigenti; 4) verifica, programmazione e attuazione degli adempimenti di formazione, informazione e addestramento in materia di salute e sicurezza del lavoro inerenti la qualifica rivestita; 5) tutoraggio e/o addestramento in affiancamento in relazione alle diverse tipologie di mansioni; 6) relazione del periodo di addestramento-affiancamento per attestare competenze professionali acquisite e adempimenti in materia di salute e sicurezza del lavoro.
FONTI FINANZIARIE	//
TEMPISTICA	Anni 2022 - 2023 - 2024 - 2025

BUDGET PREVISIONALE

Costo unitario	N. personale interessato	T O T A L E
//	Da definire	//

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 4

Piano delle azioni positive 2023/2025

AZIONE POSITIVA N. 2	**PROGETTO** **PROVIAMO A CAPIRCI: STAR BENE CON LE PERSONE CON CUI LAVORIAMO E INCONTRIAMO** **(progetto avviato nel 2022)**
TIPOLOGIA PROGETTUALE	ATTIVITA' LEGATE ALLA BUONA COMUNICAZIONE
DESTINATARI	Dipendenti sanitari e amministrativi: Dirigenza e Comparto
FINALITA'	L'appartenenza oltre la diversità di ruolo: far fronte alle criticità di comunicazione che possono generare incomprensioni e obiettivi disattesi nell'ambito lavorativo.
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	- Predisposizione di questionario del benessere organizzativo - Somministrazione questionario al personale amministrativo - Somministrazione questionario al personale sanitario - Elaborazione dei dati emersi dai questionari e studio azioni di miglioramento per le aree maggiormente critiche - Elaborazione di guida/vademecum strutturata per processi e percorsi per i dipendenti - Corsi teorici sulla relazione e la comunicazione orale - Corsi pratici e orientativi del buon utilizzo delle comunicazioni scritte istituzionali in tutte le loro specificità - Attività in piccoli gruppi misti: workshop/giochi sulla comunicazione/sviluppo dell'autoaffermazione/dell'as-sertività /role playing
FONTI FINANZIARIE	A carico della ASST di Monza
TEMPISTICA	Anni 2022 (questionario personale amministrativo) - 2023 - 2024 - 2025

BUDGET PREVISIONALE

Costo unitario	N. personale interessato	T O T A L E
da definire	**Tutti i dipendenti dell'ASST Monza**	**€ 500**

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 4

Piano delle azioni positive 2023/2025

AZIONE POSITIVA n. 3	**PROGETTO** **ESSERE DONNA: PROMUOVERE LE DOTI DI GENERE**
TIPOLOGIA PROGETTUALE	PROMUOVERE IL SELF EMPOWERMENT NELLA DONNA
DESTINATARI	Dipendenti sanitari e amministrativi del comparto - Dirigenti e coordinatori
FINALITA'	- Promuovere la professionalità della donna e in tutte le fasi di vita lavorativa; - acquisire maggiore consapevolezza da parte delle donne della propria posizione lavorativa e del proprio ruolo, sia professionale, sia sociale; - assumere punti di osservazione differenti che valorizzino maggiormente le risorse personali; - raggiungere equilibrio e benessere valorizzando ed ottimizzando le proprie risorse in situazioni complesse e non sempre favorevoli;
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	Incontri con donne che hanno vinto battaglie personali e di carriera per acquisire strumenti motivazionali.
FONTI FINANZIARIE	A carico della ASST di Monza
TEMPISTICA	2023

BUDGET PREVISIONALE

Costo unitario	N. personale interessato	T O T A L E
Da definire	**300**	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 4

Piano delle azioni positive 2023/2025

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 4

Piano delle azioni positive 2023/2025

AZIONE POSITIVA N. 4	**PROGETTO** **SOS COUNSELOR IN ASCOLTO: PRENDERSI CURA DI CHI PRODUCE**
TIPOLOGIA PROGETTUALE	SPORTELLO COUNSELING
DESTINATARI	Dipendenti sanitari e amministrativi
FINALITA'	Offrire uno spazio di decompressione
FASI DI INTERVENTO E AZIONI	- Divulgare informativa sulla presenza dello sportello di ascolto - Colloquio: accoglienza, ascolto e orientamento del bisogno da uno a tre incontri - Uno o due incontri settimanali
FONTI FINANZIARIE	Convenzione con struttura esterna per uno psicologo
TEMPISTICA	2023

BUDGET PREVISIONALE

Costo unitario	**N. personale interessato**	**T O T A L E**
Da definire	**A richiesta**	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

