



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2022/2024

**Adottato nelle more dell'aggiornamento delle norme attuative
prescritto dal Consiglio di Stato, Parere n. 00506/2022 del 02.03.2022**

Monza, 28 aprile 2022



Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022/2024

Sommario

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	8
Valore pubblico.....	8
Assistenza: fornire servizi di qualità	8
Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica.....	12
Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia.....	13
Formazione: formare nuovi professionisti sanitari.....	15
Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere.....	17
Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata.....	17
Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza	17
Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza	18
Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente	18
Il Piano della Performance 2022/2024	18
Performance istituzionale.....	20
Performance organizzativa	22
Performance individuale.....	23
Ascolto, partecipazione e valutazione partecipativa.....	24
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024.....	25
1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione	26
2. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione	26
3. Processo e modalità di predisposizione del PTPCT.....	33
4. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione.....	33
5. Analisi del contesto esterno	35
6. Analisi del contesto interno e mappatura dei processi.....	38
7. Valutazione e analisi del rischio.....	39
8. Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione	39



ASST Monza

9. Monitoraggio e valutazione.....	66
10. Piano della trasparenza	66
11. L'istituto dell'accesso civico.....	71
12. Le sanzioni.....	71
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	72
Struttura organizzativa	72
Piano organizzativo del lavoro agile	78
Piano triennale dei fabbisogni di personale	80
Piano formativo aziendale	89
Piano delle azioni positive	93
Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL)	96
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	97



PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo strumento di programmazione semplificato 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.

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 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".

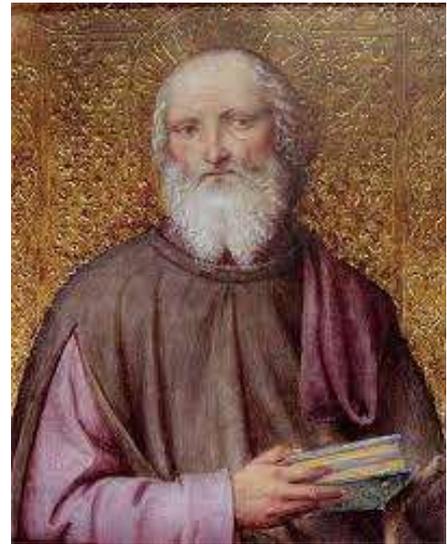


SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Ospedale San Gerardo deve la sua origine a **Gerardo Tinctor** che lo fonda nel 1174. 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.

L'**ottocentesco ospedale Umberto I di Monza** si trova in via Solferino, costruzione a padiglioni 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 "vecchio" 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.



Dopo essere nata nel 1994 l'**Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza**, nel 1998 fu annesso l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo che nel 2009 è stato trasferito, insieme con gli ambulatori di Cusano Milanino e Cologno Monzese, agli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale - **ASST di Monza**, costituita dal 1° gennaio 2016 con deliberazione della Giunta Regionale n. X/4485 del 10 dicembre 2015, è stata oggetto di un iniziale ampliamento all'Ospedale di Desio e al successivo ridimensionamento a partire dal 1° gennaio 2021 in attuazione della L.R. 23/2019 che ha ridisegnato gli azzonamenti territoriali, costituendo la nuova ASST della Brianza cui sono state attribuite le strutture del Distretto e del P.O. di Desio già afferenti alla ASST di Monza.

L'Azienda, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, ha sede legale a Monza, in via Giambattista Pergolesi n. 33.

Il Direttore Generale Silvano Casazza, nominato con D.G.R. n. XI/5197 del 07.09.2021, è coadiuvato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo Antonietta Ferrigno, dal Direttore Sanitario Laura Radice e dal Direttore Sociosanitario, le cui funzioni sono state temporaneamente avocate dal Direttore Generale. Il modello organizzativo è definito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), aggiornato a novembre 2021 con Deliberazione di presa d'atto n. 469 del 30 novembre 2021.

L'ASST eroga **prestazioni in ambito sanitario e socio-sanitario**, lungo un processo di cura che, a seconda del bisogno, si realizza in ambito ospedaliero, territoriale o in percorsi di integrazione tra ospedale e territorio. Inoltre, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano Bicocca, svolge **attività di ricerca e insegnamento**.

Dal 1° gennaio 2021 l'assetto delle strutture accreditate afferenti l'ASST di Monza, descritto dall'allegato 1 alla DGR XI/3952 del 30.11.2020, è così articolato:



Denominazione Struttura
AMBULATORIO PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALE SAN GERARDO
AMBULATORIO PSICHIATRICO BRUGHERIO
CAL-CENTRO ASSISTENZA LIMITATA MONZA
CENTRO DIURNO BRUGHERIO
CENTRO DIURNO CASA DI BIANCA
CENTRO DIURNO MONZA
CENTRO POLIVALENTE POLICONSUMATORI
CENTRO PSICO SOCIALE MONZA
CENTRO SEMIRESIDENZIALE TERAPEUTICO PER ADOLESCENTI DI DESIO (LO SCARABOCCHIO)
CENTRO TABAGISMO
CENTRO TERAP.PSICO-SOCIO EDUC. DI DESIO (LO SCARABOCCHIO)
COMUNITA' PROTETTA BRUGHERIO
CONSULTORIO FAM. BOITO MONZA
CONSULTORIO FAM. BRUGHERIO
CONSULTORIO FAM. VILLASANTA
CONSULTORIO FAMILIARE -MONZA
GRUPPO OPERATIVO CARCERE
N.O.A. - MONZA
OSPEDALE S.GERARDO - MONZA
POLIAM.SPECIALISTICO-BRUGHERIO
POLIAMBULATORIO MONZA
POLIAMBULATORIO OSPEDALE SAN GERARDO
S.E.R.T.- MONZA
CAL-CENTRO ASSISTENZA LIMITATA LISSONE
UONPIA POLO OSPEDALIERO MONZA
UONPIA POLO TERRITORIALE MONZA
UONPIA SEDE AMBULATORIALE BRUGHERIO

Le strutture afferite alla ASST di insistono sull'ambito territoriale di Monza (comuni di Monza, Brugherio e Villasanta), con l'aggiunta del centro terapeutico e semiresidenziale Lo Scarabocchio di Desio, del CAL di Lissone e dell'Ambulatorio Malattie Sessualmente Trasmesse di Muggiò.

L'Azienda è attualmente interessata dal percorso di riconoscimento della **costituenda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori**, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, che ha preso avvio a metà dell'anno 2019 con lo svolgimento di un primo studio di fattibilità, in continuità con sperimentazione gestionale, avviata con DGR VII/20887 del 2005, caratterizzata dalla collaborazione tra le seguenti strutture che entrano nel percorso come soggetti portatori di interessi:

- Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza (ASST Monza)
- Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma Onlus (Fondazione MBBM)
- Fondazione Matilde Tettamanti Menotti De Marchi Onlus (Fondazione Tettamanti)

Il percorso è proseguito nel 2020 e nel 2021, attraverso momenti formali di interazione tra Ministero della Salute, Regione Lombardia e i tre soggetti portatori di interessi, finalizzati alla valorizzazione delle attività ed eccellenze presenti nell'Ospedale San Gerardo, esitati nella formalizzazione di alcuni momenti istituzionali di rilievo accaduti tra novembre e dicembre 2021:

- Con DGR XI/5657 del 30.11.2021 la Giunta Regionale, condividendo le conclusioni dell'ASST di Monza e in considerazione delle valutazioni del Comitato di Sorveglianza delle sperimentazioni pubblico-privato, statuisce la conclusione positiva della sperimentazione gestionale "Fondazione MBBM", prevedendone la sua evoluzione attraverso il processo già avviato di trasformazione in Fondazione IRCCS a seguito dell'esito del riconoscimento del carattere scientifico ai sensi del D.Lgs. 288/2003.
- Con deliberazione n. 285 del 14 dicembre 2021 la Giunta del Comune di Monza ha condiviso il percorso intrapreso per la trasformazione dell'ASST di Monza in Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di natura



ASST Monza

pubblica, condividendo le finalità della costituenda Fondazione, nel ruolo di ente fondatore a norma dell'art. 2 del D.Lgs. 288/2003.

- In data 14 dicembre 2021 gli enti fondatori, ASST di Monza, Fondazione MBBM e Fondazione Tettamanti, hanno sottoscritto un Atto di definizione formale di impegno a realizzare le azioni per l'avvio della operatività della istituenda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza, trasmesso alla Direzione Generale Welfare con nota prot. 33554 del 14.12.2021.
- Con DGR XI/5725 del 15 dicembre 2021 la Giunta regionale ha approvato, tra l'altro, l'Atto di Impegno a realizzare sopra citato, la bozza dello statuto della Fondazione IRCCS e la trasformazione dell'ASST Monza nella forma fondazionale di diritto pubblico, stabilendo che dalla data di efficacia del decreto ministeriale di riconoscimento della qualifica di IRCCS gli assetti accreditati in capo alla ASST Monza e alla Fondazione MBBM afferiranno in toto alla stessa Fondazione IRCCS.
- In data 22 dicembre 2021 gli enti fondatori, ASST Monza, Fondazione MBBM e Fondazione Tettamanti, hanno sottoscritto avanti al notaio Dr. Maria Nives Iannaccone l'Atto propedeutico al riconoscimento di un IRCCS, con il quale si istituisce una Fondazione di natura pubblica denominata FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI, derivante dalla trasformazione dell'ASST di Monza in forma fondazionale, con la irrevocabile adesione dei soggetti rappresentativi degli interessi originari, Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma ONLUS e Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti De Marchi ONLUS. Con il decreto adottato dal Ministro della Salute con cui si riconoscerà la qualifica di IRCCS all'ASST di Monza, se ne approverà la relativa trasformazione. Pertanto gli effetti del suddetto atto decorreranno dalla data di efficacia del decreto ministeriale, ferma restando la irrevocabilità delle volontà qui espresse dai soggetti rappresentativi degli interessi originari.
- Il 28 dicembre 2021 si è svolta la site visit della Commissione nominata dal Ministero della Salute per la verifica dei requisiti per il riconoscimento di IRCCS.
- Con DGR n. XI/5831 del 29 dicembre 2021 la Giunta Regionale ha espresso parere di coerenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale dell'istanza dell'ASST di Monza di modifica dell'area di riconoscimento "pediatria" della futura Fondazione IRCCS di diritto pubblico San Gerardo dei Tintori di Monza ed ha prorogato la sperimentazione gestionale Fondazione MBBM fino alla data di adozione del decreto ministeriale di riconoscimento e trasformazione in Fondazione IRCCS di diritto pubblico.

È attesa nei prossimi mesi la conclusione del percorso, con il riconoscimento della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori.

La Provincia di Monza e Brianza ha una popolazione residente al 1° gennaio 2021 di 870.113 (sostanzialmente invariata rispetto al 2020 – fonte ISTAT), una superficie di circa 400 chilometri quadrati e ha una percentuale di terreno edificato fra le più alte in Italia e in Europa, con una forte presenza industriale, che collocano il capoluogo, Monza, fra le città con maggiore indice di inquinamento da polveri sottili.

L'ambito territoriale di Monza, in particolare, caratterizzato dalla maggior densità di abitanti per chilometro quadrato (3.612 ab./km² nel 2020), rappresenta il 14,2% della popolazione dell'ATS Brianza:



	TERRITORIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	% suTOTALE ATS
Ambiti	Bellano	26.264	26.506	52.770	4,4%
	Lecco	79.491	82.099	161.590	13,4%
	Merate	58.934	60.275	119.209	9,9%
	Carate Brianza	75.913	78.205	153.518	12,8%
	Desio	94.811	97.655	192.466	16,0%
	Seregno	82.945	85.978	168.923	14,0%
	Vimercate	90.866	93.061	183.927	15,3%
	Monza	82.573	88.706	171.279	14,2%
Distretti Province	Distretto/Provincia Lecco	164.689	168.880	333.569	27,7%
	Distretto BRIANZA	343.935	354.899	698.834	58,1%
	Distretto MONZA	82.573	88.706	171.279	14,2%
	Provincia Monza e Brianza	426.508	443.605	870.113	72,3%
	ATS BRIANZA	591.197	612.485	1.203.682	100,0%

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è in costante crescita insieme a inevitabili condizioni complesse di cronicità, fragilità, disabilità e non autosufficienza. Ciò determina un inevitabile aumento della complessità assistenziale, anche nelle fasi di diagnosi e cura, che comporta un correlato incremento esponenziale dei costi per l'assistenza di soggetti con molteplici patologie concomitanti.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella sezione 2 vengono descritti gli obiettivi generali sui quali l'ASST contribuisce alla creazione di valore pubblico attraverso la definizione di linee strategiche e alla loro declinazione nella programmazione operativa attraverso una attività di programmazione autonoma e coordinata dalla Regione.

Valore pubblico

Il Valore pubblico che l'ASST si prefigge di creare si articola nelle seguenti direttrici:

Assistenza: fornire servizi di qualità

VOLUMI

La **produzione 2021** di prestazioni sanitarie è stata influenzata dal COVID che ha comportato non solo la necessità di garantire assistenza ospedaliera nella gestione della fase acuta (fino a 300 pazienti ricoverati a marzo, in crescita, nella nuova ondata di dicembre, a superare quota 100 a fine anno), ma anche per l'importante attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica (349 mila esami di laboratorio) e vaccinale (592 mila dosi inoculate di vaccino anti COVID).



ASST Monza

L'ASST di Monza ha gestito oltre 5000 ricoveri tra Fase 1 e Fase 4 e si può considerare tra le prime tre aziende più pesantemente coinvolte dall'epidemia:

ANDAMENTO RICOVERI COVID -SAN GERARDO



Dati aggiornati al 22/03/2022

La gestione del COVID ha comportato nel 2021 anche l'erogazione di volumi di prestazioni correlate alla pandemia, sia diagnostiche di vaccinali, i numeri sotto riportati sono altamente significativi dell'impegno aziendale:

- diagnostica COVID del Laboratorio di Microbiologia:

destinazione DNWEB	91.12.1 tamponi	91.12.S varianti	91.13.1 test sierologico	91.30.3 analisi segmenti	Totale complessivo
Convenzioni (fatturazione diretta)	7.207	-	90	14	7.311
Interni	77.260	2.189	1.969	895	82.311
Esterni	245.623	5.111	3.211	5.104	259.049
Donatori	61		4		65
Controllo Qualita	12		24	9	45
Totale complessivo	330.163	7.300	5.298	6.022	348.781
tariffa unitaria	45,00 €	30,00 €	5,80 €	156,00 €	
Valore tariffato	14.857.335,00 €	219.000,00 €	30.728,40 €	939.432,00 €	16.046.495,40 €

- somministrazione di vaccini anti COVID nei centri vaccinali attivati:

TOTALE COMPLESSIVO PER CENTRO VACCINALE	TOTALI COMPLESSIVI VACCINAZIONI ANTI-COVID										PRIME DOSI	SECONDE DOSI	TERZE DOSI
	ASTRA ZENECA		PFIZER			MODERNA			J&J	TOTALE VACCINATI			
	1 DOSE	2 DOSE	1 DOSE	2 DOSE	3 DOSE	1 DOSE	2 DOSE	3 DOSE	1 DOSE				
AUTODROMO EX RISTORANTE	5597	10420	17634	19314	0	1856	1705	0	1170	57696	26257	31439	0
AUTODROMO MUSEO	6800	0	7827	5611	0	48	169	0	0	20455	14675	5780	0
EX-PHILIPS	17834	18043	99253	102380	44443	37465	35173	64552	8963	428106	163515	155596	108995
OSPEDALE NUOVO	4387	24	26298	25376	5387	3369	4007	41	0	68889	34054	29407	5428
Reperti OSPEDALE NUOVO	0	0	1922	1971	0	0	0	0	0	3893	1922	1971	0
HN PEDIATRICO	0	0	2650	0	0	0	0	0	0	2650	2650	0	0
OSPEDALE VECCHIO	2253	0	479	0	0	1229	0	0	0	3961	3961	0	0
ALTRO (drive, domiciliari, carcere)	433	11	1859	1583	0	1225	1116	0	128	6355	3645	2710	0
TOTALE	37.304	28.498	157.922	156.235	49.830	45.192	42.170	64.593	10.261	592.005	250.679	226.903	114.423



ASST Monza

Nonostante l'importante impegno nella gestione della pandemia, l'ASST Monza si è impegnata a conseguire il recupero di prestazioni sospese per l'emergenza, garantendo l'attuazione del Piano di ripresa secondo semestre 2021, previsto dalla programmazione regionale, con i seguenti obiettivi:

1. Attività chirurgica elettiva isorisorse: target 100% vs. 2019
2. Attività chirurgica elettiva con risorse aggiuntive: target 500 interventi
3. Attività specialistica ambulatoriale isorisorse: target 90% vs. 2019
4. Attività specialistica ambulatoriale con risorse aggiuntive: target 6200 prestazioni (300 endoscopia, 2900 diagnostiche strumentali, 3000 prime visite)

Sono di seguito riportati i volumi delle principali linee di produzione aziendali del 2021 (tra parentesi i dati del 2019):



QUALITA' ED ESITI

L'ASST 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, in particolare riferimento al “Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, entrato in vigore a partire dall’anno di valutazione 2020.

La valutazione degli indicatori effettuata dalla Regione dimostra una valutazione mediamente positiva:



PO	Indicatore	Descrizione Indicatore	2019		2021	
			Valore	Fascia	Valore	Fascia
Monza	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	63,9%	3	55,1%	4
	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	83,1%	2	99,7%	2
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	62,0%	2	53,7%	3
	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	3,2%	3	5,1%	4
	I10 (*)	Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri cons DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	18,8%	3	16,7%	3

I risultati inferiori evidenziati nel 2021 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.

