



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piano Integrato Attività e Organizzazione

PIAO

Triennio 2023 - 2025

Sommario

Sommario	2
PREMESSA	7
SEZIONE I	9
LA FONDAZIONE	9
SEZIONE II	14
PARTE 1	14
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	14
COORDINAMENTO TRA RPCT E LE ALTRE FUNZIONI DEL PIAO	14
SOGGETTI COINVOLTI	16
LA PROGRAMMAZIONE DEL MONITORAGGIO	17
GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	18
Premessa	18
Obiettivi strategici	19
CONTESTO ESTERNO	19
Territorio e criminalità	19
Corruzione nella PA	21
Impatto del contesto esterno	22
Caratteristiche generali dell'organizzazione nel suo territorio	22
IL CONTESTO INTERNO E LA MAPPATURA DEI PROCESSI	24
La Valutazione del Rischio di Corruzione	25
Analisi dell'attività di gestione del rischio	26
MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	27
Codice etico e di comportamento	27
Conflitto di interesse	28
Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni	29

Rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti.....	30
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors)	31
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.	32
Attività ed incarichi extra-istituzionali	32
Patti di integrità negli affidamenti.....	33
Rotazione ordinaria del personale	34
Rotazione straordinaria del personale	35
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	36
Trasparenza in materia di erogazioni liberali.....	37
Appalti e contratti pubblici.....	37
Formazione	38
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)	38
Procedura per la pubblicazione dei dati	41
Il Responsabile per la Trasparenza.....	42
Monitoraggio e vigilanza sugli adempimenti in tema di trasparenza	42
Accesso civico	42
Iniziative per la trasparenza e coinvolgimento degli stakeholder	43
OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E MONITORAGGIO	44
Obblighi di informazione.....	44
Monitoraggio della sezione prevenzione e corruzione e trasparenza.	45
RESPONSABILITÀ	45
PARTE 2.....	49
PRESENTAZIONE DEL PIANO	49
1 LA COLLABORAZIONE CON UNIMI.....	50
2 L'ATTIVITÀ CLINICA	51

3	LA RICERCA	54
4	IL PIANO DELLE PERFORMANCE	57
5	OBIETTIVI STRATEGICI, AZIONI, INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO	58
1.1	AREA STRATEGICA R – LE RISORSE	59
1.2	AREA STRATEGICA S – LA SALUTE	61
1.3	AREA D – I DIRITTI DEI CITTADINI.....	64
	SEZIONE III.....	65
	PARTE 1.....	65
1	ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE NELLA FASE PANDEMICA.....	67
2	RIENTRO AL LAVORO DEI DIPENDENTI PUBBLICI E LINEE GUIDA - MONITORAGGIO ANNO 2022	70
3	MODALITÀ ATTUATIVE	71
3.1	SEZIONE 1 – ACCESSO AL LAVORO AGILE	73
3.2	SEZIONE 2 – ACCORDO INDIVIDUALE E OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO.....	74
3.3	SEZIONE 3 – CRITERI PREFERENZIALI	75
3.4	SEZIONE 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO	77
3.5	SEZIONE 5 – SEDE LAVORATIVA E CONDIZIONI TECNOLOGICHE, PRIVACY E SICUREZZA	77
3.6	SEZIONE 6 – MODALITA’ DI SVOLGIMENTO E DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE.....	80
3.7	SEZIONE 7 – SICUREZZA E TUTELA SUL LAVORO.....	82
3.8	SEZIONE 8 – FORMAZIONE DEL LAVORATORE AGILE	83
3.9	SEZIONE 9 – LAVORO DA REMOTO	83
4	PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE	83
	PARTE 2.....	86
	PARTE 3.....	115

121 [TABELLE](#)

122 [TABELLE](#)

123 [TABELLE](#)

124 [TABELLE](#)

127 [TABELLE](#)

129 [TABELLE](#)

PARTE 4.....	130
PREMESSE	130
1. AREA 1: FORMAZIONE, DIVULGAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL C.U.G.....	134
1.1 - AZIONE N. 1 – COSTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA	134
1.2 - AZIONE N. 2 – PROMOZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL CUG ED ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI/INFORMATIVI PER TUTTI I DIPENDENTI	134
1.3 - AZIONE N. 3 – NOMINA DEL/DELLA CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA .	134
1.4 - AZIONE 4 – MIGLIORARE L’EFFICACIA DEL C.U.G. TRAMITE IL CONFRONTO E LO SCAMBIO DI ESPERIENZE CON ALTRI C.U.G., ALTRE AZIENDE E ALTRI SOGGETTI PRESENTI SUL TERRITORIO.....	135
1.5 - AZIONE 5 – AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI CONDOTTA PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SESSUALE E DEL MOBBING.....	135
2. AREA 2 – BENESSERE LAVORATIVO, ORGANIZZATIVO, STRESS LAVORO CORRELATO, CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA – TEMPI DI LAVORO .	135
2.1 - AZIONE N. 6 – MOBILITÀ.....	135
2.2 - AZIONE N. 7 – PARCHEGGI PER I DIPENDENTI	136
2.3 - AZIONE N. 9 – INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE A TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	136
2.4 - AZIONE N. 10 – CENTRO ANTI FUMO	136

2.5	- AZIONE 11 – SERVIZIO DI ASCOLTO AI DIPENDENTI VITTIME DI AGGRESSIONE VERBALE E/O FISICA	137
2.6	- AZIONE 12 – STESURA DEL GENDER EQUALITY PLAN (GEP)	138
2.7	- AZIONE 13 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI DEI DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI	138
2.8	- AZIONE 14 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE TARIFFE PER LA DEGENZA NEL REPARTO SOLVENTI SANTA CATERINA DELLA CLINICA MANGIAGALLI	138
2.9	- AZIONE 15 – REALIZZAZIONE DI CORSI DI MINDFULNESS PER I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE	139
	SEZIONE IV	139
	ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E DISPOSIZIONI FINALI	139

PREMESSA

Il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO), prevedendone l'adozione, di norma, entro il 31 gennaio di ogni anno.

Tale termine del 31 gennaio, con un comunicato del 17.1.2023 - pubblicato in data 25.1.2023 sul sito ufficiale dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, è stato successivamente differito, anche per gli enti del SSN, al 31.3.2023.

Alla luce, tra l'altro, dei cambiamenti del quadro di riferimento internazionale e nazionale, anche al termine del periodo emergenziale che hanno particolarmente coinvolto gli enti sanitari, il PIAO rappresenta, allo stato attuale, un atto di avvio di pianificazione aziendale con l'intento di avviare nel tempo un vero e proprio processo di omogeneizzazione tra i singoli strumenti di programmazione.

Il PIAO, difatti, rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Si tratta di un unico documento che sostituisce una serie di Piani che la Fondazione era tenuta, per specifiche previsioni di stampo nazionale o regionale, a predisporre e che ora trovano collocazione nel presente documento e, ciò, pur sempre nel rispetto dei relativi termini e delle relative indicazioni fornite di volta in volta dai competenti organi.

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

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

Come detto, tale piano, con valenza triennale e aggiornamento annuale, accorpa i Piani che concorrono al Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione e

Trasparenza a quelli con impatto sull'organizzazione e sul Capitale Umano (es. Lavoro Agile e Formazione).

Nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e sulla base delle indicazioni ministeriali al riguardo, il Piano è strutturato in specifiche sezioni.

1. Nella prima sezione verranno tracciati gli elementi identificativi della Fondazione con illustrazione delle relative peculiarità.

2. Nella seconda sezione troverà spazio il tema della prevenzione della corruzione con i contenuti riguardanti anche la trasparenza e il piano aziendale delle performance.

3. Nella terza sezione invece verrà trattato il tema del capitale umano proponendo le misure inerenti il lavoro agile, il piano formativo, il piano dei fabbisogni e le azioni positive.

4. Infine, l'ultima sezione riguarderà il monitoraggio con la definizione degli ambiti di misurazione della funzionalità del presente documento.

SEZIONE I

LA FONDAZIONE

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

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

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

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

- rafforzare il ruolo di centro di riferimento all'interno delle reti nazionali e internazionali che ne evidenziano le attività distintive quali, tra le altre,

l'emergenza/urgenza nell'adulto e nel bambino, i trapianti, l'assistenza materno-infantile e la presa in carico dei pazienti con malattie rare;

- promuovere la ricerca traslazionale e tutelare la proprietà dei suoi risultati;
- attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- riqualificare da un punto di vista urbanistico e architettonico tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale.

Nell'aggiornamento del presente documento non si può non tener conto delle modifiche approvate all'organizzazione aziendale a seguito di approvazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, redatto nel rispetto delle vigenti disposizioni normative nazionali e regionali.

La Fondazione ha adottato un modello dipartimentale ("...l'Organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie..."), inteso come insieme di "strutture complesse aggregate" e diretto da un Direttore.

L'attuale modello organizzativo, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, deve costituire l'ambito privilegiato nel quale contestualizzare le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Tutto quanto sopra, tenuto conto che l'emergenza pandemica ha investito in maniera estremamente rilevante tutto il Sistema Sanitario Nazionale con la necessità di dover adeguare le proprie attività ai nuovi bisogni sanitari.

Difatti, rispetto al precedente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, alcuni settori hanno subito mutamenti sia in termini di gestione delle attività sia in termini di organizzazione dei servizi.

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

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

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Direttore Generale coadiuvato da Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario;
- il Direttore Scientifico;
- Collegio Sindacale.