CONSOLIDAMENTO DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

AREA	AZIONI	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		IV TRIMESTRE	
		% attesa	*% raggiunta*	*% attesa*	*% raggiunta*	*% attesa*	*% raggiunta*	*% attesa*	*% raggiunta*
PATRIMONIO	Inventario di costituzione								
ADEMPIMENTI FISCALI	c.f./p.iva, codice ipa								
POAS	POAS integrato								
	POAS unico								
SISTEMA INFORMATIVO	consolidamento e integrazione delle piattaforme dati e dei flussi informativi								
SISTEMA DOCUMENTALE	aggiornamento documenti, modulistica, regolamenti, sito internet, protocollo, gestione personale, etc.								
CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI	gestione centralizzata unificata								
CONVENZIONE FMBBM	avvio nuovo rapporto convenzionale								
DIREZIONE SCIENTIFICA	consolidamento uffici di staff, avvio programmazione								
STRUTTURE TERRITORIALI	trasferimento delle strutture territoriali ad ASST Brianza								

POLITICHE SANITARIE REGIONALI

E' previsto il pieno raggiungimento degli obiettivi strategici di assegnazione regionale, pur precisando che per le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico gli obiettivi costituiscono linee di indirizzo per il Consiglio di Amministrazione nella formulazione degli obiettivi del Direttore Generale.

CREAZIONE DI VALORE: LE DIRETTRICI

1 Con il colore blu vengono contraddistinti gli indicatori specifici di area già presenti e declinati in DGR del 28/12/2022 n. XI/7758

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
ASSISTENZA	volumi	estensione disposizioni contenute in DGR XI/7475 30/11/2022	nr. prestazioni programmate 2023/nr. prestazioni erogate 2019 ≥ 1,1	• garantire l'offerta di prestazioni critiche individuate da DGW													
	qualità ed esiti	mantenimento/miglioramento degli indicatori PNE	% indicatori positivi PNE anno in corso / % indicatori positivi PNE anno precedente ≥ 100%	• miglioramento degli indicatori di performance critici (rossi) • mantenimento di quelli con performance positiva (gialli e verdi)													

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	accessibilità alle cure	miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni	% rispetto TMA (per classe priorità) in T / % rispetto TMA (per classe priorità) in T-1 ≥ 100%														
	efficientamento del PS	riduzione dei tempi medi di permanenza in PS	% TM permanenza in PS in T / % TM permanenza in PS in T-1 ≥ 100%														
		attivazione della funzione di bed management presente e attiva 365 giorni/anno*	attivazione della funzione di bed management presente e attiva 365 giorni/anno: si/no														
		attivazione della funzione di case management in caso di problematiche all'ingresso del paziente*	evidenza nella documentazione sanitaria di attivazione della funzione di case management: si/no														
		misurazione accurata del boarding*	flag presente nel sistema informatico in uso nei PS ed integrato con EUOL: si/no														
		quantificazione del fenomeno dei bedblockers*	evidenza all'interno della documentazione sanitaria della conclusione dell'iter clinico assistenziale: si/no														
	efficienza organizzativa	gestione letti	n. posti letto ricovero accreditati														
			n. posti letto saturati (ordinari + DH)														
			n. posti letto DH/DH accreditati														
		indice rotazione	indice rotazione aziendale														
			indice rotazione area chirurgica														
			indice rotazione area medica														
		tasso occupazione posti letto	tasso occupazione posti letto aziendale														
			tasso occupazione area chirurgica														
			tasso occupazione area medica														
QUALITA' E RISCHIO	miglioramento dell'organizzazione	sviluppo del nuovo modello organizzativo Enterprise Risk Management (ERM)	adozione del nuovo modello: si/no	• implementazione di una metodologia condivisa di gestione di tutti i rischi aziendali da parte del Gruppo di Coordinamento di Gestione del Rischio (GCGR)	non richiesto				100%								
	miglioramento dei processi	superamento audit interno per rilascio certificazione ISO 9001:2015	n. audit interni superati/n. audit interni pianificati (n. 6 annuali)	• formazione specifica dei rappresentanti della qualità • formazione di tutto il personale della UO • gruppi di lavoro per: produzione di procedure, gestione documentale, gestione non conformità, gestione del rischio, riesame della direzione • preaudit per verifica del livello di implementazione del sistema di gestione qualità • audit interno • richiesta di visita ispettiva da parte del Certificatore esterno per rilascio del certificato	non richiesto				33%				66%				100%
	analisi del rischio	predisposizione Piano Annuale di Risk Management (PARM) raggiungimento di almeno l'80% degli obiettivi definiti nel PARM	invio del Piano a Regione Lombardia entro termine (mese di marzo): si/no n. obiettivi raggiunti/n. obiettivi previsti ≥ 0,8	• raccolta dei contributi delle UO individuate come gestori del rischio a livello aziendale (azioni di miglioramento specifiche) • invio entro il mese di marzo • rendicontazione delle attività entro gennaio anno successivo					100%				100%				100%