ECCELLENZE

Le eccellenze presenti nell'Ospedale San Gerardo di Monza sono le seguenti:

- *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 1.10.2012*
- *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 6.6.2014*
- *Centro di IV livello della rete STEMI – DGR 1962 del 6.7.2011*
- *Centro Stroke di II livello – Decreto 10068 del 18.9.2008*
- *Centro di III livello per la Rete Emorragie digestive – Decreto Direzione Generale Sanità n. 5168 del 11.6.2012*
- *Sede di SPDC – n. 1 SPDC per la malattia mentale in fase acuta*
- *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*



ASST Monza

dello shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario – DGR 2562 del 2.12.2019

- Centro Hub per le patologie tempo dipendenti STEMI, Cardiologia Interventistica e STROKE – DGR 2906 dell'8.03.2020
- Centro Hub per pneumologia, malattie infettive e terapia intensiva – DGR 3264 del 16.06.2020.
- Laboratorio di terapia cellulare e genica "Stefano Verri"

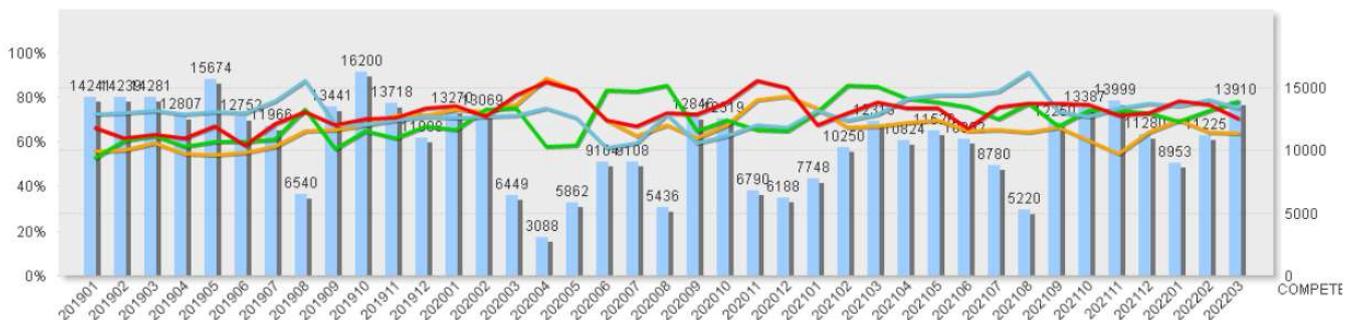
È inoltre sede della sperimentazione gestionale Fondazione MBBM (Centro Trapianti di Midollo Osseo, sede di Hub per l'Ostetricia e la Terapia Intensiva Neonatale), prorogata fino alla data di adozione del decreto ministeriale di riconoscimento e trasformazione nella costituenda Fondazione IRCCS di diritto pubblico con delibera di Giunta Regionale n. XI/5831 del 29 dicembre 2021.

ACCESSIBILITA': I TEMPI DI ATTESA

Il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie elettive, ambulatoriali, diagnostiche e chirurgiche, è un obiettivo prioritario perseguito dall'ASST attraverso un'attenta e costante attività di programmazione e verifica, a cura del Comitato dei Tempi di Attesa, tavolo tecnico coordinato dal Responsabile Unico sui tempi di attesa, che coinvolge la Direzione Strategica insieme alle diverse professionalità aziendali.

I risultati non ottimali del 2021 sono conseguenti al lungo periodo di emergenza sanitaria correlata alla pandemia, tuttavia l'ASST 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 marzo 2022, inerenti ai volumi complessivi e le percentuali di prestazioni erogate per classe di priorità, con riferimento alle prestazioni monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:



Legenda:

quantità (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)

■ QUANTITA_CASI
 — %_Prest_Max_B
 — %_Prest_Max_D
 — %_Prest_Max_P
 — %_Prest_Max_U

Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica

L'attività di ricerca rappresenta un continuum con l'attività di assistenza e la didattica, grazie anche allo stretto rapporto di collaborazione con la Scuola di Medicina e Chirurgia UniMIB, attraverso la realizzazione o la



ASST Monza

partecipazione a studi clinici o la gestione di progetti di ricerca indipendente finanziati attraverso contributi di enti pubblici e privati.

A decorrere dall'anno 2016 e fino all'anno 2020, l'ASST di Monza ha preso in carico anche le attività di ricerca e le sperimentazioni cliniche delle strutture afferite alla stessa Azienda, con particolare riferimento a quelle condotte presso l'Ospedale di Desio, afferito all'ASST Brianza a decorrere dal 1° gennaio 2021.

Gli studi clinici e le revisioni ai protocolli di ricerca in corso e attivi (c.d. "emendamenti") a cui partecipano le strutture dell'ASST, autorizzati dal Comitato Etico, sono:

Anno	Nuovi Studi	Emendamenti	Usi Terapeutici (Pazienti trattati)
2016	153	181	68 farmacologici
2017	111	143	30 farmacologici
2018	151	183	21 farmacologici
2019	139	256	31 farmacologici
2020	147	230	77 farmacologici
2021	194	325	78 farmacologici

Gli studi clinici e progetti attivi nel 2021, sono 696 per un volume di finanziamenti (contribuiti) di oltre 3,6 mln di euro e con ricavi stimati a oltre 15,5 mln di euro. Sulla base dei dati disponibili, si può stimare che nel prossimo triennio saranno avviati mediamente 140-150 nuovi studi clinici ogni anno.

È attivo dal 2017 un Centro di Ricerca per gli Studi di Fase 1 in linea con la Determina AIFA n.809/2015 al fine di sviluppare le attività di ricerca clinica anche secondo modelli di ricerca traslazionale, dando impulso ai diversi ambiti di sperimentazione presenti o potenziali in azienda.

L'attività di ricerca sarà oggetto di potenziamento e di maggiori investimenti a seguito del riconoscimento di Fondazione IRCCS.

Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia

Cantiere di ristrutturazione del Presidio Ospedaliero San Gerardo

Lo scenario dell'ASST di Monza evidenzia come l'ospedale San Gerardo sia 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. Oggi è in corso la "Fase 3" con la ristrutturazione del settore C. 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.



Gli interventi relativi alla “Fase 3” hanno riscontrato al loro avvio problematiche di gestione operativa per il rispetto dei disposti ministeriali relativamente al COVID 19 che ha comportato l’aggiornamento del Piano di Gestione della Sicurezza protraendo di due mesi il cronoprogramma delle opere; altresì nello svolgimento degli interventi per la rimozione delle pavimentazioni contenenti amianto, i maggiori quantitativi riscontrati hanno causato il protrarsi di due mesi delle opere previste per la rimozione.

Conseguentemente a quanto sopra si sono accumulati mesi di ritardo rispetto al cronoprogramma originario protraendo la prevista conclusione delle opere di “Fase 3” al prossimo maggio 2022, cui seguiranno opere di completamento e compendio per ulteriori 60 giorni, al termine dei quali saranno avviati i trasferimenti dei reparti dal settore A al rinnovato settore C per dare luogo all’avvio all’ultima fase dei lavori della Concessione “Fase 4”.

A completamento della “Fase 3” saranno acquisite attrezzature ed arredi per l’intero settore C qui elencate:

- Attrezzature sanitarie e scientifiche per circa € 1.600.000
- Attrezzature informatiche e di rete per circa € 500.000
- Arredi e mobili per circa € 1.500.000
- Traslochi e facchinaggi per circa € 500.000
- Segnaletiche, cartellonistiche e percorsi tattili per circa € 200.000

Altri progetti strutturali che coinvolgono il Presidio di Monza riguardano la Centrale di Sterilizzazione, la Banca degli Occhi, il Blocco Operatorio D con l’allestimento di una sala operatoria per l’attività neurochirurgica con utilizzo ibrido per TAC intra-operatorio e una seconda sala operatoria per la chirurgia d’urgenza.

Altri interventi strutturali edili e impiantistici

- Realizzazione di nuovo reparto di Terapia Intensiva con 20 PL, necessario per gestire eventuali recrudescenze di infezioni virali, senza impattare sulle ordinarie attività mediche o chirurgiche, realizzazione di box di isolamento pazienti in rianimazione generale e adeguamento edile impiantistico dell’area sub intensiva neurochirurgica;
- Realizzazione area pre-triage Pronto Soccorso necessaria per garantire percorsi differenziati e flessibili nell’utilizzo dei locali dei PS a fronte di eventuali recrudescenze di infezioni virali, senza impattare sulle altre esigenze di cura degli utenti;
- Trasferimento della Comunità "Lo Scarabocchio" nella nuova sede presso l’"Ospedale Vecchio" di via Solferino a Monza.
- Riquilificazione 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;
- Interventi di isolamento termico e rifacimento degli impianti di produzione e distribuzione dei fluidi termo vettori per la climatizzazione invernale ed estiva del fabbricato ex oculistica del vecchio ospedale di Monza Via Solferino;
- 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;
- Ricognizione e aggiornamento di interventi precedentemente programmati;

PNRR – Missione 6 Salute



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 di proprietà aziendale:

- 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.

Ammodernamento delle tecnologie

La pandemia ha contribuito a richiamare l'attenzione sulle dotazioni di apparecchiature biomediche aziendali facendo emergere un significativo grado di obsolescenza di gran parte delle attrezzature in dotazione. Il mantenimento di una qualità elevata delle prestazioni offerte e l'efficienza del sistema, pone in obbligo di intervenire mediante ogni disponibilità consentita dai finanziamenti all'aggiornamento progressivo del parco macchine in dotazione all'azienda.

Per quanto riguarda gli investimenti in tecnologia medica, nel 2022 saranno completati gli interventi di rinnovo delle apparecchiature avviati nel 2021 e negli anni precedenti, con quasi completati (2019 al 97,73%, 2020 al 81,5), precisando che la realizzazione degli interventi finanziati da fondi indistinti è pari a 68,98%.

Nel 2022 si completeranno anche gli interventi previsti a valere sui fondi ricevuti in donazione per rispondere all'emergenza COVID-19, dell'importo complessivo 1.111.090 euro, utilizzato al 86%.

Per l'alta tecnologia sono previsti nel 2022 i seguenti interventi:

- sostituzione del terzo acceleratore lineare della SC Radioterapia;
- acquisto di n. 2 Angiografi per Radiologia Interventistica.

Formazione: formare nuovi professionisti sanitari

ASST 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.

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

L'ASST di Monza 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 dell'ASST 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, l'ASST 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, composto per l'ASST dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Socio-Sanitario e per l'Università dal Rettore, dal Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, dal Direttore Generale e da un eventuale ulteriore componente, nominato dal Rettore e dal Direttore di Dipartimento, in relazione agli argomenti da trattare.

La dimensione delle attività didattiche inerenti al solo corso di laurea di Medicina e Chirurgia con riferimento al 2021 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 l'ASST 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 l'ASST di Monza (III, IV, V e VI e FC)

= n. 525 studenti

Tutti gli anni = n. 807 studenti

Numero del personale formalmente dedicato alla formazione e tutoraggio: numero di professionisti dedicati dalla struttura alle attività di tutoraggio

N. 181 tutor ospedalieri Ospedale San Gerardo

Numero ore per studente: numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera

Le ore di formazione mediamente erogate presso l'ASST di Monza 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. 732 / PL TOTALI = N. 742 = **PARI AL 98,7%**

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

L'ASST promuove le politiche di valorizzazione del capitale umano attraverso la programmazione e l'attuazione del Piano dei fabbisogni e l'attivazione di un'adeguata offerta formativa per il personale. 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.

Si rimanda ai contenuti della Sezione 3 per i relativi dettagli.

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

L'ASST promuove le attività di ascolto dei pazienti e di partecipazione ai processi di programmazione e valutazione aziendale in forma singola o associata, attraverso rispettivamente i risultati della customer satisfaction e le iniziative di collaborazione con le Associazioni.

Le segnalazioni raccolte forniscono spunto per attivare progetti di miglioramento dell'accessibilità fisica e digitale.

Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza

L'ASST promuove scelte gestionali orientate all'efficienza, misurata a livello complessivo aziendale attraverso il Bilancio Economico e a livello di sotto articolazioni attraverso la contabilità analitica per centro di costo.

Le **misurazioni economiche di bilancio dell'ASST** mostrano un quadro economico in pareggio della gestione economica complessiva aziendale e sono rese disponibili attraverso la pubblicazione nel sito aziendale alla pagina <https://www.asst-monza.it/bilancio-preventivo-e-consuntivo>. In tale sezione del sito aziendale sono pubblicate anche le rilevazioni dell'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

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. Indicatori di efficienza sono oggetto di valutazione negli obiettivi di budget delle Strutture sanitarie 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, nella scelta di introduzione dell'innovazione effettuata mediante le **metodiche dell'HTA** dalla Commissione Dispositivi Medici e nell'utilizzo di logiche di **ingegneria gestionale** nell'ottimizzazione di alcuni processi organizzativi dei servizi sanitari e amministrativi.

Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario dell'ASST, supportato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso un'attenta programmazione delle misure necessarie al suo miglioramento e che vengono annualmente declinate come obiettivo di budget alle strutture del Dipartimento Amministrativo, di Direzione Sanitaria e di Staff, garantendo il necessario raccordo tra la prevenzione della corruzione e la trasparenza e la valutazione della performance.

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

La sostenibilità ambientale si affianca e rinforza 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.

Il Piano della Performance 2022/2024

L'ASST 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 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 alla pagina internet: <https://www.asst-monza.it/en/performance>.

Le linee di indirizzo aziendali vengono declinate nella programmazione operativa attraverso l'assegnazione di obiettivi di budget a tutte le Strutture aziendali. 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 2022;
- 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 2022 si articola, indicativamente, secondo il seguente cronoprogramma:

FASE 1		
Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori		
ATTIVITA'	STRUTTURE COINVOLTE	PERIODO
Analisi preliminare, stesura documenti e individuazione obiettivi strategici, Piano della performance 2022-24	Direzione Strategica Controllo di Gestione	gennaio 2022
Incontro con il Collegio di Direzione per la presentazione degli obiettivi strategici ed avvio del processo di budget	Direzione Strategica Collegio di Direzione	18 gennaio 2022
Incontri e assegnazione Obiettivi ai Direttori di Dipartimento/Struttura	Direzione Strategica Direttori di Dipartimento Direttori di Struttura Controllo di Gestione	febbraio 2022
Assegnazione definitiva e sottoscrizione schede di budget	Direzione Strategica Controllo di Gestione	marzo 2022

FASE 2		
Monitoraggio e attivazione di eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione intermedia e finale della performance		
ATTIVITA'	STRUTTURE COINVOLTE	PERIODO
Monitoraggio mensile, rendicontazione trimestrale ed eventuale rinegoziazione degli obiettivi	Direzione Strategica Controllo di Gestione Direttori Dipartimento Direttori di Struttura	da aprile 2022 a gennaio 2023
Verifica di fine anno del raggiungimento degli obiettivi e assegnazione punteggio scheda di budget	Direttori del Dipartimento Direzione Strategica	febbraio/marzo 2023

Con la costituzione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST, avvenuta con delibera del Direttore Generale n. 55 del 17/1/2017, ha preso avvio una nuova fase di revisione e consolidamento degli strumenti di gestione della performance dell'ASST. Tale Nucleo è stato prorogato, con deliberazione n. 67 del 22.01.2020, fino alla costituzione dei nuovi nuclei in attuazione delle recenti indicazioni normative di cui alla L.R. 23/2019, articolo 16, avvenuta con delibera del Direttore Generale n. 1131 del 29 luglio 2021, con decorrenza 1° settembre 2021 (dati pubblicati alla pagina internet: <https://www.asst-monza.it/oiv>).

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST Monza:

- 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;



ASST Monza

- 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.

Per quanto riguarda l'anno 2020, il 22 luglio 2021 il Nucleo di Valutazione ha approvato la "Relazione annuale sullo stato del funzionamento del sistema complessivo della valutazione della trasparenza ed integrità dei controlli interni", documento pubblicato alla pagina internet dedicata alla performance (link: <https://www.asst-monza.it/performance>).

Performance istituzionale

L'ASST partecipa all'attuazione delle politiche sanitarie regionali, delineate dalle "Regole per la Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale" e declinate negli obiettivi di sviluppo assegnati annualmente ai Direttori Generali delle aziende sanitarie con delibera di Giunta Regionale. Il perseguimento degli obiettivi regionali è obiettivo prioritario aziendale.

Per il 2022 Regione Lombardia ha definito gli obiettivi di sviluppo, assegnati alle ASST e ATS con D.G.R. n. XI/5832 del 29.12.2021.

Al fine di garantire il pieno raggiungimento, gli obiettivi regionali sono stati estesi alla Direzione Strategica ed assegnati ai referenti interni individuati per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione, e saranno 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.

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. Pertanto le direttive strategiche di cui al presente paragrafo saranno riprese in continuità dalla programmazione della costituenda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori.