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

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

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

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

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

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

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

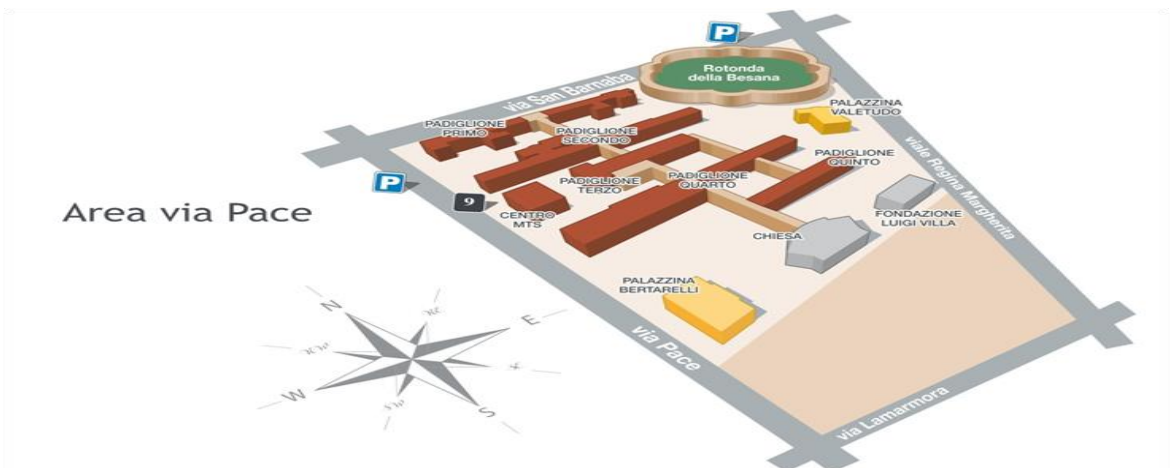
- Psichiatria Territoriale - Via Ripamonti 20;
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Viale Puglie 33/Viale Ungheria 29/Via F. Sforza 35;
- Cascina Brandezzata – via Ripamonti 428.

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

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



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



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



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

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

SEZIONE II

PARTE 1

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2023-2025

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

COORDINAMENTO TRA RPCT E LE ALTRE FUNZIONI DEL PIAO

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

Per la tipologia delle attività trattate e il loro impatto sull'organizzazione, ai fini della stesura del PIAO, la Direzione Amministrativa ha incaricato la direzione della SC Gestione e

Sviluppo delle Risorse Umane del coordinamento di tutte le funzioni e coinvolte nella programmazione e monitoraggio dei diversi Piani confluiti nel PIAO.

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

Attualmente non sono disponibili soluzioni informatiche che consentano la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento dei Piani si fondano, pertanto su un sistema di reportistica cartaceo.

La prevenzione della corruzione e Trasparenza coinvolge tutta l'organizzazione, compresa l'area ospedaliera, il RPCT collabora generale attivamente con tutte le direzioni e le funzioni più operative in ambito sanitario.

RETE CON ALTRE STRUTTURE

La Fondazione ha sempre aderito alla rete del Gruppo di Lavoro dei 4 IRCCS, coordinato dall'Istituto Nazionale dei Tumori e attivo dal 2017. Attraverso la rete con gli altri IRCCS è stato possibile condividere nel tempo i criteri di sviluppo della programmazione triennale e la formazione. L'adozione del PIAO e il periodo di transizione ha reso più difficile la condivisione, ma resta un punto fermo la formazione che nel 2022 è stata organizzata a cura del IRCCS Besta con il corso piao e pna 2022 per le 4 fondazioni irccs di diritto pubblico.

A livello territoriale più ampio, invece, la Fondazione partecipa al:

- gruppo degli RPCT lombardi, coordinati dall'ATS Val Padana. Negli ultimi anni la rete degli RPCT strutture lombarde ha supportato significativamente la circolazione delle informazioni e, laddove richiesto, un confronto sulle novità e sugli adempimenti in divenire;
- gruppo coordinato dal RPCT di Regione Lombardia, che ha promosso incontri di confronto e connessioni con le altre funzioni attraverso l'organizzazione di webinar (es. antiriciclaggio, internal audit).

A livello nazionale la Fondazione partecipa a due tavoli rotonde virtuali:

- il Forum degli RPCT presso l'ANAC;
- la Comunità di Pratica organizzata dalla SNA.

Gli incontri e i dibattiti organizzati da questi due Enti sono di alto livello e permettono, tenuto conto del periodo più recente caratterizzato da forti cambiamenti, di meglio contestualizzare la normativa in materia nella realtà della pubblica amministrazione.

SOGGETTI COINVOLTI

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

Gli organi di indirizzo: tutti gli organi strategici, in via diretta o indiretta, sono sempre coinvolti nelle attività finalizzate alla prevenzione della corruzione e trasparenza attraverso il confronto, la definizione di proposte e pareri e all'adozione, per competenza, degli atti di carattere generale e organizzativo-gestionale finalizzati allo sviluppo delle attività. Gli organi sono:

- il Presidente e il Consiglio di Amministrazione
- il Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario
- il Direttore Scientifico: con particolare riferimento all'attività di ricerca e sperimentazione

Le strutture di controllo interno: pur con prospettive e modalità diverse, gli organi di controllo concorrono alla verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, e monitorano l'attuazione delle misure di prevenzione. L'integrazione tra gli organi di controllo è fondamentale per condividere a livello organizzativo gli esiti dell'attività di controllo. A questi il RPCT attinge per la rivalutazione della Piano di prevenzione e Trasparenza. In Fondazione tale condivisione è agevolata dal fatto che il RPCT è anche Responsabile Qualità e Internal Auditing. Gli organi di controllo sono:

- il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
- l'Internal Auditing
- la Qualità, la Fondazione è certificata ISO 9001:2015 per l'attività di "Progettazione ed erogazione di servizi di ricovero e cura in regime ordinario e di urgenza, ambulatoriale, di day hospital e day surgery. Progettazione di ricerca scientifica. Progettazione ed erogazione di servizi amministrativi e tecnico-amministrativi di supporto".

Le strutture e funzioni in possesso di dati e informazioni che svolgono un ruolo di interfaccia, di scambio e condivisione dell'informazione e dei dati a disposizione molto importante. Il dialogo e il confronto del RPCT con queste strutture sono sistematici e in alcuni casi istituzionalizzato. Sono:

- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) con il quale il RPCT ha avviato un tavolo di lavoro la definizione dei flussi informativi da condividere e la modalità con cui farlo;
- il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione e aggiornamento della Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA). L'individuazione del RASA è a tutti gli effetti una misura organizzativa di trasparenza con valenza di prevenzione della corruzione. In Fondazione la funzione è ricoperta dal Dott. Riccardo Ruscica, Direttore ff della UOC Acquisti, Appalti e Logistica;
- il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio con il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione

ritenuta a rischio. In Fondazione la funzione è ricoperta dal dott. R. Alberti, Direttore della UOC Gestione Economico Finanziaria;

- il Data Protection Officer (D.P.O.), in Fondazione il DPO è la prof.ssa S. Castaldi, Direttore della SC Qualità
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con l'URP collabora l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) che svolge un ruolo autonomo e indipendente di tutela e rappresentanza dei cittadini;
- Il Servizio legale e delle Assicurazioni presiede il Comitato di Valutazione dei sinistri a cui il RPCT si rivolge, perché rappresenta un'interfaccia importante "sullo stato della relazione di cura".

La relazione tra il RPCT e le restanti funzioni aziendali è improntata sulla massima collaborazione, il RPCT promuove ogni iniziativa di cui è a conoscenza presso i colleghi interessati e organizza gruppi di lavoro e incontri di approfondimento. Nel 2022 il gruppo dei referenti delle strutture dell'area degli Acquisti si è riunito a più riprese su tematiche comuni (es. risultati degli indicatori, gli obblighi di pubblicazione, la formazione) per condividere le linee di attività. In particolare, ha lavorato su:

- l'utilizzo dell'applicativo T&T per la fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (D.G.R. XI/6605 del 30 giugno 2022);
- il Regolamento sulla disciplina del Whistleblowing in Fondazione;
- la revisione del Codice di Comportamento.

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

LA PROGRAMMAZIONE DEL MONITORAGGIO

Per quanto la Fondazione promuova la più ampia conoscenza dei contenuti del Piano per favorire la partecipazione di chiunque sia un portatore di interesse nelle attività di programmazione monitoraggio, la responsabilità del monitoraggio della presente sezione è del RPCT, che ogni anno predispose una relazione sulla sua attuazione (ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). La relazione è trasmessa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e al Consiglio di Amministrazione e viene pubblicata sul sito web aziendale in conformità alle indicazioni fornite dall'ANAC.

Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio, il controllo sull'attuazione delle misure avviene in due modalità:

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

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

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

Nell'anno 2022 è emersa la necessità di una migliore definizione delle due modalità di valutazione per evitare che nei fatti siano una sovrapposizione della stessa attività con il rischio di una ricezione acritica dei contenuti.

In linea con le indicazioni del PNA 2022, pertanto, nel 2023 gli incontri intermedi assumeranno sempre più la forma di audit interni con esiti oggettivi, un monitoraggio di secondo livello che si affianca a quello di primo livello attuato dalle strutture nel Riesame.

In Fondazione la funzione di RPCT e di Internal Audit sono ricoperte dagli stessi soggetti; gli audit, quindi, potrebbero assumere rilievo per entrambe le funzioni.

Il monitoraggio di primo livello attuato nel Riesame rileva criticità, invece, nel coordinamento tra la reportistica e la tempistica fissate nella Procedura sul Riesame, che sarà pertanto rivalutata nel 2023.