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	miglioramento della sicurezza dei pazienti	attivazione progetti di miglioramento per infezioni correlate all'assistenza	attivazioni progetti ICA: si/no														
RICERCA	programmazione dell'attività di ricerca																
	produzione scientifica		n. pubblicazioni nazionali e internazionali														
			nr. medio pubblicazioni per dirigente														
			impact factor normalizzato impact factor annuale impact factor standardizzato/fte														
	programmi di terapie cellulari e genica per tumori pediatrici (CAR T)																
	reti IRCCS	attivazione reti															
	rete interaziendale di ricerca e cura con le strutture del territorio			ASST Brianza e ASST Lecco													
	Dipartimento funzionale interaziendale di oncoematologia pediatrica e dell'area pediatrica con Istituto Nazionale Tumori																
	mantenimento/potenziamento dei protocolli di ricerca e studi clinici																
	partecipazione gruppo IRCCS pubblici regionali per TTO																
INNOVAZIONE	interventi strutturali	rispetto dei cronoprogrammi di realizzazione															
	ammodernamento tecnologico	rispetto dei cronoprogrammi di intervento (PNRR)															
	ammodernamento sistema informativo	cartella clinica laboratorio (PNRR) CUP nuovo sistema di *collaboration* (Office 365)															
	NGS (Next Generation Sequencing)	implementazione progetto regionale (NGS facilities)															
	dwh sanitario a supporto della ricerca																
FORMAZIONE	formare nuovi professionisti sanitari	convenzione con Unimib per lo svolgimento delle attività di formazione e ricerca per tutti i corsi di studio															

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	programmazione dell'offerta formativa per il personale	ore totali di formazione pianificate/ore totali di formazione anno precedente															
CAPITALE UMANO	definizione e attuazione del piano dei fabbisogni			approvazione entro 31 marzo 2023													
	strutturazione percorso di carriera scientifica del personale assegnato alla ricerca																
	azioni positive e correlate al benessere organizzativo																
	pari opportunità	indicatore di genere	n. dipendenti donne ric tp media anno / n. dipendenti tot ric tp media anno														
		congedi facoltativi	n. tot gg congedo facoltativo concessi / totale giornate lavorative														
		personale con limitazioni	n. personale con limitazioni / personale totale														
	assenteismo	tasso aziendale di assenteismo															
	efficacia organizzativa	turnover in entrata	n. nuovi assunti/tot. personale ric tp media anno														
		turnover in uscita	n. dipendenti cessati/tot personale ric tp media anno														
		flessibilità organizzativa	n. strutture complesse coperte/n. totale strutture complesse da POAS														
			n. strutture semplici dipartimentali coperte/n. totale strutture semplici dipartimentali da POAS														
			n. incarichi dirigenziali medici alta professionalità/totale medici ric tp media nno														
			n. personale amministrativo Dir e non ric tp media anno / n. totale personale del ruolo sanitario Dir e non ric tp media anno														
ASCOLTO E PARTECIPAZIONE	coinvolgimento degli utenti in forma singola e associata	prosecuzione delle collaborazioni con le associazioni di volontariato	mantenimento delle progettualità e collaborazioni avviate	Nel corso dell'anno 2022 realizzato il progetto "Progettiamo &Comunichiamo" per l'accompagnamento dei pazienti fragili mantenimento e rafforzamento dei rapporti e delle sinergie con l'attivazione di nuovi progetti	100%												
	qualità percepita	reclami relativi alle condizioni dell'accesso, accessibilità alle prenotazioni (classificazione regionale 2a - area 2. Condizioni dell'accesso).		• predisporre periodico sistema di reporting quale efficace strumento di comunicazione interna, aumentandone l'elaborazione, semestrale per il 2023-2024 e trimestrale per il 2025													