La declinazione degli obiettivi regionali 2022 è rappresentata nella seguente tabella:

n.	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	PESO	Direttore Strategico	Referente interno	Strutture coinvolte (*)
1	Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi Garanzia di almeno l'8% del personale medico e	20	Direttore Sanitario	Silvia Crippa Luca Bresolin	DST, SITR, DMP, GAAC, GOP, MDL, UTP, GAC, SIA, MIC



		infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi				
2	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	20	Direttore Sanitario	Gianluigi Rossi	UTP, SIC, SIA, GAC
3	Attuazione legge regionale n. 22/2021	Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto (no IRCCS) Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare	10	Direttore Amministrativo	Ingrid Sartori	GDP, DMP, Dipartimenti Sanitari e Amministrativo
4	Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. Per gli erogatori dotati di sistema di chirurgia robotica rispetto dei target previsti con DGR n. XI/5450 del 3.11.2021. Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.	15	Direttore Sanitario	Luca Bresolin	DMP, CDG, GAAC, LAB, MINF, GAS, ENDO, SERD, Strutture sanitarie di erogazione ricoveri e ambulatoriale
5	Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	20	Direttore Sanitario	Luca Bresolin	Strutture sanitarie di erogazione, DMP, CDG, GAAC, GOP
6	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	15	Direttore Amministrativo	Gianluigi Rossi	UTP, SIC, SIA, SPP
7	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	0	Direttore Sanitario	Giuseppe Citerio	Reparti di degenza, Coordinatore Locale
8	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	0	Direttore Amministrativo	Toni Genco	ECF, Centri di acquisto
9	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	0	Direttore Amministrativo	Roberta Mazzoli	Strutture amministrative e Staff



		TOTALE PUNTI	100		
--	--	--------------	-----	--	--

Obiettivi strategici 2022/2024 di performance istituzionale

La performance istituzionale nel triennio sarà valutata con riferimento ai seguenti macro obiettivi:

n.	Area	Obiettivo strategici	Indicatore	Atteso 2022/2024
1	Politiche sanitarie regionali	Piena adesione alle attività previste per il raggiungimento degli obiettivi regionali	% valutazione obiettivi regionali	Tendenziale 100%
2	Trasparenza e anticorruzione	Piena attuazione delle misure generiche e specifiche previste	Corretta applicazione delle norme	Nessuna segnalazione di irregolarità
3	Riconoscimento della costituenda Fondazione IRCCS	Avvio della nuova Fondazione IRCCS San Gerardo Dei Tintori	Definizione del nuovo assetto organizzativo, predisposizione degli strumenti gestionali e avvio delle attività	Piena operatività
4	Cantiere di ristrutturazione San Gerardo	Programmare le attività sanitarie al fine di ridurre i disagi correlati allo svolgimento delle attività del cantiere	Volumi di attività	Mantenimento

Performance organizzativa

In conformità con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, la programmazione strategica aziendale trova attuazione mediante la declinazione degli obiettivi aziendali (performance istituzionale) alle articolazioni organizzative (performance organizzativa) attraverso lo strumento del budget, con assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali (performance individuale).

Gli ambiti verso i quali si orienta la programmazione operativa nella declinazione degli obiettivi di budget sono così articolati:

1. Attuazione delle politiche sanitarie regionali
2. Risposta ai bisogni di cura e di presa in carico
3. Efficienza organizzativa, dei processi e dei fattori produttivi
4. Qualità dei processi sanitari ed amministrativi e delle relative prestazioni

L'articolazione di massima degli obiettivi operativi e la strutturazione dei relativi indicatori è la seguente per 2022:

Area strategica	Obiettivo Operativo	Indicatore/valore atteso
Attuazione delle politiche sanitarie regionali	Volumi di prestazioni	Erogazione dei volumi di prestazioni proporzionali alle risorse assegnate (posti letto e sedute operatorie per l'elezione, risorse umane) in attuazione del piano di ripresa 2022
	Tempi di attesa	Garantire il rispetto dei tempi di attesa definiti dalla programmazione regionale (ricoveri oncologici, ricoveri non oncologici, diagnostica per immagini, prime visite)
	Screening	Garantire la piena adesione ai programmi di screening regionali e di ATS (colon-rettale, mammografico, cervice uterina, HCV)



	Contrasto al COVID	Garantire i livelli di offerta di tamponi e vaccini anti COVID
	Attuazione LR 22/2021	Adozione POAS , istituzione e attivazione dei Distretti
	Investimenti	Rispettare il cronoprogramma degli investimenti finanziati
	Potenziamento della Rete Territoriale	Rispettare il cronoprogramma di attivazione delle strutture territoriali Centrale Operativa Territoriale (COT), Ospedali di Comunità (OdC) e Case di Comunità (CdC)
	Donazione di organi e tessuti	Rispettare i target regionali di donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto
	Anticorruzione e Trasparenza	Garantire l'attuazione di misure generiche e delle misure specifiche previste nel PTPCT
	Tempi di pagamento	Rispettare i tempi di pagamento previsti dai contratti di fornitura
Risposta ai bisogni di cura e di presa in carico	Volumi di prestazioni	Mantenere i volumi di attività non soggette al piano di ripresa
	Telemedicina	Dare continuità alle modalità erogative di telemedicina in continuità con le iniziative 2021
Efficienza	Costi	Mantenere il costo medio/1000€ dei dispositivi medici
Qualità dei processi sanitari ed amministrativi e delle	Avvio della costituenda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori	Adeguamento degli strumenti operativi al fine di garantire l'avvio del modello organizzativo della costituenda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
	Processi amministrativi di adozione atti	Miglioramento dei processi amministrativi di adozione atti

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, calcolato come sommatoria dei punti misurati secondo i criteri di valutazione di ciascun obiettivo, su un 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, e sarà ispirato, nelle metodologie e procedure, ai 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.

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



ASST Monza

- a) agli indicatori di performance 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 nella direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione, nonché nel Piano della performance. Tra tali obiettivi sono ricompresi anche gli obiettivi, declinati nelle schede di budget, di attuazione delle misure generiche e specifiche di **prevenzione della corruzione e per la trasparenza**, 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 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.

Ascolto, partecipazione e valutazione partecipativa

L'ASST 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.

Per il triennio 2022/2024 sono previsti, in particolare, azioni di miglioramento nelle aree critiche relative all'orientamento e all'accessibilità fisica e digitale, qui sintetizzati:

	CRITICITA' -> AREA DI INTERVENTO	PROGETTI	OBIETTIVI
1 ACCESSIBILITA' FISICA PROGETTO SEGNALETICA AZIENDALE	la Palazzina Accoglienza ed i corridoi di congiunzione ai settori sono tappezzati di informazioni disordinate, rovinate, spesso inappropriate e obsolete, contribuendo a complicare, piuttosto che semplificare, i percorsi di accesso degli utenti	le informazioni devono essere chiare, ben visibili (grandezza, colore, posizionamento adeguati) e gestite nell'osservanza di alcune regole (ad oggi mancanti). L'ufficio comunicazione, l'ufficio tecnico e il RSSP provvedono a realizzare sia una mappatura dello stato di fatto con la proposta di una serie di interventi da effettuare (e relativi costi) sia un regolamento	1 - redazione del regolamento per le affissioni che dia indicazioni su come e dove affiggere il materiale cartaceo e indichi chi è responsabile dell'osservanza del regolamento 2 - diffusione del regolamento a tutti i reparti aziendali 3 - acquisto di materiale di supporto alla gestione delle informazioni



<p>2</p> <p>ACCESSIBILITA' FISICA</p> <p>PROGETTO CON ASSOCIAZIONI</p>	<p>i pazienti fragili, spesso soli perché solo accompagnati in ospedale per visite e terapie, faticano ad orientarsi; la valorizzazione delle Associazioni che già operano all'interno dell'Ospedale può passare anche dal loro coinvolgimento in un progetto che sfrutti le sinergie in un progetto comune</p>	<p>il progetto prevede la partecipazione ed integrazione di più associazioni che, lavorando trasversalmente rispetto alle loro aree cliniche di riferimento, potenzino e, soprattutto, migliorino l'accompagnamento (ma anche il "sentirsi accompagnati") e l'orientamento dei pazienti fragili all'interno dei reparti ospedalieri</p>	<p>formazione, gestione ed organizzazione di personale volontario che a turno da lunedì a venerdì, soprattutto la mattina, svolga un servizio di accompagnamento dall'accesso in ospedale ai reparti/ambulatori e che sia anche in grado di fornire indicazioni su aspetti amministrativi/burocratici dell'ospedale</p>
<p>3</p> <p>ACCESSIBILITA' DIGITALE</p> <p>PROGETTO SU QUALITA' PERCEPITA</p>	<p>la raccolta delle segnalazioni/encomi e delle customer di ambulatori e reparti avviene attraverso la compilazione di moduli cartacei: i primi vengono inviati per lo più via mail, i secondi vengono imbucati in cassette postali ad hoc. Soprattutto per la raccolta delle customer, questa modalità rappresenta un ostacolo perché presuppone la compilazione dei questionari in ospedale e spesso le persone hanno fretta o non sono emotivamente predisposte</p>	<p>Progetto 1: moduli "reclami" ed "encomi" in modalità ON LINE: gli utenti sceglieranno tra reclamo o encomio e successivamente inseriranno nome, cognome, email, telefono e autorizzazione alla privacy e in un campo testo il contenuto della segnalazione. Progetto 2: moduli customer (qualità percepita) "ambulatoriali" e "degenza". In questo modo gli utenti che al termine di una visita o della degenza non hanno avuto tempo o semplicemente voglia di compilare i moduli, possono farlo tranquillamente da casa o da device. Progetto 3: Tap my life con il SIA. Geolocalizzazione degli utenti con una App.</p>	<p>creazione di un banner in home page "qual è la vostra opinione" oppure "la vostra opinione conta" che porti direttamente ai form relativi a reclami, encomi, customer ambulatoriale e dei reparti e che, al momento dell'invio, pervengano all'URP attraverso il collegamento alla mail urp@asst-monza.it</p>
<p>4</p> <p>REFERTI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p> <p>SCARICABILI ON LINE</p>	<p>le immagini che accompagnano i referti di diagnostica per immagini vengono consegnati su supporto CD che deve essere ritirato e spedito con conseguenti ritardi e rischi di disagi</p>	<p>attivazione piattaforma digitale per la distribuzione da remoto delle immagini</p>	<p>i referti di diagnostica per immagini sono messi a disposizione su piattaforma digitale consultabile on line dai pazienti</p>

Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024

L'ASST Monza 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 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), 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 al P.N.A. 2019, 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 dall'Azienda e le misure per la gestione dei rischi corruttivi, adottate dall'ASST, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione

Come da indicazioni dell'ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT 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 della Direzione Strategica, 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 fissati dal Direttore Generale.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST Monza si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, l'Azienda 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 dell'Azienda. 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 deve 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 dell'Azienda, 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.

2. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

1. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)



ASST Monza

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 del Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale (inserito nella 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 dell'Azienda, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione al Direttore Generale 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 la Direzione Strategica lo richieda, 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 dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'Azienda, 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;



ASST Monza

- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- al Direttore Generale 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 dal Piano, 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 delle performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

In ASST Monza il ruolo di RPCT è stato attribuito con deliberazione n 670 del 30/06/2016 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 Risorse Umane.

2. 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 del PTPCT, 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 dell'ASST Monza sono:

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



1. Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- approva il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali ad esempio i Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2. Il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio

Con deliberazione n. 42 del 16/01/2020 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 amministrativo 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. Economico-Finanziaria;
- b) informare la Direzione Aziendale 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. Economico-Finanziaria e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e previa comunicazione alla Direzione Aziendale;
- 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 dell'ASST Monza.

3. La Commissione per l'Internal Auditing

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'ASST Monza è stata costituita una Commissione per l'Internal Auditing composto da:

- Responsabile S.S. Qualità, Accreditamento, Internal Auditing (IA) e Gestione del Rischio Clinico o suo delegato;
- Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;



ASST Monza

- 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. Economico Finanziaria o suo delegato o suo delegato;
- Direttore della S.C. Direzione Medica Monza o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili in ASST Monza 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 Generale 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 ASST Monza, 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.

4. I Dirigenti di Struttura

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, della Commissione per l'Internal Auditing 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 alla e-mail 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 in Azienda 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 nel PTPCT inserito nel PIAO e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure contenute nel PTPC;
- 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 del PTPCT contenute 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 del Piano stesso. I dirigenti, 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 del PTPCT.

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. Lgs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web aziendale sono sanzionati a carico dei responsabili della struttura.

I Dirigenti individueranno entro il 30.06.2022 **un referente interno** alla propria Struttura che si occuperà 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.

5. 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 delle performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. Lgs. n. 150/2009.

Per quanto riguarda la gestione del rischio corruttivo e della trasparenza, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST Monza 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;



ASST Monza

- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
- anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PTPCT 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 al Direttore Generale;
- 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 alla prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

6. 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.

7. 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), con deliberazione n. 15 del 29.1.2016, l'ASST Monza ha nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il Dott. Giordano Repposi, Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato.

8. I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- 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 nel PTPCT e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e contenute nel PTPCT 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.

9. 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 dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente documento.

3. Processo e modalità di predisposizione del PTPCT

In conformità a quanto previsto nel P.N.A. 2019, il testo del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASST Monza (inserito nel presente PIAO) è stato sottoposto ad ampio processo di esame e condivisione che coinvolge l'intera amministrazione. Si indicano di seguito le principali fasi del processo di adozione:

- elaborazione della proposta relativa al PTPCT quale sezione del PIAO da parte del RPCT, sulla base dei risultati del monitoraggio espletato e degli aggiornamenti intervenuti nella mappatura del rischio corruzione in seguito all'attività di revisione annuale;
- invio della proposta di bozza del PTPCT ai Dirigenti 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;
- esame, validazione e approvazione da parte del Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato per legge;
- pubblicazione sul sito web aziendale 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 aziendale 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:

1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI



3. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO
4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO CON IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
5. MONITORAGGIO E RIESAME.

1. 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 l'ASST Monza 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 dell'amministrazione.

2. 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 dell'Azienda, 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 quindi anche l'Azienda, 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

5. 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.



ASST Monza

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 distinguere 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 malasania, 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.

La comprovata efficienza del "modello sanitario lombardo" non è bastata a fare argine a fenomeni ambientali di legalità "intermittente", aprendo di conseguenza varchi anche a soggetti criminali esterni al sistema. Tra questi la 'ndrangheta, più di qualsiasi altra organizzazione mafiosa, è stata in grado di attuare una forma di contaminazione "multilivello" del settore, perseguendo sia necessità contingenti, sia strategie diversificate di più lungo respiro. Il problema non ha tuttavia interessato egualmente l'intera regione, ma si è concentrato lungo *il versante occidentale* lombardo dove si sono registrati i maggiori episodi di contaminazione accertati (o in corso di accertamento), ricalcando appunto -ecco di nuovo l'importanza del contesto- le forme di distribuzione geografica della stessa organizzazione 'ndranghetista, i cui indici di presenza sono mediamente più elevati proprio nell'area occidentale della regione. La mappa che segue indica graficamente le provincie maggiormente



interessate dal fenomeno (infiltrazione o tentata infiltrazione), o in cui si sono verificati casi di utilizzo logistico delle strutture ospedaliere come luoghi di incontro da parte degli esponenti mafiosi, anch'esso segno (certo minore), di una contaminazione subita dagli ambienti sanitari locali.

Le relazioni annuali di Autorità qualificate

Si rinvia alle Relazioni annuali del Procuratore generale della Procura Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello di Milano e del Presidente della Sezione giurisdizionale per la Lombardia Antonio Caruso all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2020 della Corte dei Conti.

L'emergenza epidemiologica internazionale da Coronavirus (SARS-COV2)

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020, alla luce della Dichiarazione del 31/01/2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in merito all'emergenza sanitaria dovuta a SARS-COV2, denominata COVID-19 ed alla diffusa crisi internazionale determinata dal diffondersi della pandemia, con conseguente rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, è stato dichiarato per sei mesi lo stato di emergenza nazionale, che ha imposto l'assunzione di immediate iniziative di carattere straordinario per la tutela della salute della collettività.

Lo stato di emergenza è stato dapprima prorogato al 31 gennaio 2021, a seguito dell'emanazione del decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125 **"Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020"** e successivamente prorogato con molteplici decreti al 31 marzo 2022.

La situazione senza precedenti non prevedibile, sia per rapidità di diffusione del contagio, sia per le specifiche peculiarità della nuova e sconosciuta infezione, ha comportato, da parte delle istituzioni internazionali (OMS) ed anche di quelle nazionali e regionali, l'assunzione di una cospicua attività normativa e provvedimentale, caratterizzata da:

- eccezionalità e specialità, in quanto emanata in uno specifico scenario diverso da quello ordinario, caratterizzato dall'esigenza primaria di tutelare la salute pubblica;
- progressività, in quanto la normativa emergenziale è stata adottata e aggiornata avendo riguardo all'evoluzione dell'epidemia e delle conoscenze, gradualmente acquisite in un ambito così nuovo, sperimentale e di non facile interpretazione e gestione;
- complessità per la molteplicità delle disposizioni sovranazionali, nazionali e regionali, comprese numerose ordinanze e circolari che, dall'inizio dell'emergenza sanitaria (gennaio 2020) ad oggi si sono susseguite, spesso sovrapponendosi.

La necessità di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza sanitaria, consentendo ai soggetti pubblici di procedere all'acquisto di lavori, servizi e forniture con celerità, ha comportato l'adozione di interventi normativi in materia, con modifiche al Codice dei contratti pubblici, mediante decretazione d'urgenza e altri strumenti straordinari, quali le ordinanze adottate dal Capo della Protezione Civile. Gli interventi in parte rivestono natura sostanziale, con deroghe e modifiche alle disposizioni in materia di contrattualistica pubblica, e in parte natura procedurale, finalizzati a perseguire esigenze di snellimento e di accelerazione più idonee a fronteggiare l'emergenza in atto rispetto alle tempistiche imposte dal ricorso alle procedure ordinarie.

Gli acquisti legati all'emergenza hanno riguardato principalmente le forniture di dispositivi di protezione, ventilatori e camici.



La quasi totalità degli affidamenti è stata effettuata mediante procedure senza pubblicazione del bando o tramite affidamento diretto, con un ruolo predominante delle centrali di committenza e degli organi centrali.

Nella maggior parte dei casi sono state scelte procedure a invito, che assicurano un minimo confronto tra più offerte e migliori rapporti qualità/prezzo, mentre il minor numero di affidamenti diretti è verosimilmente riconducibile ai casi di effettiva estrema urgenza.

Ciò dimostra una certa capacità delle amministrazioni di maggiori dimensioni di utilizzare i numerosi e articolati strumenti emergenziali che il Codice prevede.

I problemi non sono tuttavia mancati, come dimostrano anche gli interventi della Magistratura, e per questo l'ANAC ha avviato una indagine conoscitiva con il coinvolgimento del Dipartimento della Protezione Civile e del Commissario per l'emergenza, che hanno già fornito alcuni elementi utili.

Periodicamente si è assistito al ripetersi di fatti corruttivi, persino nell'attuale fase di emergenza sanitaria, con numerosi casi scoperti dall'Autorità giudiziaria, a conferma di quanto il fenomeno continui a essere una piaga sociale.