*Il perfezionamento del sistema di monitoraggio attraverso l'attuazione di audit e la rivalutazione della procedura sul Riesame ISO 9001 sono un **obiettivo 2023** del presente Piano.*

GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Premessa

La strategia di prevenzione della corruzione si fonda, nelle intenzioni del legislatore che ha istituito il PIAO, su una visione ampia di VALORE PUBBLICO per la quale il miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio (PNA ANAC 2022) non dipende solo da obiettivi finanziari/monetizzabili, ma anche da obiettivi socio-economici che coprono altre dimensioni del vivere individuale e collettivo. In questa prospettiva la prevenzione della corruzione è parte del valore pubblico e contribuisce a generarlo riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Da un punto di vista dello sviluppo e definizione degli obiettivi, la Fondazione tiene conto:

- degli esiti del processo di gestione del rischio (definizione e valutazione del rischio, definizione e controllo delle misure di mitigazione del rischio)
- dell'analisi del contesto esterno ed interno ovvero dall'analisi del rischio in termini di possibile esposizione a fenomeni corruttivi

Obiettivi strategici

Di seguito le linee strategiche che caratterizzano la Politica di Fondazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Le stesse sono declinate in obiettivi specifici e misurabili nei capitoli della presente sezione del PIAO che trattano l'argomento di riferimento.

1. **Miglioramento progressivo** del processo di integrazione degli strumenti di programmazione per l'elaborazione del PIAO, rendendolo più funzionale alla realizzazione degli obiettivi di generazione di valore pubblico
2. **Sviluppo di un processo integrato di analisi e monitoraggio del rischio** di corruzione che risponda ai principi di dinamicità, modularità e progressività e che tenga conto del tessuto organizzativo di Fondazione
3. **Miglioramento del processo di pubblicazione degli obblighi di trasparenza** finalizzato a una gestione puntuale e fluida del controllo interno e della pubblicazione delle informazioni in linea con la normativa vigente
4. **Condivisione delle buone pratiche** attraverso una partecipazione attiva alle reti istituzionali e volontarie del territorio e crescita del confronto all'interno della Fondazione attraverso l'istituzione di tavoli di lavoro su temi specifici (es. UPD – Ufficio sinistri e contenziosi).
5. **Rafforzamento della formazione e informazione** in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza all'interno della Fondazione.
6. **Aggiornamento continuo** delle regole di comportamento alla base del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la rivalutazione dei Regolamenti pubblicati nei Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità di Amministrazione Trasparente. La rivalutazione si intende necessaria per i Regolamenti che non sono stati rivisti negli ultimi cinque anni.

CONTESTO ESTERNO

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

Territorio e criminalità

L'ultima Relazione della DIA (Relazione 2° semestre 2021 - Direzione Investigativa Antimafia) evidenzia le diverse forme di criminalità organizzata, nazionale e straniera, presenti nella città metropolitana di Milano e nelle province di Monza e della Brianza e Como, che si manifestano attraverso attività illecite tradizionali, ma soprattutto con reati fiscali, infiltrazione negli appalti, riciclaggio dei capitali illecitamente acquisiti, reati ambientali e corruzione.

In linea con il 2021 il nord Italia, caratterizzato da un'economia più forte, rileva un incremento delle attività di riciclaggio e impiego di denaro "sporco" rispetto al resto del territorio nazionale, a dimostrazione di quanto le mire mafiose siano più interessate ai mercati economici dei territori più forti.

In tale ambito assume particolare rilievo l'attività svolta dalla DIA relativamente alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosa. La cornice normativa di riferimento delineata dal d.lgs. n. 231 del 21 novembre 2007 assegna infatti alla DIA il potere di accertare e contestare¹ le violazioni degli obblighi disciplinati dallo stesso decreto ed il compito di effettuare gli approfondimenti investigativi attinenti alla criminalità organizzata, delle informazioni ricevute nell'ambito della cooperazione internazionale e delle segnalazioni di operazioni sospette-SOS trasmesse dalla UIF.

Attenendosi al solo secondo semestre 2021 la DIA ha proceduto all'analisi di 68.955 segnalazioni di operazioni sospette riconducibili a 639.074 soggetti segnalati dei quali 437.372 costituiti da persone fisiche. Il flusso documentale in questione risulta superiore del 17% circa rispetto a quello dell'analogo intervallo temporale dello scorso anno, in cui sono state analizzate complessive 58.985 segnalazioni.

Nell'ambito del predetto processo di analisi massiva delle 68.955 SOS hanno assunto rilievo per i profili d'interesse della DIA 10.485 segnalazioni. Più in dettaglio 1.982 SOS hanno evidenziato profili di attinenza alla criminalità mafiosa mentre 8.503 SOS sono risultate riconducibili a c.d. reati spia/sentinella. La Lombardia si colloca al secondo posto.

REGIONE	RETI ATTINENTI LA C.O.	RETI SPIA	TOTALE	%
Lazio	18.710	33.530	52.240	16,11%
Lombardia	15.536	36.483	52.019	16,04%
Campania	14.239	25.724	39.963	12,32%

Dai predetti approfondimenti assumono infine specifico rilievo quelle condotte dalla DIA in relazione ai particolari rischi ai quali è esposto il sistema finanziario in conseguenza dell'emergenza sanitaria innescata nei primi mesi del 2020 dalla diffusione del SARS-CoV-2.

In tale contesto in sinergia con gli altri principali attori istituzionali del sistema di prevenzione del riciclaggio la DIA svolge infatti un'azione mirata sui flussi documentali di segnalazioni di operazioni sospette ricondotte¹¹ al relativo fenomeno dall'Unità d'informazione finanziaria – UIF.

In dettaglio nel semestre in esame nell'ambito delle 68.955 segnalazioni di operazioni sospette analizzate dalla DIA il 4,5% circa delle stesse (ovvero 3.139 SOS) risulta riconducibile, a vario titolo, al c.d. fenomeno Covid.

Com'è noto attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁷¹ (PNRR) verranno avviati una serie di investimenti volti al rilancio delle economie dei Paesi dell'UE membri dopo un lungo periodo di rigide restrizioni e perdite macroscopiche dei volumi di PIL tramite tranche di erogazione di fondi europei. Contestualmente verranno condotti una serie di monitoraggi e di contromisure a tutti i livelli istituzionali utili a contrastare oltre al probabile diffondersi di fenomeni corruttivi le mire della criminalità organizzata credibilmente attirata⁷² dall'imponenza di tali flussi di denaro.

Pertanto permane il rischio che i sodalizi più evoluti e con una maggiore vocazione "imprenditoriale" avendo la capacità di adattarsi rapidamente ai mutamenti socio-economici sappiano

approfittare delle nuove opportunità di investimento inserendosi nel circuito dei finanziamenti anche con forme di “assistenza sociale” alternativa. La loro più marcata propensione è quella di comprendere tempestivamente ogni variazione dell’ordine economico e di trarne il massimo beneficio.

L’economia mafiosa è notoriamente orientata oltre che all’autosostentamento ed al finanziamento delle proprie attività criminali anche all’immissione dei proventi di origine delittuosa accumulati nel circuito economico legale allo scopo di realizzare profitti apparentemente leciti, tra l’altro senza esposizione al c.d. “rischio d’impresa”, provocando in ciò distorsioni alle normali dinamiche di mercato e del sistema finanziario.

L’indicazione permane quella di mantenere alta l’attenzione nei confronti dei settori sanitari maggiormente a rischio di pressioni. Il controllo da parte delle stazioni appaltanti non deve fermarsi alla fase di assegnazione dell’appalto, ma continuare in quella dell’esecuzione lavori/fornitura servizio.

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

Corruzione nella PA

Con una taglio diverso Transparency International Italia (Associazione a scopo sociale in partnership con RL su molte iniziative in materia di anticorruzione) rileva il Corruption Perceptions Index, oggi il principale indicatore globale della corruzione nel settore pubblico. L’indice offre un’istantanea annuale del grado relativo di corruzione classificando paesi e territori di tutto il mondo. Nel 2012, Transparency International ha rivisto la metodologia utilizzata per costruire l’indice per consentire il confronto dei punteggi da un anno all’altro. Secondo tale rilevazione l’Italia si colloca al 41° posto con un punteggio 2022 di 56/100. Dal 2012 lo score è migliorato, ma dallo scorso anno è assestato sullo stesso punteggio.

WESTERN EUROPE / EUROPEAN UNION

ITALY

Score

56/100 [What does the CPI score mean?](#)

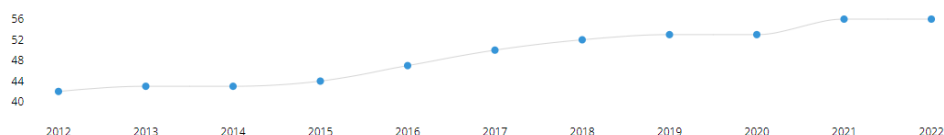
Rank




41/180

Score change

0 since 2021

Score changes 2012 - 2022



Share how your country is doing   

La Fondazione segue con attenzione le iniziative di Transparency, da cui ha mutuato in particolare l'applicativo per le segnalazioni di whistleblowing, tenuto conto che questa Associazione rappresenta uno dei principali interlocutori a livello nazionale di ANAC e della SNA (Scuola Nazionale per la PA)

Impatto del contesto esterno

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

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

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

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

Caratteristiche generali dell'organizzazione nel suo territorio

La Fondazione si caratterizza sul territorio nazionale e regionale per l'integrazione tra assistenza, ricerca (IRCCS) e formazione (Convenzione con l'Università degli Studi di Milano). In quanto IRCCS multi specialistico il suo bacino di utenza non si limita a quello milanese, ma i suoi servizi si rivolgono a tutto il territorio lombardo e italiano, di cui si ricordano in tabella le caratteristiche demografiche al 01.01.2022.