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
		richieste relative a informazioni, supporto e assistenza all'accessibilità ai servizi prenotazione		• proseguire nell'attività dell'URP evidenziando criticità e situazioni ricorrenti alle direzioni interessate, al verificarsi • promuovere gruppi di miglioramento in collaborazione con URP, QUA e DMP, a seguito dell'analisi dei dati e delle informazioni acquisite nell'ambito del sistema di ascolto del cittadino • con il neonato IRCCS revisionare le procedure di gestione delle segnalazioni e della customer satisfaction												
		reclami relativi alla relazione e alla comunicazione con l'operatore (classificazione regionale 3a - area 3. Comunicazione e Relazione)															
		reclami per le prestazioni, inadeguatezza organizzativa (classificazione regionale 6c -area 6. Prestazioni)															
	encomi	Encomi															
	customer satisfaction	Area ambulatoriale, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione relativa ai servizi prenotazione - questionario regionale, D2															
		Area ambulatoriale, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione relativa all'attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia) - questionario regionale, D7															
		Area ambulatoriale, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione complessiva - questionario regionale, D11															
		Area degenza, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione relativa all'assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine tempestività, cortesia) - questionario regionale, D5															
		Area degenza, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione relativa alle indicazioni fornite dagli operatori sanitari alla dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo) - questionario regionale D11															
		Area degenza, Valori medi scala da 1 a 7 soddisfazione complessiva - questionario regionale D12															
	accessibilità digitale	migliorare la qualità delle informazioni disponibili nel sito aziendale; aggiornamento 61 U.O	standardizzazione delle pagine ed aggiornamento dei dati/contenuti per le 61 U.O	aggiornamento delle 94 S.S.. Aggiornamento delle pagine dei Dirigenti medici che effettuano la libera professione con curriculum (aggiornato) ed eventuali ulteriori	100%												

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
				informazioni utili ai pazienti che devono effettuare la scelta													
		implementazione moduli on line	realizzazione modulo reclami ed encomi Realizzazione Customer Satisfactionon on-line: realizzato il modulo	messa on line del questionario della Customer Satisfaction e realizzazione della pagina "servizi in rete" e monitoraggio delle risposte dei cittadini per il continuo miglioramento del sito	100%												
		migliorare la comunicazione interna	realizzazione della pagina per il neo assunto sulla Intranet in ordine alfabetico per argomento Invio questionario sul benessere organizzativo agli amministrativi	elaborazione dei dati emersi dal questionario del benessere organizzativo somministrato agli amministrativi e studio di azioni di miglioramento sulle aree risultate critiche; distribuzione del questionario sul benessere organizzativo anche ai sanitari; realizzazione di una guida/vademecum strutturata	100%												
	accessibilità fisica	accessibilità fisica e orientamento	Fornire supporto alla realizzazione del progetto aziendale di miglioramento della segnaletica per orientare l'utenza negli accessi alle strutture ospedaliere	delibera di approvazione del regolamento, attuazione dei processi, affissione delle bacheche mancanti	100%												
EFFICIENZA	equilibrio economico dei bilanci	mantenimento															
	governo dei costi	incidenza costi diretti sanitari															
		incidenza costi diretti non sanitari															
	acquisti	adesione a procedure centralizzate e attivazione Commissione Dispositivi Medici															
	attività sanitaria	complessità case mix	peso medio aziendale														
			peso medio area chirurgica														
			peso medio area medica														
		digitalizzazione	n. referti siss/totale referti ambulatoriali														
			n. referti siss/totale referti radiologia														
			n. referti siss/totale referti laboratorio analisi														
			n. referti siss/totale lettere di dimissione														
LEGALITA’	programmazione e realizzazione delle misure di prevenzione del fenomeno corruttivo																
	rispetto degli obblighi di trasparenza																
	programmazione e realizzazione delle misure previste dal Gestore Antiriciclaggio	favorire l’individuazione delle situazioni per l’eventuale segnalazione delle operazioni sospette alla Unità di Informazione Finanziaria (UIF)	incontri formativi ai Direttori di S.C. per l’aggiornamento degli strumenti normativi innovativi e delle politiche di contrasto e prevenzione del riciclaggio e finanziamento del terrorismo.														

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025

Allegato 5 – INDICATORI DI MONITORAGGIO

VALORE	OBIETTIVO	INDICATORE	FORMULA	AZIONI	RISULTATO 2022	ATTESO 2023				ATTESO 2024				ATTESO 2025			
						I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
		predisposizione della mappatura e valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e attivazione delle misure necessarie alla mitigazione del rischio	mappatura dei rischi di riciclaggio completa di misure atte alla mitigazione del rischio: si/no														
		gestione delle segnalazioni di operazioni sospette e comunicazione tempestiva alla UIF	n. segnalazioni processate/n. segnalazioni ricevute =1														
SOSTENIBILITA'	adesione alle azioni previste da Regione Lombardia nell'ambito del progetto "nEW – nuova Energia per il Welfare"																
	misurazione consumi energetici	misurazione TEP															
	piano degli spostamenti casa-lavoro	Convenzione TreNord per sconto 10% abbonamento dipendenti															
		Convenzione UNIMIB per utilizzo navetta Stazione-Ospedale/UNI															
		Convenzione Comune Monza per attivazione Bike-sharing															
		Creazione di box per biciclette in sicurezza															