Relazione approvata dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) del primo semestre 2020

La relazione approvata dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), relativa al primo semestre 2020 ha evidenziato come, nel semestre di riferimento la propria attività è risultata significativamente condizionata dalla situazione di emergenza conseguente la pandemia da Covid-19: *"l'Organismo ha, sin da subito, promosso un'intensa attività volta a ricercare nuovi equilibri di sistema che, senza comprimere le funzioni di controllo, le rendessero compatibili con le indispensabili esigenze di celerità"*.

Relazione approvata dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) del secondo semestre 2020

La relazione del secondo semestre dall'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) riporta *"(.....) Si è operata una celere ricognizione delle principali fonti di rischio legate all'emergenza e sono stati individuati i flussi informativi necessari ad ORAC per supportare gli enti durante la crisi. Le principali fonti di rischio sono state individuate nella gestione e rendicontazione delle rilevanti entrate derivanti da erogazioni liberali, nelle procedure di affidamento in deroga al codice dei contratti, pur consentite dalla legislazione emergenziale, e nelle varianti ai contratti in corso di esecuzione."*

6. Analisi del contesto interno e mappatura dei processi

Contesto interno organizzativo

Per la consultazione dei dati che riguardano il contesto organizzativo dell'ASST Monza si rimanda alle analisi esposte nella sezione specifica – Struttura organizzativa e a quanto descritto in premessa a proposito del percorso di riconoscimento dell'ASST Monza quale IRCCS.

Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei 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 triennio 2022 - 2024"](#) al presente Piano:

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 aziendali 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;
8. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA;
9. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, SPERIMENTAZIONI E SPOSORIZZAZIONI, SERVIZIO DIPENDENZE E SERVIZIO UNIFICATO DI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA.

Nella tabella [Allegato 1](#) al presente Piano sono riportati tutti i processi/fasi oggetto della mappatura per i quali sono stati individuati rischi corruttivi.

7. 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 triennio 2022 - 2024"](#) 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 2022 verrà effettuata l'analisi dei rischi dei processi relativi al sistema antiriciclaggio.

8. Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione

Contenuto essenziale del PTPCT 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 Dirigenti 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 - anno 2021

Il RPCT annualmente predisponde, 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 aziendale 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 con la collaborazione della Commissione Internal Auditing, 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 Piano, inviato alla Direzione Strategica.

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell'aggiornamento del Piano per l'anno successivo.

Alla data di approvazione del presente Piano, l'attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione al 31/12/2021 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate (n. 60) e degli obiettivi assegnati, così come riportati nell'Allegato 2 al PTPCT 2021 -2023, pari a circa il 97% 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 2022.

Le misure di prevenzione della corruzione

L'ASST Monza, proseguendo la strategia di prevenzione della corruzione adottata negli anni precedenti, 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 l'Azienda 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 componenti della Commissione Internal Auditing, 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.

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

In considerazione dell'emergenza sanitaria da virus Covid-19, e conseguentemente, della parziale sospensione dei corsi in aula, ASST Monza ha potuto realizzare i seguenti corsi, previsti nel piano formativo aziendale 2021:

Prevenzione della corruzione – Monitoraggio e prospettive nel contesto dell'emergenza sanitaria – Edizione del 21.9.2021;

La certificazione ISO 37001:2016 - Sistema di Gestione Anticorruzione – Edizione del 8.11.2021;

Formazione antiriciclaggio nella Pubblica Amministrazione – Edizione del 14.12.2021.

Per l'anno 2022 saranno proposti nel Piano Formativo Aziendale 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 all'Azienda, 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 riferisce 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.

L'ASST Monza 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'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 aziendale www.asst-monza.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Altri contenuti – Corruzione.

Codice etico e di comportamento

Il Codice etico e di comportamento aziendale, è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Azienda 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.

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 implicino 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'ASST 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'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". Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale 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 è stato 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. Lgs. 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 è stato 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, l'Azienda 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'Azienda, 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 2019 è stata avviata la programmazione ordinaria all'interno delle strutture a rischio di corruzione, che ha comportato anche una rivalutazione organizzativa interna da parte dei responsabili di struttura, completata a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 nell'anno 2020.

Nel corso del 2021 l'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'ASST Monza, ciò comportando una rotazione naturale personale.

Per l'anno 2022 ci si propone di stendere una puntuale mappatura degli incarichi/funzioni delle S.C. a maggior rischio corruttivo (S.C. Gestione Risorse Umane, S.C. Economico-Finanziaria, S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Tecnico Patrimoniale, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Servizio Informativo Aziendale).

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.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli direttori aziendali, Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, (in Regione Lombardia anche al Direttore Sociosanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, precisando che: "*Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39*".

Alla luce di quanto sopra, 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 limitatamente agli incarichi conferiti dall'Azienda al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'Amministrazione Regionale, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, apposita dichiarazione. Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web dell'ASST Monza nella sezione Amministrazione Trasparente.

Gestione dei conflitti 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.

L’ASST, 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 aziendale, 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 dell’Azienda.

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’ASST, con deliberazione n. 2286 del 18.12.2018, ha approvato il Regolamento 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, l’Azienda ha già da tempo 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 aziendale, il dovere di astensione è d’obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell’interesse dell’azienda e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell’azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.



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 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 dall'Azienda poteri autoritativi e negoziali, attraverso i dati raccolti anche sulle autorizzazioni concesse agli stessi per attività extra ufficio.

La cartella risulta regolarmente alimentata ed utilizzata nel corso dell'anno 2021.

Il Sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità.

Presso l'ASST di Monza sono presenti i controlli di seguito riportati:

- 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 performance/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, Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4979 del 30.03.2016), organo dell'ASST che ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo dell'ASST 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 al Direttore 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 socio-sanitari sia tecnico amministrativi;
- o **il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;**
- o **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).

Con deliberazione n. 1715 del 19.11.2020 l'ASST ha disposto di affidare, a decorrere dal 19.11.2020 il "Servizio di DPO Data Protection Officer in ambito Data Protection - trattamento dei dati personali Regolamento 679/2016/UE" alla società Gruppo Ecosafety S.r.l. di Roma, che ha conferito l'incarico di DPO - Data Protection Officer (Responsabile del Trattamento dei Dati) dell'ASST di Monza all'avv. Alessia Vincenza Ferrari;

- o **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;
- o **Il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)** (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l'insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni all'ASST 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;
- o **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;
- o **Le attività con finalità di antiriciclaggio** (art. 10 del D. Lgs. 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.

Le misure specifiche



Vengono di seguito evidenziate le 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.

A) Area di rischio **CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi**

Ogni anno l'Azienda procede, contestualmente all'approvazione del bilancio preventivo, all'approvazione del programma annuale per l'acquisizione di beni e servizi e all'approvazione dell'elenco annuale dei lavori ricompresi nel programma triennale relativi all'esercizio successivo.

Al tal fine i responsabili delle SS.CC. Gestione Acquisti ed Economato, Tecnico-Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Farmacia, Affari Generali e Legali e Servizio Informativo Aziendale presentano entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione -previa acquisizione, ove necessario, del parere della Commissione HTA aziendale (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT) alla Direzione Generale contenente:

- a) un'analisi motivata delle effettive esigenze di beni e servizi da soddisfare nel nuovo esercizio attraverso una valutazione quantitativa e qualitativa svolta sulla base della propria esperienza pregressa e/o delle esperienze delle altre aziende del Sistema Sanitario Regionale e/o nazionale da cui possa derivare un miglioramento dell'economicità e/o dell'efficacia dell'azione amministrativa; una valutazione dei costi/benefici dell'affidamento dei servizi all'esterno, anche con riferimento al lungo periodo, in luogo della gestione diretta degli stessi con personale dipendente;
- b) l'individuazione dell'oggetto dei contratti, degli importi presunti, della relativa forma di finanziamento, del Responsabile Unico del Procedimento (RUP);
- c) una valutazione delle alternative contrattuali e procedurali possibili al fine di individuare la soluzione più efficiente ed efficace per il soddisfacimento dei bisogni; in tale valutazione rientra anche la scelta tra l'esperimento di un'autonoma procedura di gara o il ricorso a strumenti di centralizzazione (salvo i casi in cui quest'ultimi siano imposti per legge o provvedimenti regionali).

Sono di seguito riportate le misure già introdotte negli anni 2016/2021, che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate altresì nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**.

Clausola di divieto di 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.

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'integrità*" 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.

Programmazione dei fabbisogni

La programmazione dei fabbisogni permette di minimizzare il ricorso a procedure di acquisto in economia riducendo i costi di approvvigionamento e rendendo più efficiente il processo di approvvigionamento interno all'Azienda.

L'art.1, comma 505 della Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n.208) aveva già previsto l'obbligo di approvazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, entro il mese di ottobre di ciascun anno, di un **programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario superiore al milione di Euro.**



Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, deve indicare **l'oggetto delle prestazioni, la quantità, ove disponibile il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche**. Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alla S.S. Controllo di Gestione, e pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico dell'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'ANAC, nonché nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'art. 21 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i. (nuovo Codice dei contratti pubblici) rafforza il concetto di programmazione dei fabbisogni, specificando che *"Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio" ... "Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indicano" ... "i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilanci...."*

"Il programma biennale di forniture e servizi e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"

"Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'azienda, sul sito informatico del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio..."

A ciò si aggiunge l'entrata in vigore del D. L.gs. 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici", modificato dal c.d. "correttivo" D. L.gs. 19 aprile 2017, n. 56, che ha innovato **la gestione delle procedure di gara e la fase dell'esecuzione, modificando significativamente le modalità operative in materia di appalti pubblici e concessioni. Da ultimo il suddetto Decreto è stato aggiornato con il D.L. 31.05.2021 n. 77 "Governance del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" convertito con legge 29.07.2021 n. 108.**

Ne è derivata la necessità, emersa dalle S.C. Gestione Acquisti, S.C. Gestione Tecnico-Patrimoniale, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Economico-Finanziaria, S.C. Affari Generali e Legali di agire negli ambiti nei quali la normativa lascia spazio alla semplificazione dell'azione amministrativa, cosicché, da un lato, non si aggravi il procedimento e, dall'altro, pur nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti, si possa garantire agli operatori quella flessibilità che consente di realizzare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, mediante il Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie, adottato con deliberazione n. 2150 del 4.12.2018. Si ravvisa la necessità di aggiornare tale Regolamento entro il 31.12.2022.

Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza rivestono le misure per affrontare, in modo sistemico e strategico, le situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse, considerato che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso coloro che utilizzano i beni acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possono essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

In particolare, per le richieste di acquisto di beni esclusi o infungibili, occorre prestare ancor maggior attenzione a potenziali e/o effettivi conflitti di interesse che possono riguardare il sanitario che dichiara la necessità di acquisto di un bene di tal natura.



ASST Monza

Per il ricorso a procedure negoziate, senza previa pubblicazione di un bando, per l'acquisto di forniture e servizi ritenuti esclusivi/infungibili, l'Azienda aveva già adottato nel corso del 2018 le seguenti misure:

- documento unico, condiviso tra i Responsabili dell'area dei contratti pubblici, che definisce, l'iter da seguire per acquisizioni di beni esclusivi/infungibili, coinvolgendo e sensibilizzando i sanitari interessati;
- predisposizione di una modulistica per le proposte di acquisto di tali beni, che contempli anche le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse.

Con DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Regione Lombardia, nell'Allegato C alla medesima DGR, ha definito Linee Guida che si propongono di fornire indicazioni circa le modalità da seguire nei casi in cui le stazioni appaltanti, al ricorrere dei presupposti individuati dal legislatore nel Codice dei Contratti Pubblici, all'art. 63, decidano di attivare procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando, finalizzate all'acquisizione di beni e servizi infungibili e in regime di esclusività tecnica.

Si precisa che infungibilità ed esclusività non sono sinonimi:

L'Infungibilità attiene ad aspetti funzionali e di risultato, in quanto il bene/servizio non può essere sostituito da altro bene/servizio in grado di soddisfare il medesimo bisogno.

L'Esclusività attiene ad aspetti giuridici e commerciali (vale a dire vi è la sussistenza di protezione del bene discendente da brevetto o privativa industriale), ma indipendentemente da ciò può essere sostituito da altro bene che soddisfi il medesimo bisogno.

In considerazione della DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Allegato C, i Direttori della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, delle SS.CC. Tecnico-Patrimoniale, Farmacia, Ingegneria Clinica e SIA, avranno l'obbligo di trasmettere alla Direzione Strategica **una rendicontazione periodica semestrale sugli acquisti di beni e servizi infungibili**, specificando le tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto. Tale report dovrà essere trasmesso in copia anche al RPCT.

Alternanza nel ruolo di responsabile unico del procedimento

Al fine di evitare situazioni di contiguità con le imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) ed assicurare la terzietà ed indipendenza del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) deve essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento, che la normativa di settore configura come non appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa, e che pertanto può essere affidato anche a personale del Comparto, purché in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

I Responsabili delle aree a rischio – Contratti Pubblici – dovranno predisporre una relazione annuale sulle modalità di assegnazione del ruolo di RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente, da far pervenire entro il 31 dicembre di ciascun anno al RPCT.

Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza riveste la scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici, che si occupano di valutare, dal punto di vista tecnico ed economico, le offerte pervenute nell'ambito di una procedura di gara.

L'ANAC, con delibera n. 1190 del 16/11/2016, ha emanato le Linee Guida n. 5 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle



commissioni giudicatrici”, così come previsto dall’art. 78 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., ed ha definito i criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell’Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici. Le Linee Guida n. 5 sono state aggiornate con deliberazione del Consiglio dell’ANAC n. 5 del 10.01.2018.

Esse devono essere composte da esperti nello specifico settore cui afferisce l’oggetto del contratto, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 77, co. 3 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che nello specifico dispone che:

- i commissari siano scelti tra gli esperti iscritti ad apposito Albo dei componenti delle commissioni giudicatrici, istituito presso l’ANAC, da individuarsi mediante pubblico sorteggio tra una lista di candidati comunicata dall’ANAC;
- nel caso di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia di cui all’art. 35 del medesimo D. Lgs. n. 50/2016 e s. m. i. o per quelli che non presentino particolari complessità, è fatta salva la facoltà della stazione appaltante di nominare componenti interni, nel rispetto del principio di rotazione.

L’Autorità ha tuttavia differito più volte il termine di avvio del sistema dell’Albo dei commissari di gara, confermata la sospensione anche dal d.l. 77/2021 che la estende al 30/06/2023; resta pertanto in capo alla stazione appaltante la scelta dei componenti la commissione giudicatrice.

B) Area di rischio INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale

L’ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel SSN, tra le aree a rischio di corruzione. Il rischio connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all’uso distorto della discrezionalità assume un rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia di servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l’incarico comporta.

Al fine di garantire la tutela ed il perseguimento dell’interesse pubblico, occorre attivare processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l’utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l’integrità del professionista aspirante all’incarico.

Sono di seguito riportate le misure già introdotte nei Piani precedenti e che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate, altresì, nell’**Allegato 2 “Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità”**.

Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità

Al fine di garantire che le procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e la loro eventuale revoca, sempre nel rispetto dei CC.CC.NN.L. delle rispettive categorie e della normativa nazionale in materia, non comportino delle distorsioni dovute ad eccessiva discrezionalità nelle scelte, così come già suggerito dall’ANAC nella Determinazione n. 12/2015 di aggiornamento del PNA, l’ASST Monza ha approvato con deliberazione n. 525 del 9/12/2021 il *“Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità”*.

Il suddetto Regolamento definisce le procedure per l’affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali al personale dell’Area medica e sanitaria, con la finalità di garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduazione degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.



Controlli sulle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

L'ASST, 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, a suo tempo adottato con decreto n. 1226 del 4/12/2015 ed esteso a tutto il personale dell'ASST Monza con deliberazione n. 220 del 22/03/2016.

Nel corso dell'anno 2021 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 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.

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”*, l'ASST Monza a decorrere dal 2017 ha inserito nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

C) Area di rischio AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

La Determinazione n. 12 del 28/10/2015, assunta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e riguardante l'aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione, ha fornito alcune ulteriori indicazioni in merito alla individuazione delle aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi integrandone l'elencazione con quelle, in particolare, relative allo svolgimento delle attività di gestione del contenzioso.

La legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, ha regolamentato la normativa in materia di responsabilità sanitaria, introducendo nuovi adempimenti in capo alle Strutture Sanitarie - quali, tra gli altri, l'obbligo di informazione all'esercente la professione sanitaria coinvolto nell'evento che ha determinato la richiesta risarcitoria, del giudizio basato sulla sua responsabilità, nonché dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.



Con deliberazione n. 770 del 5/6/2019 è stata ridefinita la composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale alla luce della nuova normativa ed è stata approvata la nuova “Procedura operativa - Gestione dei sinistri”, che evidenzia, in particolare, il coordinamento funzionale fra il risk manager e le componenti legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la Direzione Aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere (ved. “Linee operative Risk Management in Sanità – anno 2019”).

Pubblicazione dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati

La legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, art. 4 “Trasparenza dei dati”, dispone che “le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge”. La S.C. Affari Generali e Legali provvedere ad aggiornare annualmente il dato pubblicandolo sul sito web aziendale.

D) Area di rischio GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Gestione beni immobili

Oltre alle misure di trasparenza obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà, si è provveduto già nel corso dell'anno 2017 alla pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi al valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo. Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano i seguenti rischi concreti di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza acquisire le note di credito richieste;
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Azienda.

In questa area è necessario prevedere:

- la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, che agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente” dei dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, e dei 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;



- la giusta suddivisione e separazione delle fasi del ciclo passivo, da porre in capo a soggetti diversi.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 65 comma 2 del D.lgs 217 del 13/12/2017 modificato dal D.L. "Semplificazioni e Innovazione Digitale" n. 76/2020, l'ASST di Monza ha integrato a decorrere dal 28/02/2021 la piattaforma PagoPA nei propri sistemi di incasso; ciò consentirà una migliore gestione degli incassi aziendali.