Dato ISTAT al 1 Gennaio 2022

Sesso	maschi		femmine		totale	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Territorio						
Italia	28864088	28818956	30393478	30211177	59257566	59030133
Lombardia	4882206	4881528	30393478	5061476	9966992	9943004
Milano	1577467	1564438	1672354	1650192	3249821	3214630

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

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

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

Dal punto di vista patrimoniale va ricordato che la Fondazione è il più grande proprietario terriero della Lombardia e tra i primi in Italia con oltre 85 milioni di metri quadri di superficie agricola coltivata. La necessità di separare l'attività sanitaria da quella immobiliare ha comportato la scelta di costituire un ente apposito. A tal fine nel 2014 è stata autorizzata la costituzione della attuale Fondazione Patrimonio Ca' Granda che ha progressivamente preso in gestione il patrimonio della Fondazione e la cui denominazione vuole sottolineare l'importanza del mandato: finanziare con il patrimonio tutte le attività del Policlinico a cui il Fondo Sanitario Regionale non può provvedere; non solo la ricerca, ma anche l'umanizzazione delle cure e la tutela dei beni culturali.

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

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

- sede di ricovero privilegiato per la popolazione anziana residente nel centro di Milano

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

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

L'attività della Fondazione, relativa all'emergenza-urgenza, è molto importante nell'area metropolitana di Milano per la quale è la struttura sanitaria che offre il maggior numero di prestazioni. Il servizio di pronto soccorso viene erogato in tre sedi diverse: Ginecologia in Clinica Mangiagalli, Pediatria in Clinica De Marchi e Generale in Padiglione Guardia-via Sforza. I tre servizi di Pronto soccorso garantiscono prestazioni in tutte le branche specialistiche ad eccezione di quella Cardiochirurgica.

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

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

IL CONTESTO INTERNO E LA MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

La mappatura tiene conto anche delle attività che la Fondazione ha esternalizzato, in considerazione di quanto emerge nell'analisi del contesto esterno e dell'importanza del controllo interno sulle attività erogate da terzi.

Come dichiarato nel precedente PIAO, nel 2022 indagini coordinate dalla procura di Milano hanno condotto all'arresto di due dipendenti della Cooperativa esterna che gestisce il magazzino farmaceutico ed economale di I livello per il furto di farmaci ad alto costo. Nonostante la somministrazione delle terapie ai pazienti non abbia mai subito alcun ritardo o problema e nonostante l'attività di verifica interna della Farmacia, quanto successo ha imposto un'analisi di processo rivolta all'intero flusso di fornitura, ricezione, accettazione, stoccaggio e distribuzione del

farmaco con una revisione delle procedure ad esso associate. Tale attività è stata effettuata e si rende, pertanto, utile una valutazione interna del processo a supporto del lavoro eseguito.

*Alla luce di quanto sopra il Piano di Internal Audit per l'anno 2023 prevede di continuare l'attività di controllo avviata nel 2022 su servizio esternalizzato (trasporti) , per gli aspetti di follow up e di avviare in ambito di Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), area di bilancio riferita alle rimanenze (area E), **audit sulla gestione esternalizzata del magazzino farmaceutico.***

La Valutazione del Rischio di Corruzione

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

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

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

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

Gli indicatori, invece, sono:

1. livello di interesse esterno (presenza di benefici o interessi economici)
 2. grado di discrezionalità del decisore (es. poca normativa, assenza regole scritte)
 3. eventi corruttivi nel passato (es. precedenti giudiziari, ricorsi amministrativi)
 4. opacità del processo decisionale (es. assenza di strumenti di trasparenza)
 5. grado di coinvolgimento del responsabile (la scarsa attenzione al tema può indurre ad una sottostima dei rischi reali)
 6. grado qualità (attuazione) delle misure (attraverso gli indicatori)
- la ponderazione del rischio allo scopo di fissare le priorità che è stata mantenuta ai livelli di: alta, media e bassa.

Ad oggi i processi mappati afferiscono alle seguenti:

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

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

- misure generali o di sistema: con impatto trasversale sull'organizzazione, indicate dalla normativa, da ANAC o da altre fonti e illustrate nel prossimo capitolo
- misure specifiche e ulteriori, obbligatorie in quanto allegate al presente Piano (Allegato XX).

Trattandosi di misure specifiche per ciascuna di esse sono riportati i seguenti elementi descrittivi di programmazione:

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

Analisi dell'attività di gestione del rischio

Nel 2022 era stata rilevata la necessità che l'analisi del rischio, come delineata nel paragrafo precedente, dovesse diventare un'attività sistematica ben inserita nel tessuto organizzativo e che le misure specifiche di mitigazione del rischio rilevassero in modo più adeguato e concreto ai fini dei controlli interni. Per tale motivo si era dichiarato di insistere su tre linee:

l'integrazione delle misure nel sistema di gestione per la qualità per semplificare e ridurre il carico di lavoro in capo alle strutture e valorizzare la funzione degli indicatori all'interno delle organizzazioni

l'affiancamento da parte del RPCT e suo staff durante la rivalutazione dei rischi, per supportare il Dirigente e Referente nella definizione delle misure

la formazione, che è stata erogata come da previsione, inserita come corso obbligatorio e confermata per il 2023.

Dal Piano 2022 il processo di valutazione del rischio è stato effettuato utilizzando la metodologia di tipo qualitativo, e non solo quantitativo, introdotta da ANAC con PNA 2019 e con una previsione di progressivo ampliamento di tale metodologia.

Dal punto di vista dei contenuti, le misure sono attuali e valide, e le valutazioni di dettaglio viene riportate nelle Relazioni Annuali, ma da un punto di vista organizzativo, a partire dal secondo semestre del 2022, è intervenuto un Progetto con un forte impatto sull'attività fino a qui descritta.

La Fondazione, infatti, è entrata a far parte del **Progetto Enterprise Risk Management per le aziende sanitarie lombarde** che ha l'obiettivo di diffondere l'applicazione dei sistemi di risk management a tutti i processi di supporto all'attività sanitaria. Il Progetto prevede una Fase Pilota di cui fanno parte solo alcune strutture (gruppo eterogeneo per tipologia e grandezza: IRRCS Policlinico, ASST Niguarda, ASST Mantova, ASST Pavia, ASST Valtellina e ATS Milano) con l'obiettivo di una mappatura e valutazione dei rischi del 50% dei processi di supporto secondo il sistema Enterprise Risk management (ERM). A partire dal 2023 è prevista l'estensione della mappatura a tutti i processi aziendali.

Le strutture coinvolte allo stato attuale in Fondazione sono la Direzione Scientifica per la parte di ricerca e sperimentazioni, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la SC Approvvigionamenti ed Economato, con i quali è stato elaborato un Registro dei rischi.

*Si rende necessario adottare un **unico sistema di valutazione del rischio**, operazione che era già avviata con il sistema ISO 9001, tanto più le che le strutture più coinvolte tale valutazione sono sempre le stesse. Tale criticità è stata portata all'attenzione di AON, responsabile del Progetto, che si è dimostrato collaborativo e attento. **Obiettivo 2023** è realizzare degli incontri per assicurarsi che la valutazione del rischio proposta dal sistema ERM soddisfi quanto raccomandato dalle LG ANAC e sia, pertanto, mutuabile ed estensibile nell'organizzazione senza sovraccarichi e stratificazione di metodologie con lo stesso obiettivo.*

MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Codice etico e di comportamento

In linea con quanto previsto nel D.P.R. n. 62/2013, la Fondazione ha adottato un Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti, revisionato con deliberazione consiliare n. 140/2018, a seguito dell'emanazione delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" di ANAC (delibera n. 358 /2017).

Il Codice è strettamente connesso alla politica di prevenzione della corruzione, in quanto le misure di mitigazione del rischio corruttivo, strutturate in attività da svolgere in tempi definiti con risultati attesi, si traducono in doveri di comportamento con inevitabile impatto sul Codice.

La valutazione ex post sull'attuazione delle misure di mitigazione del rischio e sul raggiungimento degli obiettivi ad esse correlati permette, inoltre, di capire se e dove sia possibile intervenire con la previsione di doveri di comportamento di cui tenere conto nel Codice.

In occasione dell'individuazione di una nuova misura di prevenzione della corruzione, pertanto, le funzioni preposte devono sempre considerare le possibili ricadute che tale misura può avere sull'adozione di comportamenti nuovi da integrare nel Codice.

Per ciò stesso il Codice costituisce uno strumento guida, suscettibile di un costante adeguamento e l'attuazione dei doveri previsti nel Codice è tenuta in considerazione nell'ambito della performance individuale e organizzativa del personale.

Per quanto esprima anche i valori che ispirano la Fondazione nel suo operare, in nessun modo il Codice va confuso con un Codice Etico. La violazione delle disposizioni contenute nel Codice, infatti, integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare da accertarsi in sede di procedimento disciplinare, con rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale nei casi e nelle modalità eventualmente oggetto di accordo tra la Fondazione e le rappresentanze sindacali interne. Laddove accertato, la violazione possa dare luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile (art. 54, co. 3, del d.lgs. 165/2001).

A seguito del suo insediamento nel 2021, il RPCT ha preso in carico l'aggiornamento del Codice tenuto conto delle più recenti Linee Guida ANAC (delibera n. 177/2020). Nel PIAO 2022 l'obiettivo era di revisionarlo entro il 2022. La revisione è stata effettuata in collaborazione con la SC Gestione e Sviluppo del Personale e la Bozza del Codice Etico e di Comportamento (nella nuova revisione solo Codice di Comportamento) è stata pubblicata in consultazione sul Sito e trasmessa al NdV.

Obiettivo del 2023 è l'adozione del Codice, attualmente in sospenso per le vicende legate all'emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica di adozione del nuovo Schema di Codice di Comportamento che ha ricevuto il parere contrario del Consiglio di Stato.

Conflitto di interesse

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

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

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

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

Quest'ultima misura non solo rappresenta una buona prassi di lavoro, ma permette di presidiare in via preventiva un ambito problematico da gestire con misure ex post di mitigazione del rischio, come la rotazione ordinaria degli incarichi.

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

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

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

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

Resta ferma la disciplina nell'area dei Contratti, con riferimento al conflitto di interessi in capo ai dipendenti della stazione appaltante e delle commissioni giudicatrici, per le quali si rimanda al capitolo inerente.