Gestione dei crediti e transazioni con i debitori

Il processo di gestione del recupero crediti e del riconoscimento di eventuali transazioni al debitore è interessato da un significativo rischio di corruzione. L'ASST Monza adotta, quale misura di riduzione del rischio, la frammentazione del procedimento amministrativo, sia tra gli addetti degli uffici coinvolti nel processo, sia tra le Strutture che svolgono detta attività (S.C. Economico Finanziaria, S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP, S.C. Affari Generali e Legali).

Con deliberazione n. 2303 del 21.12.2018 l'ASST Monza ha aggiornato il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti e con deliberazione n.1383 del 17.10.2019 l'ASST ha adottato una specifica procedura utile anche alla certificazione del Bilancio Aziendale, Percorso Attuativo di Certificabilità ai sensi della DGR X/7009 2019. Nel corso dell'anno 2020 il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti è stato aggiornato e presentato alla Direzione Strategica per l'approvazione: tale Regolamento dovrà essere approvato nell'anno 2022.

Il Responsabile della S.C. Economico-Finanziaria invierà al RPCT, entro il 1 marzo di ciascun anno, e relativamente all'anno precedente, un report predisposto in collaborazione con il Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali contenente:

- il numero dei crediti aziendali, scaduti al 31 dicembre di ciascun anno;
- il numero delle procedure di recupero crediti avviate, con indicazione di quelle concluse.

Nell'ambito del piano attuativo dell'intervento di integrazione a MYPAY a regime per ASST Monza, finanziato con DGR n. XI/2468/2019 e Decreto DGW n. 17674 del 04.12.2019 è stato approvato il progetto per la diffusione dei pagamenti tramite PagoPa alla totalità dei dovuti da privati (cittadini e imprese).

Verifica centro di costo dedicato alle donazioni ed alle erogazioni liberali a favore di ASST Monza per emergenza COVID-19

Il fenomeno delle donazioni si è particolarmente diffuso nell'attuale situazione di emergenza sanitaria da COVID-19.

ASST Monza ha avviato, sin da marzo 2020 una raccolta fondi per rispondere, attraverso acquisti straordinari di materiali di consumo, strumentazioni e interventi di adeguamento strutturale necessari alle strutture sanitarie, ai medici, agli infermieri e al personale, alla finalità di assicurare cure ai malati e limitare le occasioni di contagio.

Gli importi raccolti sono utilizzati nel rispetto della finalità per la liberalità, per l'acquisto di beni o servizi o l'esecuzione di lavori con modalità coerenti con le regole che governano gli affidamenti pubblici, sulle quali ha inciso in misura significativa la legislazione dell'emergenza.

Per la gestione dell'emergenza è stato creato un centro di costo dedicato e la gestione delle donazioni, avviene attraverso un puntuale rendiconto degli utilizzi finanziari.



ASST Monza

La donazione avviene attraverso un conto corrente dedicato della ASST, ove viene specificata nella causale EMERGENZA CORONAVIRUS, seguito da nome, cognome e codice fiscale del benefattore e da un contatto mail o telefonico.

ASST è dotata di un regolamento che disciplina la materia delle donazioni, che contiene le parti essenziali:

- perfezionamento dell'accettazione con un atto aziendale;
- liceità e compatibilità della donazione con l'interesse pubblico e con la *mission* e la programmazione aziendale;
- assenza di conflitti di interessi da parte del donante;
- sostenibilità degli eventuali oneri gestionali e organizzativi che derivano a carico di ASST;
- rilascio di una dichiarazione, da parte del donante, in cui si attesti la modicità della donazione in relazione alla consistenza del proprio patrimonio e/o verifica dell'entità del modico valore in relazione all'entità del patrimonio netto del donante.

E) Area di rischio ESECUZIONE CONTRATTUALE

L'esecuzione contrattuale è una fase molto delicata che segue la stipula del contratto di appalto.

I principali rischi corruttivi si possono indicativamente elencare come segue:

- approvazione delle modifiche del contratto originario;
- autorizzazione al subappalto;
- ammissione di varianti contrattuali;
- verifiche in corso di esecuzione;
- verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- apposizione di riserve;
- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

Tra le misure da adottare sono state individuate le seguenti:

Controllo sull'esecuzione del contratto

Il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel corso dell'anno 2017 ha adottato una procedura per la verifica della legittimità delle varianti ai contratti e il rispetto dell'obbligo di trasmissione delle varianti all'ANAC.

Spetta al RUP di comunicare tempestivamente al RPCT l'applicazione di eventuali penali per ritardo sui tempi di esecuzione previsti dal contratto, eventuali situazioni di criticità in materia di autorizzazione al subappalto, eventuali situazioni di conflitto con gli affidatari di lavori, servizi e forniture.

Procedura per la rendicontazione del contratto



La fase di rendicontazione del contratto da parte del DEC (direttore esecuzione del contratto), attraverso la quale l'Azienda verifica la conformità o la regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, può essere oggetto di fenomeni corruttivi. Al fine di prevenire tale rischio il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel corso dell'anno 2017 ha adottato un'istruzione/procedura implementata nel corso dell'anno 2018 per definire, a mero titolo esemplificativo:

- nomina del DEC e rapporti con il RUP;
- incompatibilità e conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6-bis L.n. 241/1990, con predisposizione di specifica modulistica per il rilascio delle autocertificazioni;
- compiti e funzioni del DEC in fase di esecuzione contrattuale e in fase di termine del contratto;
- modalità di controllo amministrativo contabile;
- predisposizione di uno schema tipo di relazione del DEC;
- dichiarazioni assenza di conflitto del DEC, che devono essere opportunamente verificate a cura del RUP.

Con DGR n. XI/5408 del 25.10.2021 La Giunta Regionale di Regione Lombardia ha preso atto della conclusione della fase di sperimentazione dell'applicazione della clausola T&T Trasparenza e tracciabilità), prevista dalla D.G.R. n. X/2182 del 25 luglio 2014, comunicata da Aria spa all'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) in data 7 settembre 2020, ed ha approvato le "LINEE GUIDA TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE", estese, ad eccezione delle disposizioni sanzionatorie introdotte in via contrattuale, agli uffici della Giunta regionale e a tutti gli enti del Sistema Regionale (SIREG).

Le linee guida offrono alle Stazioni Appaltanti suggerimenti e strumenti operativi per rendere più trasparente la fase esecutiva del contratto per la quale i rischi della corruzione e del condizionamento mafioso sono storicamente accertati e si esprimono con maggiore forza e frequenza; in particolare, disciplinano le modalità operative per la comunicazione, da parte dell'aggiudicatario e di ogni subcontraente, delle informazioni di cui all'art. 105, c. 2 del D.Lgs n. 50/2016 e di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 in maniera congiunta nell'ambito degli appalti di lavori, servizi e forniture.

Procedura per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari

La mancata verifica della corretta applicazione del Capitolato per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi del contenuto delle prestazioni, così come la mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità del servizio, possono comportare non solo un danno economico per l'Azienda, ma anche un danno ambientale significativo.

F) Area di rischio ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie (RSA, Hospice, Cure Intermedie, etc.) e la gestione delle camere mortuarie è, solitamente, affidata alle loro organizzazioni interne.

Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono attualmente specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione del presente PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari.



Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero

L'ASST Monza ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione del rischio di potenziali conflitti di interessi, favoritismi o abusi nei processi dell'area tanatologica.

G) Area di Rischio MEDICINA LEGALE

Tra i compiti del servizio di Medicina Legale, trasferito a decorrere dall'1/01/2016 all'ASST Monza, sono ricompresi gli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità, handicap e inabilità temporanea.

E' interesse del cittadino che si ritiene minorato poter usufruire dei benefici che la legge accorda agli invalidi, ma è anche interesse della collettività circoscrivere la concessione di tali benefici solamente a chi è effettivamente invalido, per evitare aggravamenti della spesa pubblica e conseguente aumento della pressione fiscale.

Compito della medicina legale è di verificare se, in concreto, nel caso di ciascun invalido, ricorrano gli estremi prescritti dalla normativa per i benefici richiesti, riportando la situazione clinica riscontrata a tali prescrizioni. A tal fine è costituita una apposita Commissione i cui componenti, aventi specifica professionalità, sono selezionati attraverso uno specifico avviso pubblico ed inseriti in apposito elenco.

Acquisizione e verifica delle autocertificazioni rese dai componenti delle commissioni per il rilascio dell'invalidità civile, per la gestione di potenziali situazioni di conflitti di interesse

Il Direttore della S.C. di Medicina Legale dovrà acquisire una dichiarazione resa da ciascun membro della Commissione per il rilascio dell'invalidità civile circa l'assenza di conflitti di interesse ex Codice etico e di comportamento, con predisposizione dei moduli a tal fine necessari, ove non esistenti.

Al fine di effettuare le dovute verifiche sulle autocertificazioni, il Direttore della S.C. di Medicina Legale ha già avviato, a partire dall'anno 2017, un sistema per la verifica a campione delle predette autocertificazioni.

H) Area di rischio ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

La gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa era già ritenuta di prioritaria importanza dall'ANAC, che con determina n. 12 del 28.10.2015 sottolineava che "*L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di **gestione delle liste di attesa** e alla trasparenza delle procedure di **gestione delle prenotazioni** e di identificazione dei **livelli di priorità** delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio*".

Possibili rischi relativi all'attività libero professionale intramoenia (ALPI) e al rispetto delle liste di attesa sono:

- false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;



ASST Monza

Nel corso dell'anno 2020 è stato effettuato un Audit specifico da parte dell'Internal Audit di verifica del processo di libera professione ambulatoriale, in particolare sul processo di autorizzazione e delle condizioni di equilibrio dei volumi e dei tempi, che ha rilevato modalità procedurali obsolete, con raccomandazione di rivedere il processo autorizzativo, di erogazione e di controllo condiviso tra le strutture coinvolte nel processo medesimo (Rapporto di Internal Audit numero 1/2020).

Con deliberazione n. 18 del 21.12.2020 l'Organismo regionale per le Attività di Controllo - ORAC ha approvato la relazione finale dell'obiettivo 9 del Piano di attività 2020 avente ad oggetto "Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. f), L.R. n. 13/2018. Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa", dalla quale non sono state rilevate criticità a carico dell'ASST Monza a seguito della verifica sulla documentazione richiesta all'Azienda.

In particolare, l'ORAC ha concluso che:

- la disciplina e le procedure messe in atto paiono sostanzialmente in linea con le raccomandazioni dell'ANAC;
- nel PTPCT esaminato i processi sono inseriti nell'**Allegato 1 "Registro dei Rischi triennio 2022 - 2024"**, mentre le misure di prevenzione nell'Allegato 2;
- sulla base di quanto rendicontato dal RPCT, le misure di prevenzione inserite sono state attuate.

Inoltre nel suddetto documento, sono state fornite le seguenti raccomandazioni generali in materia di attività libero professionale e gestione delle liste di attesa, rivolte agli Enti del SSN, pertanto nel presente documento viene data attuazione ai suggerimenti e alle raccomandazioni generali come segue:

Raccomandazione	Inserimento nel PTPCT
Mappatura effettiva e completa dei processi con analisi di tipo qualitativo	<i>già prevista</i> Allegato 1 al PTPCT
Misure di contrasto in merito alla fase di autorizzazione allo svolgimento dell'ALPI	nuova misura 8.6 - Istruzione operativa per le autorizzazioni ALPI (ambulatoriale e di ricovero)
Verifica periodica del rispetto dei volumi di attività libero professionale	<i>già prevista, potenziata</i> 8.3 - Piano aziendale per l'ALPI, aggiornamento e rispetto del Regolamento ALPI 8.4 La Commissione Paritetica
Integrazione con il sistema di valutazione delle performance	<i>già prevista</i> Art. 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE
Misura di contrasto del drop out (prenotazioni non erogate a causa dell'assenza del soggetto prenotato)	<i>nuova misura</i> 8.1 Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni
Avvalersi della collaborazione di altre Strutture di vigilanza e dell'Internal Audit	<i>già prevista</i>

Di seguito si elencano nel dettaglio le misure adottate e da adottarsi in tale area per la prevenzione dei predetti rischi di corruzione.



Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni

Rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni sanitarie erogate dall'ASST Monza, anche in considerazione dell'importante modifica introdotta dal D. L.gs. n. 97/2016, art. 33 che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nell'art. 41, co. 6, D. L.gs. n. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

Già a decorrere dall'anno 2017 sono stati pubblicati sull'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale i criteri di formazione delle liste di attesa, sia delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica strumentale, sia delle prestazioni di ricovero. Sarà cura del Direttore della Direzione Medica di Presidio di Monza e del Dirigente della S.S. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP, supportati dal Responsabile della S.S. Servizio Informativo Aziendale (SIA), provvedere alla pubblicazione nel predetto sito dei *"tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata"*.

Informatizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni istituzionali e di libera professione

L'ASST Monza ha da tempo informatizzato tutte le agende di prenotazione delle prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramuraria, affidando la gestione del sistema di prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) e al Call Center regionale. Agli sportelli CUP aziendali è anche affidato il sistema di fatturazione delle prestazioni, comprese quelle erogate in regime libero professionale.

Inoltre, al fine di evitare il caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa della mancata presenza del soggetto che ha prenotato, al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali, è stato adottato un sistema di sms per ricordare all'utente l'appuntamento.

Per quanto concerne tutte le prestazioni di ricovero elettivo, sia chirurgico sia medico, è stata adottata, a cura della Direzione Medica di Presidio di Monza, una procedura per la gestione informatizzata delle liste di attesa, in particolare sono stati esplicitati i criteri per lo scorrimento delle liste d'attesa e per le chiamate dei pazienti al prericovero, ove previsto, ed al ricovero.

Piano aziendale per l'ALPI, aggiornamento e rispetto del Regolamento ALPI

Regione Lombardia con DGR n. XI/3540 del 7.9.2020 ha approvato le linee guida in materia di attività libero professionale intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL, dando mandato alla Direzione Generale Welfare di porre in essere tutti gli adempimenti necessari per la costituzione della Commissione Paritetica Regionale per l'A.L.P.I..

Risulta pertanto necessario procedere all'aggiornamento del Regolamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria approvato con deliberazione n. 760 del 5/06/2019, con inserimento della disciplina delle seguenti attività:

- ricoveri in libera-professione;
- incompatibilità;
- sistema dei controlli;
- svolgimento ALPI a favore di singolo utente c/o altre Aziende;
- esclusioni;



ASST Monza

- controlli della Commissione Paritetica (v. p. 8.4);
- convenzioni studi allargate + richiesta autorizzazione Regione Lombardia (7.11.2020);
- tariffari;
- quote dirigenti PTA;
- sanzioni (anche per omessa vigilanza del Direttore della Struttura Complessa).

La Commissione Paritetica

In attuazione di quanto previsto dall'art. 1, punto 8 del Regolamento aggiornato con deliberazione n. 760 del 5.6.2019, sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, è istituita la Commissione paritetica, quale organismo paritetico con funzioni di promozione e verifica delle attività di libera professione intramuraria, come previsto dal DPCM 27.03.2000, così composto:

il Direttore Sanitario dell'ASST, in veste di Presidente;

n. 4 rappresentanti dell'Amministrazione;

n. 3 dirigenti rappresentanti delle OO.SS. della dirigenza medica;

n. 1 rappresentante delle OO.SS. della dirigenza sanitaria.

La Commissione Paritetica rimane in carica sino alla scadenza del Direttore Generale ed ha i seguenti compiti:

- dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero professionale ove richiesto o dove non sia già intervenuto il Collegio di Direzione;
- vigilare sull'andamento dell'attività libero professionale e della solvenza aziendale;
- verificare il mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività privata;
- proporre integrazioni e provvedimenti migliorativi al citato regolamento aziendale; esprimere pareri non vincolanti, riferendo del proprio operato al Direttore Generale, il quale ha la facoltà di dare attuazione mediante i dovuti provvedimenti alle proposte ricevute.

La Commissione paritetica si riunisce almeno trimestralmente previa convocazione del Presidente.

Convenzioni ex art. 115, co. 1, lettera c) del CCNL Area Sanità

Il CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA SANITA' TRIENNIO 2016 – 2018 precisa all'art. 115 "Tipologie di attività libero professionale intramuraria" co. 1, lett. c) che l'esercizio dell'attività libero professionale avviene al di fuori dell'impegno di servizio e si può svolgere nelle seguenti forme: *partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse*". Tale fattispecie è stata confermata anche all'interno delle Linee Guida in materia di attività libero professionale intramuraria di Regione Lombardia, approvate con DGR n. XI/3540 del 7/09/2020.

Nell'anno 2021 si era proposto di avviare, dopo approvazione del nuovo Regolamento ALPI, una convenzione per la gestione di tale attività, anche in considerazione dell'emergenza COVID-19 che limita in modo considerevole la possibilità di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria all'interno delle strutture aziendali. Tale obiettivo, non essendo stato raggiunto a causa di carenza di personale dedicato all'ALPI, sarà riproposto per l'anno 2022.



Istruzione operativa per le autorizzazioni ALPI (ambulatoriale e di ricovero)

La fase di autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) può comportare possibili eventi rischiosi derivanti dalle false dichiarazioni prodotte al fine del rilascio dell'autorizzazione e all'inadeguata verifica sulla sussistenza dei requisiti necessario allo svolgimento dell'ALPI, o dalla mancata negoziazione dei volumi di attività in attività libero professionale in relazione agli obiettivi aziendali.

Il processo autorizzativo dell'ALPI sia ambulatoriale sia di ricovero deve essere attentamente monitorato e pertanto si propone per l'anno 2022 di ridefinire i percorsi e le responsabilità di tutte le strutture coinvolte in questa delicata fase.