*Tenuto conto dell'importanza della materia, è confermata anche per l'anno 2023 l'opportunità di elaborare **una disciplina per la gestione delle situazioni di conflitto di interesse** in Fondazione che uniformi la modulistica in uso e che*

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

La materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico è regolamentata dal d.lgs. 39/2013, in cui sono disciplinati i casi di inconferibilità e

incompatibilità. La disciplina è completata dalle linee guida in argomento emanate da ANAC nel 2016.

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

Ai fini dell'efficacia dell'incarico, l'interessato ha l'obbligo di rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità ex d.lgs 39/2013. Tale dichiarazione non vale ad esonerare la Fondazione dal dovere di accertare i requisiti necessari alla nomina, garantendo la massima cautela e diligenza nella valutazione della dichiarazione resa.

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

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

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

Come riportato per la materia del conflitto di interessi, è in via di valutazione l'opportunità di elaborare una procedura di conferimento degli incarichi.

Rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti

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

A tal fine, il Dirigente Responsabile dei settori individuati nell'Allegato 1, dovrà garantire che i componenti delle commissioni di gara, nell'ambito della prima seduta, compilino apposita

dichiarazione in cui ciascun componente attesti l'inesistenza di eventuali rapporti o relazioni di parentela con i soggetti destinatari del contratto di cui la gara stessa.

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

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

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

In attuazione della già menzionata norma ed in coerenza con le indicazioni ANAC, la Fondazione dispone:

- che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico per dimissioni volontarie, di sottoscrivere una dichiarazione con cui prende conoscenza di quanto previsto all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
- che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia previsto che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui al comma 16-ter, dell'art. 53 del lgs. n. 165/2001;
- che sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- che si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165 del 2001.

Alla luce dell'aggiornamento del PNA 2023 (delibera ANAC n. 1074 del 21-11-2018) e della sezione speciale inerente il Pantouflage, la Fondazione prevede come obiettivo 2023 l'istituzione di un apposito tavolo di lavoro per allineare le previsioni delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage, nelle diverse tipologie di incarico attribuiti in Fondazione. Il tavolo inoltre deve valutare la possibilità di motivare individuare una percentuale minima di campione da sottoporre a verifica.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

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

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

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

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

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

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

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

Attività ed incarichi extra-istituzionali

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

di incarichi extraistituzionali” in coerenza con e linee guida regionali del 25 luglio 2018 in materia di sponsorizzazioni.

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

- si prevede, ai fini del rilascio di autorizzazioni all’esercizio di incarichi ai dipendenti della Fondazione, di fare riferimento ai criteri oggettivi e predeterminati presenti nel predetto “Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali” entrato in vigore il 15 novembre 2015;
- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall’art. 53, comma 7, del d.lgs. n. 165/2001, le amministrazioni devono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali;
- i criteri di valutazione, di cui l’art. 9 del regolamento, prevedono tra le altre cose, un tetto massimo di impegno orario richiesto per l’incarico e un corrispettivo annuo massimo da non superare;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all’amministrazione anche l’attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12, dell’art.53 del d.lgs. n. 165/2001); in questi casi, l’amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l’eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale;
- il regime delle comunicazioni al D.F.P. avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni.

Patti di integrità negli affidamenti

- Regione Lombardia, con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014, ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, in sostituzione del Codice etico degli appalti adottato con la D.G.R. n. 1644 del 4 maggio 2011.
- Il Patto di integrità che rappresenta, una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici, si applica alle procedure di affidamento, le cui determinazioni a contrarre, ex art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016, siano assunte dalle Amministrazioni aggiudicatrici a decorrere dall’entrata in vigore della deliberazione.
- Con DGR del 17 giugno 2019 – n. XI/1751 “Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all’all. A1 alla l.r. 27 dicembre 2006, n. 30” Regione Lombardia ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali.
- Si tratta dell’accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell’art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta

finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati.

- Il documento disciplina i comportamenti tenuti dagli operatori economici e dai dipendenti della Regione Lombardia e dei soggetti del Sistema regionale di cui all'All. A1 della LR n. 27 dicembre 2006, n. 30, nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.
- Il citato documento prevede inoltre gli obblighi dell'operatore economico, le procedure e adempimenti della Stazione appaltante e le conseguenze relative alla violazione del Patto di Integrità.
- Al fine di perseguire una efficace condotta nella lotta alla corruzione e all'illegalità e di uniformare i comportamenti dei soggetti coinvolti a principi morali ed etici la Fondazione chiede ai concorrenti, nell'ambito della partecipazione ad appalti per la fornitura di beni, affidamento di servizi e realizzazione lavori, il rispetto del Patto di Integrità Regionale attraverso la formale sottoscrizione di un documento per presa visione.

Rotazione ordinaria del personale

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

Si rileva che l'applicabilità del principio della rotazione in ambito sanitario, sia per il personale dirigenziale che per il personale non dirigenziale, presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni. In particolare, le caratteristiche sia del settore clinico, sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, sia del settore amministrativo e/o tecnico, che richiede competenze specifiche (es. ingegneria clinica, informatica, ecc.), rendono di difficile attuazione questa misura.

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

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

La recente adozione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2022-24 (Deliberazione RL n. XI/6919 del 12/09/2022), ha dato luogo ad un processo di riorganizzazione aziendale all'interno della quale valutare la possibilità di una rotazione ordinaria.

Sono comunque fatte salve l'adozione di tutte quelle misure alternative alla rotazione ordinaria, tese ad evitare il controllo esclusivo dei processi, come la segregazione delle funzioni e il rafforzamento della trasparenza o la compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. A titolo esemplificativo:

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

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

*In particolare, per il 2023 è prevista la costituzione di **un tavolo di lavoro** al fine di valutare la possibilità di definire criteri e modalità per l'effettuazione di tale misura all'interno della Fondazione, che tengano conto anche delle misure alternative.*

Rotazione straordinaria del personale

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

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

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

- A differenza del “trasferimento a seguito di rinvio a giudizio” disciplinato dall’art. 3, co. 1, della Legge n. 97/2001, nel caso della “rotazione straordinaria” il legislatore non individua gli specifici reati, presupposto per l’applicazione dell’istituto ma genericamente rinvia a “condotte di tipo corruttivo”.
- L’ANAC, con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater del D.Lgs. n. 165 del 2001” ha chiarito che l’espressione “avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva” di cui all’art. 16, co. 1, lett. l-quater, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 335 c.p.p., ciò in quanto è proprio con quell’atto che inizia un procedimento penale.
- La ricorrenza di detti presupposti, nonché, l’avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo, impongono in via obbligatoria l’adozione soltanto di un provvedimento motivato con il quale l’amministrazione dispone sull’applicazione dell’istituto, con riferimento a “condotte di natura corruttiva”.
- Il provvedimento potrebbe anche non disporre la rotazione, ma l’ordinamento raggiunge lo scopo di indurre l’amministrazione ad una valutazione trasparente, collegata all’esigenza di tutelare la propria immagine di imparzialità.
- Il carattere fondamentale della rotazione straordinaria è la sua immediatezza. Si tratta di valutare se rimuovere dall’ufficio un dipendente che, con la sua presenza, pregiudica l’immagine di imparzialità dell’amministrazione e di darne adeguata motivazione con un provvedimento. La misura, pertanto, deve essere applicata non appena l’amministrazione sia venuta a conoscenza dell’avvio del procedimento penale. Ovviamente l’avvio del procedimento di rotazione richiederà da parte dell’amministrazione l’acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l’effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente.

A tal fine la Fondazione IRCCS si era posta come obiettivo la disciplina con apposito provvedimento della rotazione straordinaria nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva del proprio personale, quale misura di prevenzione della corruzione, introducendo l’obbligo di segnalare immediatamente all’amministrazione l’avvio dei predetti procedimenti. L’adozione di tale provvedimento è stata fino ad oggi procrastinata nonostante la misura sia nei fatti adottata a firma del Direttore della SC Gestione del Personale e Formazione, ma senza riferimento al procedimento disciplinare per motivi di riservatezza. Nell’ambito del tavolo previsto per la rotazione ordinaria, pertanto, si valuterà nuovamente la materia verificandone la fattibilità anche con un confronto con quanto fatto da altre strutture.

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell’azione di prevenzione della corruzione è quello dell’emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, diventa fondamentale il coinvolgimento dell’utenza e l’ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l’esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all’emersione di fenomeni corruttivi

altrimenti “silenti”. Un ruolo chiave in questo contesto sarà svolto dall’U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.

Al fine di migliorare il flusso delle informazioni e il confronto sulle eventuali problematiche inerenti irregolarità o comportamenti non adeguati rimarcati dall’utenza, per l’anno 2022 è stata prevista l’istituzione di un tavolo con l’URP che non è stato attivato nel 2022, ma che resta confermato obiettivo nell’anno 2023.

Trasparenza in materia di erogazioni liberali

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

Gli esiti delle attività di monitoraggio delle raccomandazioni espresse da ORAC, diffusi a dicembre 2021, in tema di rendicontazione delle erogazioni liberali, segnalavano la necessità di procedere alla revisione del Regolamento sulle donazioni in capo all’UOC Affari Generali e delle Convenzioni e di dare evidenza del sistema informatizzato di gestione dei dati inerenti il sistema di monitoraggio e di rendicontazione delle donazioni. Tale attività è stata svolta come da previsione, il Regolamento è stato adottato con Delibera del CdA n. 240 del 28/11/2022 e pubblicato nella sezione specifica di Amministrazione Trasparente.