Progetto di riorganizzazione del percorso di gestione dell'attività libero professionale ambulatoriale intramuraria

L'ASST di Monza si propone di riorganizzare sia a livello logistico sia a livello di servizi di supporto, infermieristico ed amministrativo, il percorso di gestione dell'attività libero professionale intramuraria ambulatoriale svolta all'interno delle strutture aziendali.

Nel corso dell'anno 2022 la S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP, in collaborazione con la DMP, deve presentare alla Direzione Strategica un progetto di riorganizzazione, da condividere anche con la Commissione Paritetica.

I) Area di rischio FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI, Servizio Dipendenze (SERD) E Servizio Unificato Protesica Integrativa (SUPI)

Il settore dei farmaci, dei dispositivi medici, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Gestione del fabbisogno di farmaci

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della S.C. Farmacia partecipa alla programmazione annuale di cui alle precedenti misure in tema di Contratti pubblici (misura 1.3).

Inoltre, si richiamano le precise indicazioni contenute nella DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" che, in merito alle procedure negoziate senza bando di prodotti esclusivi, prescrive che le stazioni appaltanti forniscano adeguata motivazione delle ragioni di esclusiva mediante relazione dei sanitari competenti.

Dette motivazioni devono reggersi sull'assoluta inderogabile necessità e non su ragioni di mera opportunità di rivolgersi ad un determinato operatore economico (cfr AVCP del 16 luglio 2008, n. 28), acclarando la condizione di esclusività del fornitore/produttore nelle forme di legge (ad es. titolarità di un brevetto non scaduto).

Nel corso dell'anno 2020, così come previsto dal PTPCT 2020 - 2022, edizione 2020, è stata adottata una istruzione aziendale ASST-IA-112 per regolamentare l'accesso degli informatori scientifici di farmaci/dispositivi medici. Il registro degli accessi degli informatori non è stato alimentato in quanto gli ingressi esterni sono stati sospesi a causa dell'emergenza COVID-19.



Commissione HTA per la gestione del fabbisogno di alte tecnologie e dispositivi medici

Per quanto concerne le alte tecnologie e i dispositivi medici, si ricorda, che è stata costituita a livello regionale, con deliberazione n. X/4831 del 22/02/2016, una Commissione per l'Health Technology Assessment nell'ambito di un programma regionale - progetto "Supporto tecnico istruttorio al programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie – Health Technology Assessment HTA" per la valutazione delle nuove tecnologie sanitarie e biomediche, per le quali occorre verificare l'appropriatezza e la convenienza economica conseguente all'introduzione delle stesse all'interno del sistema sanitario, a seguito delle richieste da parte delle aziende del territorio lombardo. Capofila della Commissione è stata individuata l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

Con deliberazione n. 955 del 27.6.2017 la Direzione aziendale ha preso atto della DGR n. X/5671 dell'11.10.2016 "Ulteriori specificazioni in merito alla D.G.R. n. X/4831 del 22.2.2016 - Nuove determinazioni in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi biomedici e di tecnologie diagnostico-terapeutiche e riabilitative", con cui sono organizzate le fasi del processo di valutazione Health Technology Assessment (HTA) ed ove è prevista la Rete Assessment, costituita dai componenti di tutte le Commissioni Aziendali Dispositivi Medici di ASST ed IRCCS per la realizzazione del materiale e la revisione dei rapporti tecnici di HTA (fase di assessment, ovvero la verifica tecnica indipendente da produttori) con modalità multiprofessionali e disciplinari. Con il medesimo provvedimento è stata istituita formalmente la Commissione Aziendale per l'Health Technology Assessment (HTA), ai sensi della D.G.R. n. X/5671 dell'11.10.2016, deputata alla raccolta e alla valutazione critica di evidenze relativamente all'utilizzo appropriato dei dispositivi biomedici e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche.

L'attività della Commissione HTA, che si ispira ai principi del processo di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) ha come principale scopo quello di fornire alle Aziende del territorio lombardo un supporto operativo per i programmi di sviluppo e di rinnovamento tecnologico e di individuare, nelle nuove introduzioni di apparecchiature biomediche, di dispositivi medici e di farmaci, l'appropriato campo di applicazione, indicando i benefici attesi secondo criteri di scientificità ed economicità e valutando l'efficacia dei costi e dell'impatto sull'organizzazione sanitaria dovuto all'introduzione di nuove tecnologie.

Alla S.C. Ingegneria Clinica è demandato il compito di coordinare le attività della Commissione HTA, tenuta a procedere alla valutazione complessiva dell'introduzione di nuove tecnologie e dispositivi medici, mediante l'acquisizione dei pareri delle varie figure professionali presenti in commissione e al raccordo con la Commissione regionale HTA.

Commissione dispositivi medici (CDM) per l'autorizzazione all'acquisto di nuovi dispositivi medici (nuovi per l'ASST)

Le SS.CC. Gestione Acquisti ed Economato, Ingegneria clinica e Farmacia, di concerto con la Direzione Medica Monza, hanno provveduto ad aggiornare la procedura esistente sugli acquisti di tecnologie e dispositivi medici, costituendo la Commissione dispositivi medici (CDM) per la valutazione delle richieste di acquisto dei dispositivi medici e la relativa procedura di funzionamento.

Gestione informatizzata del magazzino della S.C. di Farmacia

La peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di situazioni a rischio, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

Il Responsabile della S.C. Farmacia dell'ASST Monza ha già adottato da tempo per il P.O. di Monza una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Detta misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consente la riduzione di eventuali sprechi e



una corretta allocazione/utilizzo di risorse, avendo l'opportunità di ben 11 richieste/consegne alla settimana in gestione routinaria, oltre che in urgenza dal lunedì al venerdì dalle 16.00 alle 20.00 compresi sabato e festivi. Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo presso il magazzino, si prevede, quale misura specifica di prevenzione della corruzione, la diffusione di regole di condotta che sono oggetto del nuovo Codice etico e di comportamento aziendale.

Schede per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni cliniche profit e no profit

I proventi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica profit, in particolare che veda l'impiego di farmaci senza autorizzazione ICI, possono assumere una consistenza rilevante. Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le case farmaceutiche e gli sperimentatori, essa risulta un'attività a rischio corruttivo.

L'azione dei Comitati Etici, che è volta ad accertare la scientificità e l'eticità di un protocollo clinico, non garantisce specifiche garanzie al riguardo.

Per far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca, si richiamano i contenuti del "Regolamento per la ricerca e la sperimentazione clinica" adottato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza con decreto n. 142 del 24 febbraio 2015, successivamente modificato con decreto n. 1105 del 10 novembre 2015, attualmente in vigore per il P.O. di Monza, in cui si afferma, tra l'altro, che le "valutazioni di congruità, anche economica e fattibilità dello studio sono effettuate a cura dell'Ufficio Sperimentazioni cliniche e progetti speciali, tramite specifica istruttoria, fatte salve le valutazioni del Comitato Etico previste dalle norme vigenti".

E' stata implementata, nel corso dell'anno 2016, a cura del Responsabile della S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche una scheda per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni commerciali proposte dalle case farmaceutiche, che dovrà tener conto di tutti i costi diretti sostenuti per l'attività di sperimentazione, validati dalle S.S. Controllo di Gestione e dei costi generali di gestione della predetta attività.

Regolamenti per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni

L'attività di ricerca promossa dalle Strutture dell'ASST Monza sovente richiede il sostegno economico da parte di soggetti terzi. In particolare, al fine di ricercare sul mercato i contributi finanziari finalizzati alla ricerca indipendente, l'Azienda utilizza lo strumento della sponsorizzazione.

Con deliberazione n. 1147 del 25/07/2017 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni a favore di progetti e iniziative istituzionali" dell'ASST Monza, che definisce, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia, tutte le procedure necessarie affinché le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente all'Azienda e non ai singoli professionisti, utilizzando procedure di evidenza pubblica, attraverso la pubblicazione di specifici avvisi sul sito web aziendale, il cui contenuto è riportato anche nella sezione "Amministrazione Trasparente". Le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate esclusivamente per i fini della ricerca, attraverso la gestione di una contabilità separata.

Con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 è stato adottato il Regolamento per la sponsorizzazione di attività formative a carattere collettivo presenti nel Piano di formazione aziendale.

Sistema di controllo sull'erogazione dei farmaci stupefacenti

Il territorio di competenza e di intervento del SERD (Servizio Dipendenze) corrisponde a quello di afferenza all'ASST Monza. Esso si articola in tre sedi ambulatoriali collocate sullo stesso territorio aziendale. Al SERD sono attribuite prioritariamente la funzione di garantire il contrasto, la diagnosi, la cura e la riabilitazione da dipendenze di consumo ed abuso di sostanze legali e illegali.

Dopo la certificazione di riconoscimento della persona e la verifica della prescrizione terapeutica, il SERD si occupa della somministrazione o della consegna del farmaco in affidamento. Particolare attenzione occorre prestare



al rischio di distrazione del farmaco in fase di erogazione della terapia o alla falsificazione delle dosi somministrate.

Il SERD è dotato di due applicativi, uno per la gestione ed erogazione del farmaco e l'altro per la compilazione e tenuta della cartella informatizzata.

Nel corso dell'anno 2019 il processo organizzativo relativo al controllo e utilizzo degli stupefacenti del SERD è stato oggetto di audit da parte della S.S. Qualità, Accreditamento, Rischio clinico e Internal Audit aziendale (Rapporto numero 1/2019).

Nell'anno 2020 è stata adottata una procedura per la gestione della somministrazione dei farmaci stupefacenti in caso di blocco dell'applicativo informatico.

Procedura per il controllo e il monitoraggio del processo della spesa protesica

Attraverso l'Assistenza Protesica e l'Assistenza Integrativa è possibile acquisire, con costi a carico del SSR ausili e presidi medici con varie finalità. L'ASST Monza è stata individuata quale Azienda di riferimento per tre territori di competenza di altrettante ASST: Lecco, Monza e Brianza. Il servizio di riferimento è il SUPI che sovrintende il processo completo che porta all'erogazione dei dispositivi prescritti in raccordo con i Servizi Centrali di Protesica delle tre ASST. Al SUPI compete la liquidazione delle fatture al cui processo è abbinata l'attuazione di controlli sulle prestazioni erogate sia in termini di appropriatezza prescrittiva che in termini di appropriatezza erogativa.

Nel corso dell'anno 2021 è stata approvata dalla Direzione Strategica una procedura operativa tesa a un più diretto e più efficace coinvolgimento nei processi di controllo e monitoraggio della spesa protesica.

9. Monitoraggio e valutazione

Il PTPCT 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 governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

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. Lgs. 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 dell'Azienda.

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

10. Piano della 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, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità.

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. Economico-Finanziaria 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.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PIAO gli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e quelli della trasparenza.

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

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

- 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 aziendale www.asst-monza.it,
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

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"**.

La sezione "Altri contenuti" contiene le seguenti voci:

- Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati;
- Assicurazione specializzandi;
- Elenco siti tematici;
- Libera professione;
- Monitoraggio della qualità;
- Privacy;
- Sponsorizzazioni;
- Atti di indizione e provvedimento finale delle convenzioni con il terzo settore, ex art. 56 d. lgs 1172017;
- Adempimenti in attuazione della legge 24/2017.

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'ASST aveva sospeso, in via provvisoria e precauzionale, la pubblicazione sul sito web aziendale - 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 dell'ASST, 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 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 l'ASST 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 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



ASST Monza

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) nel corso del 2022 riprogrammerà gli obiettivi ed eventualmente introdurrà nel sistema della performance specifici strumenti premiali direttamente e chiaramente connessi all'emergenza sanitaria, anche con riferimento al sistema dei controlli e ai diversi livelli di presidio.

Inoltre il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano 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.

Il PTPCT 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 governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

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 dell'Azienda.

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 dell'ASST 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.



11. 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 dell'ASST.

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'ASST ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

La 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 aziendale.

12. 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.

L'Azienda ha dedicato una specifica sezione alle sanzioni all'interno del proprio 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 programmatico 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;

Procedura di approvazione

Il POAS è adottato con provvedimento del Direttore Generale degli Enti interessati, acquisiti i pareri, obbligatori e non vincolanti, del Consiglio dei Sanitari laddove previsto e del Collegio di Direzione negli Enti sedi di Ospedale Universitario, ed effettuata la consultazione sindacale nell'ambito dell'organismo paritetico previsto dai CCNL vigenti.

Successivamente alla sua adozione, il POAS è trasmesso alla Direzione Generale Welfare per essere sottoposto alle procedure di controllo ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.



Contenuti del POAS

Il POAS è composto da un documento descrittivo e da specifici allegati.

Nella parte descrittiva dovranno essere esposti i seguenti contenuti:

- a) La mission dell'Ente interessato nell'ambito del SSR;
- b) La sede legale e gli elementi identificativi dell'Ente interessato, con relativa definizione del patrimonio della stessa;
- c) Le funzioni degli organi degli Enti interessati: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale e loro composizione;
- d) Le funzioni degli altri elementi della Direzione Strategica, ovvero:
 - per le ATS e le ASST il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sociosanitario;
 - per gli IRCSS di diritto pubblico, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo;nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- e) la definizione dell'organizzazione complessiva comprensiva di Direzioni, Dipartimenti e relative Strutture organizzative afferenti, con l'indicazione dei livelli gerarchici;
- f) l'attività e le modalità di funzionamento dei dipartimenti, ruolo del direttore di dipartimento e del comitato di dipartimento, con relativa definizione dei componenti di quest'ultimo. Sarà necessario definire le connessioni organizzative fra le strutture componenti il dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi;
- g) un documento di sintesi dell'organizzazione distrettuale delle ASST e dei relativi rapporti funzionali;
- h) le modalità di rapporto e di collaborazione con gli Enti e le organizzazioni interessate e con il territorio, anche in attuazione dei protocolli di intesa;

Inoltre il POAS dovrà essere corredato dai seguenti allegati:

- parere del Consiglio dei Sanitari (ove previsto) e del Collegio di Direzione;
- documentazione attestante l'avvenuta consultazione sindacale;
- per gli Enti già sedi di Ospedale Universitario, documentazione attestante l'acquisizione del parere del Rettore;
- cronoprogramma di attuazione, con indicazione delle date di attivazione e/o soppressione delle strutture che iniziano/cessano la loro attività;

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);

Attualmente le strutture dell'ASST Monza sono le seguenti:



ASST Monza

- 59 strutture Complesse di cui 23 Universitarie;
- 12 Strutture Semplici Dipartimentali di cui 3 Universitarie;
- 73 Strutture Semplici più la Struttura Semplice “Malattie Sessualmente Trasmesse”, transitata da ATS Brianza l’1.1.2021 di cui 6 Universitarie.

Nel dettaglio le strutture sono così articolate:

STRUTTURE COMPLESSE

DENOMINAZIONE STRUTTURA COMPLESSA	DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA I MONZA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
CHIRURGIA GENERALE II MONZA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
CHIRURGIA GENERALE IV - ONCOLOGICA SENOLOGICA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
CHIRURGIA PLASTICA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
GINECOLOGIA MONZA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
ORTOPEDIA MONZA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
UROLOGIA MONZA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
GERIATRIA	DIPARTIMENTO AREA DELLE CRONICITA' (R.I.C.C.A.)
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	DIPARTIMENTO AREA DELLE CRONICITA' (R.I.C.C.A.)
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DIPARTIMENTO AREA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
PSICHIATRIA	DIPARTIMENTO AREA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
SERD NOA	DIPARTIMENTO AREA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
EMATOLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
GASTROENTEROLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
MALATTIE INFETTIVE	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
MEDICINA MONZA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
NEFROLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
ONCOLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
CARDIOCHIRURGIA	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
CARDIOLOGIA CLINICA P.O. MONZA	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
CHIRURGIA TORACICA	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
CHIRURGIA VASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
EMODINAMICA	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
PNEUMOLOGIA	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
ANATOMIA PATOLOGICA I	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
ANATOMIA PATOLOGICA II	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
LABORATORIO ANALISI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
MEDICINA NUCLEARE	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI



MICROBIOLOGIA	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - INTERVENTISTICA	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
RADIOTERAPIA	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
SIMT	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
AFFARI GENERALI E LEGALI	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
ECONOMICO FINANZIARIA	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
GESTIONE ACQUISTI ED ECONOMATO	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
GESTIONE RISORSE UMANE	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
S.I.A.	DIPARTIMENTO DIREZIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI E VACCINAZIONI	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
DIREZIONE MEDICA MONZA	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
FARMACIA	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
FISICA SANITARIA	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
MEDICINA DEL LAVORO	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
INGEGNERIA CLINICA	DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONZA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO MONZA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
MAXILLO FACCIALE	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
NEUROCHIRURGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
NEUROLOGIA MONZA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
NEURORIANIMAZIONE	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
OTORINOLARINGOIATRIA MONZA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - NEURORADIOLOGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
CENTRO DI RICERCA FASE 1	STAFF DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	STAFF DIREZIONE GENERALE
SISTEMA CONTROLLI INTERNI E CONVENZIONI	STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA

STRUTTURE SEMPLICI

DENOMINAZIONE STRUTTURA SEMPLICE	STRUTTURA COMPLESSA DI APPARTENENZA
AVVOCATURA E GESTIONE ASSICURAZIONI E SINISTRI	AFFARI GENERALI E LEGALI
CITOLOGIA	ANATOMIA PATOLOGICA I