Appalti e contratti pubblici

Durante il 2012 e 2022 sono stati effettuati numerosi incontri aventi l’obiettivo di allineare l’attività svolta per la prevenzione della corruzione e la trasparenza delle strutture che effettuano acquisti di beni, servizi e opere. In Fondazione le strutture interessate sono:

- SC Acquisti e Approvvigionamenti
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale
- SC Ingegneria Clinica
- SC Sistemi Informativi

I Responsabile e i Referenti si sono riuniti in numerosi incontri organizzati dal RPCT inerenti l’adozione di indicatori comuni e gli obblighi di pubblicazione, che sono condivisi e rilevati secondo standard comuni. Come da previsione nel PIAO 2022, ulteriori incontri sono stati effettuati sulla disciplina del Whistleblowing che è stata assorbita per il recepimento dell’informativa e sull’utilizzo dell’applicativo T&T.

*Per l’anno 2023 il gruppo ha condiviso di riunirsi per la valutazione condivisa della parte speciale al PNA 2022, adottato da ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, inerente il PNRR e i contratti pubblici. In linea con quanto previsto nel paragrafo specifico del presente PIAO, oggetto di approfondimento da parte del gruppo saranno i **conflitti di interessi in materia di contratti pubblici** e **gli obblighi di pubblicazione** con una puntuale valutazione di quanto previsto nelle tabelle e quanto pubblicato.*

Formazione

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

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

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

Relativamente alla formazione del personale, il RPCT, di concerto con la UO Formazione e aggiornamento del personale, provvede a definire nell'ambito del Piano annuale di formazione della Fondazione, attività formative atte a sostenere i processi di formazione continua dedicate a tutto il personale dipendente, con particolare attenzione ai dipendenti destinati ad operare nei settori più esposti a rischio corruzione. La formazione richiesta nei fabbisogni e prevista nel PIAO 2022 è stata erogata come da programma e ha riguardato

- tutti i dipendenti attraverso una FAD
- i responsabili e referenti degli obblighi di pubblicazione specifica sui temi della trasparenza

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

Per l'anno 2023 si è proceduto su quanto avviato e sono stati previsti un corso su Trasparenza e conflitti di interessi: casi e gestione dei rischi associati, un corso di supporto all'integrazione e sviluppo della sezione Anticorruzione e trasparenza nel PIAO e in ambito di PIAO è stata avanzata la richiesta di formazione in ambito di etica nella PA e comportamento etico.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower)

- In un'ottica di concreta prevenzione della corruzione, l'istituto del whistleblowing gioca un ruolo fondamentale. Mutuato dall'esperienza di Stati Uniti e Gran Bretagna, primi paesi a disciplinare la materia, in Italia è stato introdotto dalla L. n. 190/2012 che ha integrato il D.lgs. n. 165/2001

con l'art. 54-bis rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", a protezione del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

- L'ultima riforma dell'istituto si deve alla legge n. 179 del 30 novembre 2017 «Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato», che razionalizza la materia. In particolare:

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

- L'ANAC ha adottato con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 "Tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 c.d. whistleblowing", a sostituzione di quelle del 2015, nuove Linee Guida volte a consentire alle organizzazioni di adempiere correttamente agli obblighi derivanti dalla disciplina di protezione dei dati personali.

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

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

- Colui che segnala ha diritto:

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

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

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

- Per quanto attiene, le comunicazioni di misure ritorsive devono essere trasmesse ad ANAC da parte del soggetto interessato o dalle organizzazioni sindacali. Nel caso pervengano al RPCT, questi

offre il necessario supporto al segnalante rappresentando che la comunicazione deve essere inoltrata ad ANAC al fine di ottenere le tutele previste dall'art. 54-bis.

- Serve ricordare che per parlare di misura ritorsiva o discriminatoria è essenziale che vi sia una precedente segnalazione di illeciti o irregolarità da parte del dipendente pubblico destinatario della misura, è infatti in relazione a tale segnalazione che è possibile valutare l'intento ritorsivo della misura adottata.
- Una volta che il segnalante provi di aver effettuato una segnalazione ai sensi dell'art. 54-bis e di aver subito una ritorsione, l'onere della prova grava su chi ha commesso l'atto che deve dimostrare che le misure adottate non sono in alcun modo collegate alla segnalazione.
- Tra le tutele riconosciute al segnalante rientra quella per "giusta causa" di rivelazione riferita ai reati di "rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.), "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.), "rivelazione dei segreti scientifici e industriali" (art. 623 c.p.). Se la rivelazione dimostra essere finalizzata "al perseguimento dell'interesse all'integrità della P.A. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle Amministrazioni pubbliche e private", è esclusa l'integrazione dei sopracitati reati.
- Qualora, a seguito delle segnalazioni, emergano elementi oggettivi idonei a rivelare eventuali criticità, il RPCT predispone di misure preventive ulteriori a quelle adottate nel presente Piano.

La legge 6 novembre 2012, n. 190 (c.d. Anticorruzione) ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione infatti, al comma 15, dell'art. 1, sancisce che "... la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali."

Con il d.lgs. n. 33/2013 si rafforza la qualificazione della trasparenza intesa, già con il d.lgs. n. 150 del 2009, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Da questo quadro emerge con chiarezza che la trasparenza è da considerare come strumento a garanzia di una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, nonché quale strumento preventivo della corruzione e delle condotte prodromiche.

Con l'emanazione del D.Lgs. n. 97/2016 è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale *"accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni"*

istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini.

Il Decreto ha apportato significative modifiche alla disciplina sulla trasparenza, tra le quali si evidenziano quelle maggiormente significative per la Fondazione:

- il Programma triennale per la Trasparenza e l'integrità viene inglobato nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora anche della Trasparenza (PTPCT);
- l'unificazione in un unico soggetto della responsabilità in tema di trasparenza e in tema di anticorruzione, ora Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Ciò con l'obiettivo di programmare ed integrare in modo più incisivo e sinergico la materia della trasparenza e dell'anticorruzione;
- l'estensione del diritto di accesso civico, rispetto al dettato precedente, dando la possibilità ai cittadini di poter accedere a dati/informazioni in possesso della Pubblica Amministrazione anche se non soggette all'obbligo della pubblicazione.
- viene ridefinito il ruolo dell'ANAC che assume un ruolo più incisivo anche sull'azione sanzionatoria (art. 45-48 del d.lgs 33/2013).

Procedura per la pubblicazione dei dati

La Fondazione IRCCS Ca' Granda, a seguito dell'emanazione del d.lgs 33/1013 e delle correlate linee guida dell'ANAC, ha provveduto ad una riorganizzazione complessiva del proprio portale attraverso la creazione e il costante aggiornamento della nuova sezione *"Amministrazione Trasparente"*.

Pertanto, tutti i dati ed i documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sono visibili sul sito www.policlinico.mi.it e organizzati nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" raggiungibile da un link, chiaramente identificabile posto nell'homepage del sito stesso, in coerenza con quanto previsto dal d.lgs 33/2013.

I dati da pubblicare, ai sensi della normativa vigente, sono indicati nella *"Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione"* costituente l'Allegato 2 del presente Piano anticorruzione.

In particolare, la tabella, di cui l'Allegato 2, oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, in coerenza con le linee guida dell'ANAC, specifica ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 33/2013, i nominativi dei Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati.

Nel corso del 2017, in coerenza con l'obiettivo strategico del PTPC 2017-2019 si è proceduto alla revisione del sito web della Fondazione, facilitando l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini. In questo contesto ciascun responsabile delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, ha individuato uno o più Referenti per la pubblicazione dei dati (Allegato 2), favorendo un processo più fluido per l'alimentazione dei dati da pubblicare.

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

- la corretta pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti nell'Allegato 2;

- garantisce il tempestivo e regolare flusso delle informazioni nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa;
- verifica, altresì, che il dato sia realmente pubblicato e posizionato nella sezione corretta dell'Amministrazione Trasparente e ne risponde in caso di inadempimento.
- L'aggiornamento dei dati e dei documenti pubblicati avverrà secondo la tempistica indicata nella "Tabella - Dati soggetti ad obblighi di pubblicazione" di cui l'Allegato 2 del presente Piano o in qualsiasi momento, su espressa richiesta del Responsabile della struttura competente o del RPCT.

Il Responsabile per la Trasparenza

La Fondazione IRCCS Ca' Granda, considerata l'importanza della trasparenza quale misura fondamentale per la prevenzione della corruzione ha ritenuto, già nel 2013, di concentrare in un unico soggetto le figure del Responsabile della prevenzione della corruzione e del Responsabile per la trasparenza e l'Integrità. Con la modifica della legge 190/2012 (art. 1, comma 7), ad opera del D.Lgs, 97/2016, è stata confermata questa linea unificando in un unico soggetto le responsabilità in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione.

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

Monitoraggio e vigilanza sugli adempimenti in tema di trasparenza

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

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

Accesso civico

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

La Fondazione IRCCS, in coerenza con la determinazione ANAC n. 1309 del 28-12-2016, *“Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”*, ha adottato, con delibera consiliare n. 98 del 29-06-2017, un proprio *“Regolamento di accesso agli atti e ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico”* che disciplina le seguenti tre tipologie di accesso:

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

Il regolamento prevede, nel caso di accesso civico o accesso generalizzato, la possibilità di presentare istanza di accesso via mail ai seguenti indirizzi: accessocivico@policlinico.mi.it; affarigenerali@policlinico.mi.it; protocollo@pec.policlinico.mi.it.

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

Compete al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

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

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

Iniziative per la trasparenza e coinvolgimento degli stakeholder

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

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

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

OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E MONITORAGGIO

Obblighi di informazione

La legge 190/2012 all'art. 1, comma 9, lettera c), impone uno specifico obbligo di informazione, per il personale addetto alle attività a rischio corruzione di cui l'Allegato 1 del P.T.P.C.T., nei confronti del "Responsabile della Prevenzione della Corruzione", chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del presente Piano.