CITOGENETICA E GENETICA MEDICA	ANATOMIA PATOLOGICA II
ANESTESIA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONZA
ANESTESIOLOGIA PEDIATRICA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONZA
RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONZA
TERAPIA INTENSIVA GENERALE	ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONZA
DAY HOSPITAL CARDIOLOGICO	CARDIOLOGIA CLINICA P.O. MONZA
DEGENZA CARDIOLOGICA	CARDIOLOGIA CLINICA P.O. MONZA
ELETTROFISIOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE	CARDIOLOGIA CLINICA P.O. MONZA
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA - UTIC	CARDIOLOGIA CLINICA P.O. MONZA
CHIRURGIA COLON PROCTOLOGICA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA I MONZA
CHIRURGIA D'URGENZA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA I MONZA
CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA I MONZA
EPATO-BILIO PANCREATICA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA I MONZA
ADDOMINO PELVICA MINI-INVASIVA	CHIRURGIA GENERALE II MONZA
CHIRURGIA ENDOCRINOLOGICA METABOLICA	CHIRURGIA GENERALE II MONZA
WEEK SURGERY	CHIRURGIA GENERALE II MONZA
DIAGNOSTICA SENOLOGICA	CHIRURGIA GENERALE IV - ONCOLOGICA SENOLOGICA
COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO E LEGALE STRUTTURE TERRITORIALI	DIREZIONE AMM.VA
GESTIONE AMMINISTRATIVA E ACCETTAZIONE CUP	DIREZIONE AMM.VA
SITR POLO OSPEDALIERO	DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
SITR POLO TERRITORIALE	DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
GESTIONE ATTIVITA' TERRITORIALI	DIREZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI
QUALITA', ACCREDITAMENTO, INTERNAL AUDITING E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	DIREZIONE GENERALE
RICERCA E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	DIREZIONE GENERALE
FORMAZIONE	DIREZIONE GENERALE
GESTIONE OPERATIVA	DIREZIONE GENERALE
ARCHIVIO CLINICO AZIENDALE E ATTIVITA' MEDICO LEGALE	DIREZIONE MEDICA MONZA
IGIENE OSPEDALIERA	DIREZIONE MEDICA MONZA
SANITA' PENITENZIARIA	DIREZIONE MEDICA MONZA
PROGRAMMAZIONE BILANCIO E RENDICONTAZIONE	ECONOMICO FINANZIARIA
TRAPIANTI	EMATOLOGIA
FISICA DELLE RADIAZIONI IN RADIOTERAPIA	FISICA SANITARIA
MALATTIE DIGESTIVE E PANCREATICHE	GASTROENTEROLOGIA



CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	GERIATRIA
DIMISSIONI PROTETTE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	GERIATRIA
GESTIONE GARE ESECUZIONE CONTRATTI	GESTIONE ACQUISTI E ECONOMATO
CONTROLLO DI GESTIONE	GESTIONE OPERATIVA
GIURIDICO	GESTIONE RISORSE UMANE
ESECUZIONE CONTRATTI MANUTENZIONE IMPIANTI STRUTTURE	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE
CHIRURGIA GINECOLOGICA ONCOLOGICA	GINECOLOGIA MONZA
ONCOLOGIA MEDICA GINECOLOGICA	GINECOLOGIA MONZA
MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE	MALATTIE INFETIVE
COORDINAMENTO CLINICO E GESTIONE INFEZIONI COMPLESSE	MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA D'URGENZA	MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO MONZA
DIAGNOSTICA RADIOISOTOPICA CONVENZIONALE	MEDICINA NUCLEARE
BATTERIOLOGIA	MICROBIOLOGIA
SIEROLOGIA	MICROBIOLOGIA
DIALISI	NEFROLOGIA
NEUROFISIOLOGIA	NEUROLOGIA MONZA
PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIE DELL'ETA' EVOLUTIVA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
NEUROFISIOPATOLOGIA PEDIATRICA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
PSICOLOGIA ETA' EVOLUTIVA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
DIAGNOSI E CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
BANCA DEGLI OCCHI	OCULISTICA
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	OCULISTICA
DH MONZA	ONCOLOGIA
LUNG UNIT MONZA	ONCOLOGIA
ORTOPEDIA PEDIATRICA E TRATTAMENTO COMPLICANZE ONCOLOGICHE RARE	ORTOPEDIA MONZA
TRAUMATOLOGIA D'URGENZA	ORTOPEDIA MONZA
AUDIOVESTIBOLOGIA	OTORINOLARINGOIATRIA MONZA
ENDOSCOPIA RESPIRATORIA	PNEUMOLOGIA
COORDINAMENTO DEGENZA ACUZIE PSICHIATRICA E D.H. MONZA	PSICHIATRIA
COORDINAMENTO INTERVENTI TERRITORIALI PSICHIATRICI UO 36	PSICHIATRIA
EQUIPE FORENSE E PSICHIATRIA PENITENZIARIA	PSICHIATRIA
RADIOLOGIA AMBULATORIALE	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - INTERVENTISTICA
RADIOLOGIA D'URGENZA	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - INTERVENTISTICA
BRACHITERAPIA	RADIOTERAPIA



RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	RIABILITAZIONE SPECIALISTICA
SERD CASA CIRCONDARIALE	SERD/NOA
AFERESI	SIMT
DIAGNOSTICA ONCOEMATOLOGICA	SIMT
ENDOUROLOGIA	UROLOGIA MONZA

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA
AAT	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE - TRAUMA TEAM	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
ATTIVITA' CONSULTORIALE	DIPARTIMENTO AREA MATERNO INFANTILE
CARDIOLOGIA - DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE	DIPARTIMENTO AREA DELLE CRONICITA'
COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE INTERVENTI SALUTE MENTALE ADULTI	DIPARTIMENTO AREA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
DERMATOLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
MALATTIE RARE	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
ODONTOIATRIA	DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE
PSICOLOGIA CLINICA	DIPARTIMENTO AREA DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
REUMATOLOGIA	DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Piano organizzativo del lavoro agileIl 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.

Le azioni intraprese:

Deliberazione 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 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 linee 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.



ASST Monza

Ottobre 2021: a seguito del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 08.10.2021, che ha stabilito che a decorrere dal 15.10.2021 il lavoro agile emergenziale non era più una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa, si è proceduto al progressivo rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della ASST. Solo laddove vi fossero situazioni specifiche riportate anche nel “Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021-2023” il Direttore/Responsabile di struttura, a fronte di specifiche richieste, ha valutato la concessione dell’istituto dello smart working (dipendenti portatori di patologie, dipendenti con difficoltà oggettive nella gestione familiare)

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”, secondo un fac simile predisposto dalla SC Gestione Risorse Umane.

Gli obiettivi futuri:

Stabilire un’adeguata mappatura delle attività da effettuare in smartworking con monitoraggio e valutazione della performance perseguendo i criteri di efficacia e efficienza.

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, in accordo con i Sistemi Informativi Aziendali (SIA), l’Azienda ha in programma di dotarsi di un sistema evoluto di Collaboration che preveda 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 (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 programmatico, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.

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 servizi”. Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi. Inoltre il PTFP deve considerare anche le eventuali esternalizzazioni di servizi autorizzate dalla DG Welfare.

Il Piano triennale dei fabbisogni riporta per ogni anno:

- Il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia esso strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell’Ente;



ASST Monza

- Il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale;
- La dotazione organica (espresso 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 nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Visto il contingente stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, il PTFP distingue fabbisogno, costi e dotazione organica finalizzati alla programmazione dell'attività legata all'organizzazione e alla mission aziendale di lungo periodo (sezione ORDINARIA), e fabbisogno e costi strettamente legati al perdurare dell'emergenza (sezione COVID).

Il PTFP viene predisposto dalle singole ATS, ASST, fondazioni IRCCS di diritto pubblico ed AREU, con apposito atto deliberativo validato per la parte di competenza dai propri Collegi dei Revisori, e inviato ai competenti Uffici della DGW 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 DG Welfare per la copertura dei posti previsti in dotazione organica, fatta salva la copertura delle strutture complesse, che potrà essere effettuata solo a seguito di autorizzazione rilasciata dalla DG Welfare.

Il PTFP approvato dalla Regione viene poi adottato definitivamente da parte degli enti. L'atto di adozione definitivo è quindi inviato ai competenti uffici della DG Welfare 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.

ASST Monza ha adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021-2022-2023 con la deliberazione n. 589 del 23/12/2021 e successivamente approvato in via definitiva con la deliberazione n. 278 del 17/03/2022.

In particolare, in merito al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021-2023 si rilevano i seguenti dati:

Sezione "Dotazione organica": anni 2021/2022/2023



DOTAZIONE ORGANICA 2021		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	589	-	-	12	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	51	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	15	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			662	-	-	12	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.299	25	-	28	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	197	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	55	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	22	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	171	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	283	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	9	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	1	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	296	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1	-	-	-	-
	4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.342	25	-	28	-
TOTALE COMPLESSIVO			3.004	25	-	40	-

DOTAZIONE ORGANICA 2022		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	619	-	-	16	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	51	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	16	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			695	-	-	16	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.299	25	-	48	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	197	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	55	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	22	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	176	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	303	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	9	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	310	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	2	-	-	-	-
	4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.383	25	-	48	-
TOTALE COMPLESSIVO			3.078	25	-	64	-



DOTAZIONE ORGANICA 2023		ruolo	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
			TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE							
1	DIRIGENZA MEDICA	S	619	-	-	16	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	51	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	16	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			695	-	-	16	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.299	25	-	48	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	197	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	55	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	22	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	176	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	303	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	9	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	310	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	2	-	-	-	-
	4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.383	25	-	48	-
TOTALE COMPLESSIVO			3.078	25	-	64	-

Sezione FTE: anni 2021/2022/2023

Fabbisogno ordinario

PTFP 2021		ruolo	ORDINARIO					
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazioni e lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.
FTE								
1	DIRIGENZA MEDICA	S	524,5	27,5	17,8	-	14,6	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46,2	0,5	9,7	-	13,0	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,0	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,0	-	-	-	1,0	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	0,7	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	14,5	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			592,8	28,0	27,5	-	28,6	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.174,3	-	-	1,0	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	194,5	-	-	-	1,2	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8,3	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	53,4	-	-	-	3,0	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	20,5	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	173,8	-	-	8,0	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	251,2	-	-	37,0	-	-
	AUSILIARI	T	8,2	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	1,0	-	-	-	-	0,3
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	288,8	-	-	14,5	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	0,0	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.173,9	-	-	60,5	4,2	0,3
TOTALE COMPLESSIVO			2.766,6	28,0	27,5	60,5	32,7	0,3



PTFP 2022		ruolo	ORDINARIO						
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazioni e lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	
FTE									
1	DIRIGENZA MEDICA	S	557,7	27,5	41,7	-	18,8	-	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46,2	0,5	16,2	-	10,7	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,0	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,0	-	-	-	1,0	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2,0	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	15,5	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			628,3	28,0	57,9	-	30,4	-	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.193,9	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	194,5	-	-	-	1,2	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8,3	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	53,4	-	-	-	2,8	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	20,5	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	178,8	-	-	3,0	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	294,7	-	-	9,0	-	-	-
	AUSILIARI	T	8,2	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2,0	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	302,8	-	-	3,0	-	-	-
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1,5	-	-	-	-	-	-
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.258,4	-	-	15,0	4,0	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.886,7	28,0	57,9	15,0	34,5	-	-

PTFP 2023		ruolo	ORDINARIO						
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazioni e lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	
FTE									
1	DIRIGENZA MEDICA	S	557,7	27,5	41,7	-	18,8	-	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	46,2	0,5	16,2	-	10,7	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,0	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,0	-	-	-	1,0	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2,0	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	15,5	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			628,3	28,0	57,9	-	30,4	-	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.193,9	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	194,5	-	-	-	1,2	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	8,3	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	53,4	-	-	-	2,8	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	20,5	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	178,8	-	-	3,0	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	294,7	-	-	9,0	-	-	-
	AUSILIARI	T	8,2	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2,0	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	302,8	-	-	3,0	-	-	-
4	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	1,5	-	-	-	-	-	-
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			2.258,4	-	-	15,0	4,0	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			2.886,7	28,0	57,9	15,0	34,5	-	-



Fabbisogno Covid

PTFP 2021		ruolo	COVID					
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.
FTE								
	DIRIGENZA MEDICA	S	-	-	-	-	22,8	31,5
1	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	-	-	-	-	1,3	4,1
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA TECNICA	T	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			-	-	-	-	24,1	35,6
	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	-	-	-	7,4	-	6,9
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	-	-	-	-	-	2,5
	PERSONALE VIGIL ISPEZIONE	S	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	-	-	-	-	1,0	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	-	-	-	-	-	-
3	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	-	-	-	19,6	-	-
	AUSILIARI	T	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	-	-	-	9,7	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			-	-	-	36,7	1,0	9,4
TOTALE COMPLESSIVO			-	-	-	36,7	25,1	45,0

PTFP 2022		ruolo	COVID					
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.
FTE								
	DIRIGENZA MEDICA	S	-	-	-	-	22,8	31,5
1	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	-	-	-	-	1,3	4,1
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA TECNICA	T	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			-	-	-	-	24,1	35,6
	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	-	-	-	7,4	-	6,9
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	-	-	-	-	-	2,5
	PERSONALE VIGIL ISPEZIONE	S	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	-	-	-	-	1,0	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	-	-	-	-	-	-
3	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	-	-	-	19,6	-	-
	AUSILIARI	T	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	-	-	-	9,7	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			-	-	-	36,7	1,0	9,4
TOTALE COMPLESSIVO			-	-	-	36,7	25,1	45,0

Per il 2023 non è stata prevista tale sezione.



Sezione Costi: anni 2021/2022/2023

			2021						
			1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	
ORDINARIO	Costo del Personale - ORDINARIO	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	60.759.591	2.526.963	2.355.648		1.457.195	-
		2	DIRIGENZA PTA	1.826.817	-			31.630	-
		3	COMPARTO SANITA'	95.529.820	-		3.504.888	179.168	5.326
		T	TOTALE COMPLESSIVO	158.116.228	2.526.963	2.355.648	3.504.888	1.667.993	5.326
	Risorse art 2, c. 1 e 7 del DL 34/2020 - TERAPIE INTENSIVE	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	445.152					-
		3	COMPARTO SANITA'	395.687					-
		T	TOTALE COMPLESSIVO	840.839				-	-
	Risorse art.1, c.5 DL 34/2020 - Infermieri di Famiglia/Comunità	3	COMPARTO SANITA'	864.411					-
		T	TOTALE COMPLESSIVO	864.411					-
	Risorse art.1, c.4 del DL 34/2020 - Reclutamento per rafforzamento ADI	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-					-
		2	DIRIGENZA PTA	-					-
		3	COMPARTO SANITA'	-					-
		T	TOTALE COMPLESSIVO	-					-
	Risorse art 2, c. 5 DL 34/2020 - MEZZI DI TRASPORTO - AREU	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-					-
		3	COMPARTO SANITA'	-					-
T		TOTALE COMPLESSIVO	-					-	
T		TOTALE COMPLESSIVO	-					-	
TOTALE BUDGET ORDINARIO	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	61.204.743	2.526.963	2.355.648	-	1.457.195	-	
	2	DIRIGENZA PTA	1.826.817	-	-	-	31.630	-	
	3	COMPARTO SANITA'	96.789.918	-	-	3.504.888	179.168	5.326	
	T	TOTALE COMPLESSIVO	159.821.478	2.526.963	2.355.648	3.504.888	1.667.993	5.326	
COVID	Risorse art. 1, c.423, L. 178/2020 - RECLUTAMENTO STRAORDINARIO CONTACT TRACING, EMERGENZA COVID E VACCINAZIONI	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-	-			1.852.219	2.671.529
		2	DIRIGENZA PTA	-	-				-
		3	COMPARTO SANITA'	-	-			48.917	600.133
		T	TOTALE COMPLESSIVO	-	-	-		1.901.136	3.271.662
	Risorse art.26, c.1 lett.a) DL 73/2021 - RECLUTAMENTO STRAORDINARIO per il recupero delle prestazioni di	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-	-			300.000	-
		3	COMPARTO SANITA'	-	-				-
	T	TOTALE COMPLESSIVO	-	-	-		300.000	-	
	Risorse art. 1, c. 425 del L. 178/2020 - RECLUTAMENTO STRAORDINARIO USCA	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						-
		3	COMPARTO SANITA'						-
		T	TOTALE COMPLESSIVO						-
TOTALE COVID	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-	-	-		2.152.219	2.671.529	
	2	DIRIGENZA PTA	-	-	-		-	-	
	3	COMPARTO SANITA'	-	-	-		48.917	600.133	
	T	TOTALE COMPLESSIVO	-	-	-		2.201.136	3.271.662	



					2022					
					1 - Dipendente	2 - Convenzione nato universitario	3 - Convenzione nato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.
					2022 - 1 - Dipendente	2022 - 2 - Convenzionato universitario	2022 - 3 - Convenzionato ACN	2022 - 4 - Somministrazione lavoro	2022 - 5 - Incarichi di lavoro autonomo	2022 - 6 - Co.co.co.
	tipologia costo	sezione	ordine	area contrattuale						
ORDINARIO	Costo del Personale ORDINARIO	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	62.286.129	2.526.963	2.308.398		908.709	
		ordinario	2	DIRIGENZA PTA	1.641.915	-			17.847	
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	96.089.434	-		3.447.512	97.978	5.326
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	160.017.478	2.526.963	2.308.398	3.447.512	1.024.534	5.326
	Risorse art 2, c. 1 e 7 del DL 34/2020 -	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	1.552.076					
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	2.143.924					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	3.696.000					
	Risorse art.1, c.5 DL 34/2020 -	ordinario	3	COMPARTO SANITA'	1.344.000					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	1.344.000					
	Risorse art.1, c.4 del DL 34/2020 - Reclutamento per	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		ordinario	2	DIRIGENZA PTA						
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'						
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	-					
	Risorse art 2, c. 5 DL 34/2020 MEZZI DI	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'						
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	-					
	TOTALE BUDGET ORDINARIO	tot ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	63.838.205	2.526.963	2.308.398	-	908.709	-
		tot ordinario	2	DIRIGENZA PTA	1.641.915	-	-	-	17.847	-
		tot ordinario	3	COMPARTO SANITA'	99.577.358	-	-	3.447.512	97.978	5.326
		tot ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	165.057.478	2.526.963	2.308.398	3.447.512	1.024.534	5.326
COVID	Risorse art. 1, c.423, L. 178/2020 - RECLUTAMENTO	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	2	DIRIGENZA PTA						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	Risorse art.26, c.1 lett.a) DL 73/2021 -	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	Risorse art. 1, c. 425 del L. 178/2020 -	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	TOTALE COVID	tot covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-	-			597.054	653.419
		tot covid	2	DIRIGENZA PTA	-	-			-	-
		tot covid	3	COMPARTO SANITA'	-	-			42.901	164.496
tot covid		T	TOTALE COMPLESSIVO	-	-	-		639.955	817.915	