Inoltre, l'art. 16 del d.lgs. 165/2001 dispone ai commi l-bis, l-ter ed l-quater che i dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, [...] esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri:

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

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

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

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

Si fa inoltre carico, ai predetti Responsabili, di trasmettere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza apposita "Relazione annuale" entro il 30 novembre di ogni anno, in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano, specificando nel dettaglio il livello di attuazione delle misure ed il valore degli indicatori raggiunti, una valutazione circa l'efficacia delle misure adottate e le eventuali misure correttive suggerite.

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

Monitoraggio della sezione prevenzione e corruzione e trasparenza.

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

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

RESPONSABILITÀ

Responsabilità del personale

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

La violazione delle misure di prevenzione previste Piano costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre, per tutte altre figure professionali operanti in Fondazione può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012).

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

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

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

Misura	Soggetto competente	Termine
Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da parte del CdA e trasmissione all'ANAC	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro il 31 gennaio di ogni anno
Presentazione al CdA della relazione annuale sui risultati dell'attività svolta e pubblicazione sul sito web (<i>rif. art. 1, co 14, legge 190/2012</i>)	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Entro la scadenza fissata annualmente da ANAC
Analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.T. e Allegato 1.</i>)	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	31 dicembre di ogni anno
Verifica di insussistenza di situazioni di conflitto di interesse in sede di autorizzazione di incarichi ai propri dipendenti o affidamento di incarichi di collaborazione o consulenza. Valutazione delle dichiarazioni e comunicazione all'interessato ed al RPCT. (<i>rif. capitolo 8.1 del P.T.P.C.T. e art. 8 del Codice etico e di Comportamento</i>)	Responsabile del procedimento presso cui viene svolta l'attività o che adotta l'atto di autorizzazione o affidamento di incarichi.	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Raccolta dichiarazioni dei componenti delle commissioni di gara circa l'inesistenza di conflitti di interesse o rapporti o relazioni di parentela. Comunicazione circa l'esistenza di eventuali rapporti di parentela al RPCT (<i>rif. capitolo 8.2 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati) Tempestivo
Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro e sottoscrizione di apposita dichiarazione all'atto della cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 8.3 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T. e UOC Risorse Umane	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. e relativi controlli a campione. (<i>rif. capitolo 8.4 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)

Dichiarazione di insussistenza di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico <i>(rif. capitolo 8.5 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabile della struttura Risorse Umane	Inconferibilità: tempestivo (di norma 15 gg dal momento del conferimento) Incompatibilità: annuale
Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità dell'incarico dei vertici istituzionali ai sensi della delibera ANAC 149/2014 <i>(rif. capitolo 8.5 del P.T.P.C.T.)</i>	Segretario del Consiglio di Amministrazione	Annuale (entro il 31 gennaio di ogni anno)
Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali <i>(rif. capitolo 8.6 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabile UOC Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione	Tempestivo
Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione <i>(rif. capitolo 8.7 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Entro il 31 marzo di ogni anno
Inserimento da parte delle stazioni appaltanti delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità e sottoscrizione dichiarazione di presa visione <i>(rif. capitolo 8.8 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabili delle stazioni appaltanti, di cui la Allegato 1 del P.T.P.C.T., con specifico riferimento all'Area Contratti pubblici	Tempestivo
Rotazione Ordinaria del personale: attivazione misure alternative alla rotazione ordinaria dandone evidenza nella relazione annuale al RPCT <i>(rif. capitolo 8.9 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Tempestivo
Rotazione Straordinaria del personale: Adozione di apposito provvedimento per disciplinare la materia <i>(rif. capitolo 8.10 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabile della struttura Risorse Umane	Entro il 2021
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile <i>(rif. capitolo 8.11 del P.T.P.C.T.)</i>	Responsabile della struttura "Ufficio Relazioni con il Pubblico"	Tempestivo

Codice di comportamento: vigilare sulla corretta applicazione del Codice (<i>rif. capitolo 9 del P.T.P.C.T.</i>)	Tutti i dirigenti e UPD	Tempestivo
Sottoscrizione dichiarazione di presa d'atto della disponibilità on-line del P.T.P.C.T. da parte del personale dipendente neoassunto (<i>rif. capitolo 10 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabile dell'ufficio assunzioni della struttura "Risorse Umane"	Tempestivo (di norma 15 gg dall'evento o dalla disponibilità dei dati)
Notifica del P.T.P.C.T. a tutti i dipendenti tramite pubblicazione di apposito avviso sul portale intranet e invio del medesimo avviso via mail tramite webmaster (<i>rif. capitolo 10 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabile della prevenzione della corruzione con il supporto dell'UOC Comunicazione & Customer Care	Entro il 31 marzo di ogni anno
Trasparenza: trasmissione e pubblicazione dei dati da parte di ciascun responsabile/referente individuato nel PTPCT (<i>rif. capitolo 12.1 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabili individuati nell'Allegato 2 "Tabella dati soggetti a obbligo di pubblicazione" del P.T.P.C.T.	Secondo tempistica prevista nell'Allegato 2
Accesso Civico: monitoraggio delle richieste di accesso e redazione/publicazione del " Registro degli accessi " (<i>rif. capitolo 12.4 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabile della prevenzione della corruzione con il supporto di tutti Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Pubblicazione semestrale
Relazione annuale al RPCT in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.T.</i>)	Responsabili dei settori a rischio corruzione individuati nell'Allegato 1 del P.T.P.C.T.	Entro il 30 novembre di ogni anno

PARTE 2

PIANO DELLE PERFORMANCE 2023-2025

PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

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

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

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

1 LA COLLABORAZIONE CON UNIMI

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

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

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

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

- un effettivo ricambio generazionale;
- il rispetto dei requisiti di accreditamento e funzionamento di entrambe le parti;
- lo sviluppo di aree disciplinari e linee di attività innovative ed in linea con la mission assistenziale e di ricerca, di cui al congiunto Piano Strategico;
- l'adeguato equilibrio tra attività svolte da Dipartimenti e Aree omogenee e risorse assegnate;

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

Il personale universitario è immesso alle funzioni assistenziali all'interno dell'Ospedale; mentre per quanto concerne la ricerca scientifica, Policlinico e Università convengono sulla irrinunciabilità, per un moderno centro di assistenza, di ricerca e di formazione in campo sanitario, di un impegno istituzionale congiunto nella ricerca biomedica, sia clinica che di

laboratorio, anche in riferimento alle ricadute che essa ha sulla qualità assistenziale e sulla formazione sia degli studenti sia dei suoi operatori.

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

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

2 L'ATTIVITÀ CLINICA

Il Policlinico è da sempre l'ospedale di riferimento per la città di Milano. Con i suoi 920 posti letto accreditati per Degenza Ordinaria e 95 per Day Hospital, svolge sia attività di ricovero che attività ambulatoriale.

Negli ultimi anni i ricoveri ordinari sono stati in media circa 34 mila, gli interventi chirurgici sono più di 25 mila mentre i Day Hospital/MAC e la Chirurgia Ambulatoriale hanno registrato più di 45 mila accessi, mentre l'attività ambulatoriale è stata oltre 3 milioni di prestazioni.

L'attività, di emergenza urgenza rende il Pronto Soccorso con maggior attività in Lombardia (circa 112/113 mila accessi anno), grazie alle attività di PS generale, ostetrico-ginecologico, pediatrico e dermatologico.

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

- 57 trapianti di fegato
- 69 trapianti di rene
- 24 trapianti di polmone
- 44 trapianti di cornea

– 68 trapianti di midollo

Il programma di ricondizionamento, che permette di recuperare organi che di solito non verrebbero utilizzati e di renderli adatti al trapianto, e di prelievo a cuore fermo hanno contribuito all'attività nel 2022, in particolare per i trapianti di polmone.

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

Materno infantile: tra le eccellenze di quest'area spiccano l'ostetricia-ginecologia (la Mangiagalli nel 2022 ha ospitato 5.781 parti), la terapia intensiva neonatale (che, con 23 posti letto di terapia intensiva è la più grande in Italia e tra le prime 4 in Europa), la chirurgia fetale e neonatale.

Il Policlinico è centro di riferimento regionale e tra i più importanti a livello nazionale per chirurgia fetale e neonatale, grazie anche alla presenza di un gruppo multidisciplinare che coinvolge chirurghi, ginecologi e personale infermieristico appositamente formato. Tra le innovazioni introdotte si ricordano la tecnica FETO per il trattamento chirurgico dell'ernia diaframmatica. I chirurghi pediatrici, inoltre, si sono specializzati nell'esecuzione delle procedure di EXIT per la rimozione di occlusori tracheali e per la gestione di imponenti lesioni cistiche del collo/torace con ostruzione severa delle vie aeree del neonato. Nel settembre 2015 è stato attivato il **Centro ECMO** e riguarda l'utilizzo di una metodica per l'ossigenazione tramite membrana extra-corporea dedicata a neonati con grave patologia respiratoria reversibile ma refrattaria alle terapie normalmente in uso.

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

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

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

Malattie rare. In Policlinico sono diagnosticate e assistite tutte le malattie rare a fronte di quelle riconosciute dalla normativa nazionale e regionale. Sono registrati presso il Policlinico oltre 7.000 pazienti a cui corrispondono più di 2.500 piani terapeutici. È attivo uno Sportello per le Malattie Rare, che assicura un percorso integrato di diagnosi, cura e sostegno psico-sociale per i pazienti affetti da sindromi rare.