					2023					
					1 - Dipendente	2 - Convenzione nato universitario	3 - Convenzione nato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.
					2023 - 1 - Dipendente	2023 - 2 - Convenzionato universitario	2023 - 3 - Convenzionato ACN	2023 - 4 - Somministrazione lavoro	2023 - 5 - Incarichi di lavoro autonomo	2023 - 6 - Co.co.co.
tipologia costo	sezione	ordine	area contrattuale							
ORDINARIO	Costo del Personale ORDINARIO	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	62.286.129	2.526.963	2.308.398		908.709	
		ordinario	2	DIRIGENZA PTA	1.641.915	-			17.847	
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	96.089.434	-		3.447.512	97.978	5.326
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	160.017.478	2.526.963	2.308.398	3.447.512	1.024.534	5.326
	Risorse art 2, c. 1 e 7 del DL 34/2020 -	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	1.552.076					
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	2.143.924					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	3.696.000					
	Risorse art.1, c.5 DL 34/2020 -	ordinario	3	COMPARTO SANITA'	1.344.000					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	1.344.000					
	Risorse art.1, c.4 del DL 34/2020 - Reclutamento per	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-					
		ordinario	2	DIRIGENZA PTA	-					
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	-					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	-					
	Risorse art 2, c. 5 DL 34/2020 MEZZI DI	ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	-					
		ordinario	3	COMPARTO SANITA'	-					
		ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	-					
	TOTALE BUDGET ORDINARIO	tot ordinario	1	DIRIGENZA AREA SANITA'	63.838.205	2.526.963	2.308.398	-	908.709	-
		tot ordinario	2	DIRIGENZA PTA	1.641.915	-	-	-	17.847	-
		tot ordinario	3	COMPARTO SANITA'	99.577.358	-	-	3.447.512	97.978	5.326
		tot ordinario	T	TOTALE COMPLESSIVO	165.057.478	2.526.963	2.308.398	3.447.512	1.024.534	5.326
COVID	Risorse art. 1, c.423, L. 178/2020 - RECLUTAMENTO	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	2	DIRIGENZA PTA						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	Risorse art.26, c.1 lett.a) DL 73/2021 -	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	Risorse art. 1, c. 425 del L. 178/2020 -	covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		covid	3	COMPARTO SANITA'						
		covid	T	TOTALE COMPLESSIVO						
	TOTALE COVID	tot covid	1	DIRIGENZA AREA SANITA'						
		tot covid	2	DIRIGENZA PTA						
tot covid		3	COMPARTO SANITA'							
tot covid		T	TOTALE COMPLESSIVO							



Piano formativo aziendale

La programmazione e l'organizzazione delle attività formative è supportata dalla Struttura Semplice Formazione, in staff alla Direzione Generale, che provvede a:

- 1) progettare e realizzare l'attività formativa aziendale,
- 2) identificare i fabbisogni formativi del personale,
- 3) formalizzare un Piano di Formazione Aziendale,
- 4) attuare tutte le azioni tese ad ottemperare alle disposizioni regionali per l'accreditamento ECM dei professionisti sanitari.

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.

L'ASST Monza è 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.

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.

Le finalità della **formazione continua** sono quelle di assicurare al cittadino e alla comunità risposte ai bisogni di salute appropriata, competenti ed efficaci nel rispetto dei valori individuali della persona.

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.

La formazione continua valorizza tutte le possibili occasioni di apprendimento privilegiando metodologie a basso impatto economico e l'utilizzo di formatori interni dell'ASST Monza. Infatti, dai dati rilevati nell'anno 2021, si è dimostrata la presenza di relatori, docenti e tutor, di personale dipendente della ASST Monza e Universitario per circa l'85% del totale.

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.

Il Piano di Formazione Aziendale 2022 è stato 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. 18429 del 23/12/2021.

Gli obiettivi formativi generali sono:

- Mantenere elevato il livello di formazione/informazione circa la salute e la sicurezza degli operatori e degli assistiti, anche in riferimento alla emergenza COVID 19 ed alla recente normativa sulla radioprotezione;
- Proseguire la formazione delle diverse professionalità coinvolte nella presa in carico degli utenti cronici e fragili al fine di garantire continuità ed appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi con particolare





ASST Monza

attenzione allo sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità e di utilizzo della telemedicina;

- Consolidare le relazioni efficaci fra gli operatori;
- Migliorare l'efficacia, efficienza, sicurezza e qualità delle cure con lo sviluppo dei percorsi integrati all'interno delle varie Reti di patologie previste dalla normativa regionale;
- Promuovere la diffusione della cura sulla Medicina di Genere;
- Incrementare l'offerta formativa rivolta alla Dirigenza, relativamente alla qualità della documentazione e alla gestione efficace di riunioni di gruppi di lavoro;
- Promuovere il miglioramento della qualità della documentazione amministrativa, attraverso la realizzazione di un percorso formativo almeno biennale;
- Attivare dei percorsi di inserimento del personale neo assunto anche mediante iniziative di formazione;
- Garantire la prosecuzione delle attività formative finalizzate alla cultura della prevenzione del rischio corruttivo e per la trasparenza con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata, consapevoli dell'importanza della cultura della legalità ad ogni livello.

La rilevazione del fabbisogno formativo, effettuata annualmente, è condotta dalla Struttura Formazione attraverso schede di analisi previste all'interno della procedura aziendale con il coinvolgimento delle figure precedentemente citate e di loro collaboratori attraverso incontri specifici. Sono stati tenuti in considerazione la composizione e la numerosità del personale dipendente al 1° gennaio 2022, così composto:

Dipendenti	N°
Dirigenza Medica e Sanitaria (+COCOCO)	849
Dirigenza Amministrativa e Tecnica	19
Comparto Sanitario	1.578
Comparto Amministrativo e Tecnico	778
Totale	3224

La modalità di rilevazione adottata prevede, in una seconda fase, a fronte delle richieste pervenute, incontri con i Responsabili di Struttura, Coordinatori e con i Responsabili Scientifici delle proposte formative stesse, volti a completare e condividere contenuti, finalità e aspetti organizzativi delle iniziative, ponendo particolare attenzione al fabbisogno di formazione obbligatoria.

Le proposte giunte alla Struttura Formazione da parte delle strutture aziendali sono state riesaminate nei contenuti e nella forma per la corretta e completa compilazione della bozza di PFA anno 2022. Sono stati inoltre considerati:

- Accorpamento di proposte di eventi trasversali;
- Rispetto dei limiti di budget assegnato;
- Sviluppo di ore per macroaree contrattuali;
- Offerta formativa in termini di crediti ECM che devono essere erogati in relazione alla numerosità e tipologia del personale.

Sulla base delle informazioni raccolte nella fase di rilevazione del Fabbisogno Formativo, la Struttura Formazione elabora il PFA 2022, anche sulla base di:



ASST Monza

- Obiettivi formativi aziendali prioritari assegnati da Regione Lombardia
- Normative vigenti e regole di sistema
- Circolari del Ministero della Salute
- Rispondenza alla domanda di nuovi servizi/patologie emergenti
- Compatibilità economica delle proposte con i fondi assegnati per la formazione.

La proposta del Piano di Formazione Aziendale della ASST Monza è stata sottoposta a validazione preventiva del Comitato scientifico per la Formazione.

Gli eventi formativi del PFA 2022 suddivisi in base alle indicazioni ricevute dalle norme regionali e all'attuale assetto organizzativo previsto dal POAS sono così suddivisi:

- EVENTI A RILEVANZA STRATEGICA
- EVENTI EMERGENZA COVID-19
- ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
- EVENTI A RILEVANZA OBBLIGATORIA/NORMATIVA
- AREA EMERGENZA/URGENZA
- FUNZIONI DI STAFF
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
- DIPARTIMENTO DIREZIONE SANITARIA
- DIPARTIMENTO CARDIO TORACICO VASCOLARE
- DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
- DIPARTIMENTO AREA DELLA CRONICITA'
- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
- DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE
- DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
- DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
- DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Il PFA approvato è stato trasmesso alla RSU, alle OO.SS. della Dirigenza Sanitaria, PTA e del Comparto in data 22 aprile 2022.

Per ciascun evento previsto nel PFA sono indicati: titolo, responsabile scientifico, tipologia formativa (residenziale, sul campo, FAD, blended), edizioni previste, durata evento in ore, destinatari coinvolti, n° di posti disponibili suddivisi in personale interno ed esterno, crediti ECM-CPD assegnati (se previsti), totale ore di formazione programmate.

Particolare attenzione viene posta alla realizzazione del PFA ed alle ricadute sull'attività lavorativa:

- Valutazione del gradimento dei partecipanti (customer satisfaction)
- Valutazione dell'apprendimento
- Valutazione del risultato attraverso una relazione di fine corso
- Valutazione della ricaduta sull'Unità Operativa e/o sull'organizzazione per particolari progetti formativi.

Al PFA anno 2022, approvato dalla Direzione Aziendale con deliberazione n. 423 del 26 aprile 2022, viene data diffusione attraverso la pubblicazione sul sito internet aziendale.

La Direzione aziendale ha stabilito il budget della formazione per l'anno 2022, pari a € 115.000,00



ASST Monza

Il PFA è suscettibile di variazioni autorizzate dalla Direzione Aziendale e dettate dal sopraggiungere, nel corso dell'anno, di nuovi obiettivi aziendali e regionali, nonché di esigenze difficilmente prevedibili.

Per quanto riguarda la **FORMAZIONE ESTERNA** la partecipazione è subordinata ad una rilevanza scientifica accertata ed autorizzata dai Direttori/Responsabili che ne verificano la qualità scientifica formativa e l'attinenza al ruolo aziendale del professionista che ne fa richiesta. La formazione esterna contempla eventi che la DG Welfare ha stabilito debbano realizzarsi presso l'Accademia di Formazione per il Servizio Socio Sanitario Lombardo – Polis Lombardia.

Anche per l'anno 2022 vi è la possibilità di riconoscere, previa autorizzazione da parte della Direzione Aziendale, l'utilizzo di specifici fondi dipartimentali o finanziamenti regionali a copertura delle spese sostenute per l'attività formativa 2022 con registrazione dei costi sui corrispondenti conti di Bilancio di competenza dell'esercizio 2022.

Sponsorizzazioni

In aderenza alla normativa vigente, possono essere previste sponsorizzazioni dirette a reperire contributi in denaro, beni o servizi, messi a disposizione del Provider ECM-ASST Monza, da parte di soggetti terzi per finalità di formazione continua e/o aggiornamento. Il processo di sponsorizzazione è definito all'interno del "Regolamento per la sponsorizzazione di attività formative a carattere collettivo" deliberato con atto n. 1785 del 23 dicembre 2019.

TAB. 1: SINTESI ATTIVITA' FORMATIVA - PIANO DI FORMAZIONE 2022

	N° TIPOLOGIE FORMATIVE	N° EDIZIONI	POSTI DISPONIBILI PER DIPENDENTI ASST e assegnati a FMBBM	CREDITI FORMATIVI STIMATI PER DIPENDENTI ASST e assegnati a FMBBM	POSTI DISPONIBILI PER ESTERNI
ASST- Monza	245	464	12.229	79.821	809
Fondazione MBBM	32	45	696	8.209	5
TOTALI	277	509	12.925	88.030	814

TAB. 2: SUDDIVISIONE POSTI DISPONIBILI E CREDITI FORMATIVI PER AREE CONTRATTUALI

MACROAREE CONTRATTUALI	POSTI DISPONIBILI PER ASST - MONZA e FMBBM	CREDITI FORMATIVI STIMATI ASST - MONZA e FMBBM
DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA	3.193	27.406
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA e TECNICA	130	0
COMPARTO SANITARIO	7.851	60.624
COMPARTO AMMINISTRATIVO e TECNICO	1.751	0
TOTALE	12.925	88.030



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 disegualità 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 dall'ASST Monza 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;



ASST Monza

- 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 DELL'ASST MONZA

Al 31.3.2022 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

TABELLA 1.1 – RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER LIVELLI DI INQUADRAMENTO E GENERE

Ripartizione del personale per categorie e livelli di inquadramento:

	CATEGORIA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ASSISTENTE RELIGIOSO		1		1
AUSILIARI		2	7	9
RUOLO AMMINISTRATIVO	A			0
	B	12	50	62
	BS	8	21	29
	C	17	130	147
	D	6	37	43
	DS	5	13	18
RUOLO SANITARIO	A			0
	B		8	8
	BS	67	220	287



	C			0
	D	363	1190	1553
	DS	13	27	40
RUOLO TECNICO	A			0
	B	50	75	125
	BS	14	2	16
	C	19		19
	D	7	8	15
	DS	1		1
DIRIGENZA MEDICA		233	314	547
DIRIGENZA SANITARIA		12	43	55
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA		6	9	15
DIRIGENZA PROFESSIONALE		2	2	4
DIRIGENZA TECNICA		0	0	0

TABELLA 1.2 PERSONALE DEL COMPARTO CHE BENEFICIA DI CONTRATTO A TEMPO PARZIALE E DELLA DIRIGENZA CHE BENEFICIA A TEMPO RIDOTTO:

	Maschi	M %	Femmine	F %	Totale
Part-time Comparto Amministrativo - Tecnico	2	0,06%	93	3%	95
Part-time Comparto Sanitario	2	0,06%	189	6%	191
Part-time Dirigenza	0	0%	8	0,27%	8

Se si considera tutto il personale dipendente (2994) la percentuale di persone del Comparto che utilizza il part-time è del 9,6% mentre per la Dirigenza è il 0,27%.

TABELLA 1.3 - RIPARTIZIONE DELLE PRINCIPALI CATEGORIE DI PERSONALE PER GENERE E FASCE D'ETA'

	MASCHI				FEMMINE				TOTALE
	< 35	36<età<49	50<età<61	> 62	< 35	36<età<49	50<età<61	> 62	
PERSONALE INFERMIERISTICO	100	91	86	5	247	320	434	24	1307
TECNICI SANITARI	24	25	23	8	24	38	56	2	200
OTA - OSS	7	28	28	4	22	70	115	21	295
TECNICI NON SANITARI	7	18	55	11	5	6	61	13	176
PERSONALE AMMINISTRATIVO	9	13	22	3	11	42	167	31	298
AUSILIARI			2			1	6		9
DIRIGENZA MEDICA	32	102	64	35	50	167	72	25	547
DIRIGENZA SANITARIA	1	5	4	1	4	14	19	5	53
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA		1	3	2		2	6	1	15
DIRIGENZA PROFESSIONALE				2		1	1		4
DIRIGENZA TECNICA									



3. Piano di azioni positive 2022/2024 - 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.

Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL)

Il Piano degli Spostamenti Casa Lavoro approvato dall'ASST con deliberazione 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:

- l'attivazione e la pubblicizzazione di una apposita APP o più APP specifiche sull'aggiornamento continuo degli orari e degli itinerari dei mezzi di trasporto pubblico;
- la segnalazione, tramite il portale del dipendente, delle iniziative intraprese dal mobility manager d'area sul territorio comunale al fine di favorire forme di mobilità sostenibili (condivise) negli spostamenti casa-lavoro-casa sull'area comunale;



ASST Monza

- la possibilità d'utilizzo da parte dei dipendenti dell'ASST degli autobus che collegano la stazione di Monza e l'Università degli Studi di Milano Bicocca, adiacente al plesso ospedaliero di via Pergolesi, mediante l'attuazione di una apposita convenzione con il gestore e l'Università stessa;
- la valutazione e l'attuazione di una navetta (elettrica) dalla stazione di Monza-Struttura Via Boito-Ospedale San Gerardo Via Pergolesi per i dipendenti che volessero utilizzare il treno, se agevolati nel trasporto verso la propria sede di lavoro, da finanziare con contributi pubblici a fondo perduto, sponsorizzazioni o contributi privati;
- l'attivazione e la pubblicizzazione di una APP o mappe specifiche sui percorsi ciclabili utilizzabili per il raggiungimento della sede di lavoro da parte dei dipendenti interessati e particolarmente sensibili a tali forme di mobilità sostenibile;
- la creazione di aree di deposito custodite per il ricovero delle biciclette, compatibilmente con le condizioni strutturali del P.O. San Gerardo; una volta liberata l'area di cantiere del P.O. San Gerardo, sarà valutata anche la realizzazione di appositi spogliatoi;
- l'elargizione di sconti sugli abbonamenti dei mezzi di trasporto pubblico o altre forme di incentivazione economiche (premi, abbuoni) o la definizione di convenzioni riservate ai dipendenti dell'ASST;
- il rinnovo e l'ampliamento del parco mezzi aziendale a trazione elettrica e la realizzazione di colonnine per la ricarica dei mezzi elettrici stessi, di proprietà dell'ASST e quelli dei dipendenti, per l'implementazione di misure orientate alla mobilità condivisa di gruppi organizzati di lavoratori mediante l'utilizzo di mezzi aziendali elettrici, anche su prenotazione;
- la valutazione e l'attuazione di forme di decentramento sul territorio comunale (Ospedale Vecchio di Via Solferino 16 e Struttura di Via Boito) dell'attività amministrativa e del relativo personale dipendente potenzialmente interessato.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Piano performance
2. Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
3. Piano Triennale dei Fabbisogni
4. Piano per il Lavoro Agile
5. Piano delle Azioni Positive
6. Piano degli spostamenti casa-lavoro

avverrà con gli strumenti e le modalità descritti in ciascuna sezione, cui si rinvia.

ALLEGATI:

Allegato 1 "Registro dei Rischi triennio 2022 - 2024" - PTPTC

Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità" - PTPTC

Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione" - PTPTC

Allegato 4 "Schede progetti Azioni Positive"



ASST Monza

- 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.