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

Biobanche. Presso il Policlinico hanno sede la Milano *Cord Blood Bank* che dispone di un inventario di oltre 9.000 donazioni di sangue da cordone ombelicale, che hanno consentito 500 trapianti di cellule staminali in Italia e all'estero; la *Biobanca* che offre servizi di conservazione a -80 e -196°C di materiali biologici diversi, con un inventario di circa 200.000 campioni relativi a 23 programmi di ricerca. Sono anche presenti la *Banca del Sangue Raro*, fiore all'occhiello del Centro Trasfusionale che si occupa dell'identificazione dei donatori di gruppi rari, della creazione di una banca di unità rare congelate e del coordinamento e mantenimento della autosufficienza regionale e nazionale. La *Cell Factory "Franco Calori"*, comprendente un settore di ricerca dedicato prevalentemente allo studio delle cellule staminali umane adulte, delle loro potenzialità e delle loro capacità differenzianti, ed un'unità GMP di manipolazione cellulare autorizzata alla produzione di prodotti per terapia cellulare avanzata.

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

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

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

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

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

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

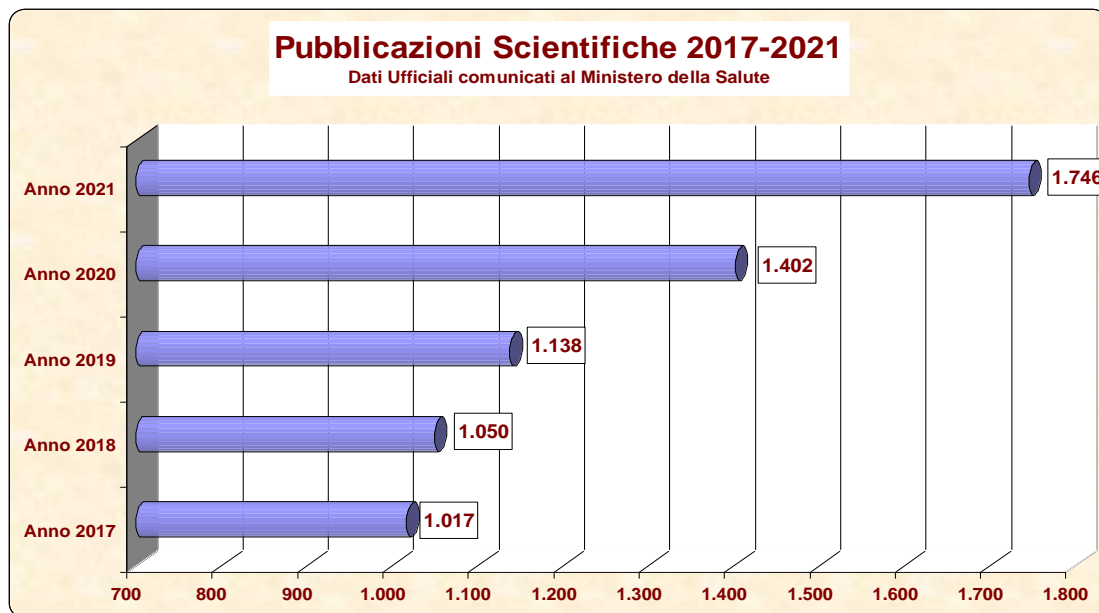
Centri di riferimento. Sono presenti centri assistenziali finalizzati al trattamento e alla ricerca scientifica nel campo di specifiche patologie che hanno ricevuto formale riconoscimento in quanto centri locali/ regionali/ nazionali.

3 LA RICERCA

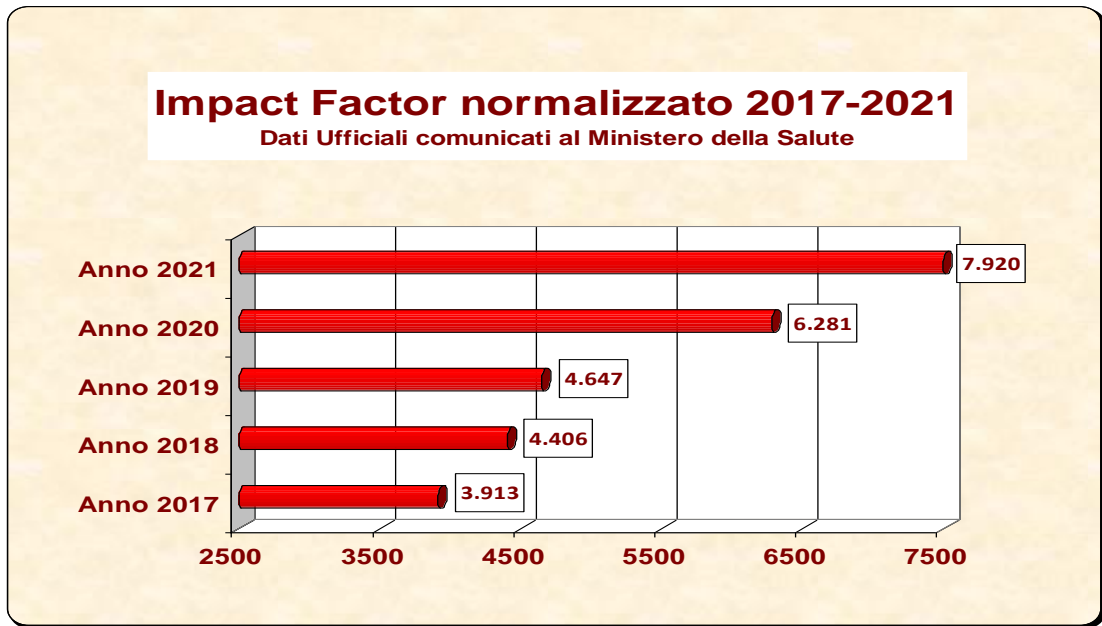
Si è conclusa, da parte del Ministero della Salute, l'attività di verifica e controllo dell'attività pubblicistica della Fondazione dell'anno 2021 (valida per il finanziamento della RC 2022) sui dati dichiarati nell'ambito della rendicontazione annuale sull'attività di ricerca svolta in Fondazione.

I dati a suo tempo inviati indicavano un ulteriore deciso miglioramento dei risultati ottenuti, con un incremento delle pubblicazioni su riviste internazionali con I.F. a circa il 25% sull'anno precedente per un totale di 1.746 documenti tra articoli originali, reviews, lettere con dati sperimentali / case report. Questi dati e le valutazioni più dettagliate basate su indicatori bibliometrici svolta su database internazionali di analisi sembrano confermare che l'attività di ricerca della Fondazione IRCCS è cresciuta nel suo complesso in tutti i campi

disciplinari in cui si sviluppa la nostra attività assistenziale, andando anche oltre la spinta alla ricerca che l'emergenza COVID-19 aveva innescato e che comunque in parte rimane.

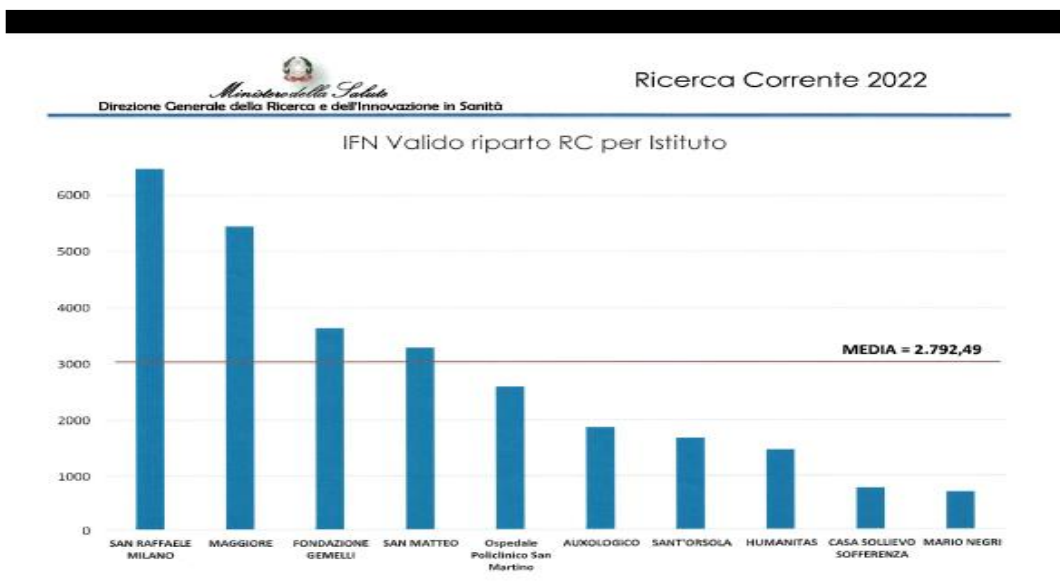


La Malgrado l'aumento nel numero di pubblicazioni, la qualità media dei lavori, espressa con l'indicatore "I.F. normalizzato" che considera il prestigio della rivista, la tipologia di documento prodotto dalla ricerca nonché in contributo dato alla stesura del lavoro dai ricercatori di un Ente, si mantenuta sui livelli dell'anno precedente con un incremento totale paragonabile a quello delle pubblicazioni (+ 26%).



*i criteri di valutazione del Ministero della Salute, sui quali si basano questi valori, sono stati in parte modificati per la Produttività 2019 - in particolare, la valutazione di alcune tipologie di documenti (review su riviste minori, case report) è stata penalizzata

La situazione appena descritta ha portato a riconfermare la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano come il più produttivo scientificamente tra gli IRCCS pubblici come illustrano i risultati resi noti nel corso della riunione annuale che vede la presenza dei Direttori Scientifici degli IRCCS, tenutasi il 20 dicembre u.s. presso il Ministero della Salute. Questa conferma, illustrata nella figura di seguito, è stata raggiunta malgrado l'intervento correttivo operato dal Ministero della Salute, basato sull'osservanza scrupolosa delle regole contenute nella "Programmazione triennale 2019-2021", abbia penalizzato tutti gli IRCCS, il nostro in particolare, abbassando i numeri assoluti della nostra attività pubblicistica ma non incidendo sulla sostanza del nostro primato.



Non è possibile suddividere, all'interno della Fondazione, le strutture dedicate esclusivamente alla ricerca e quello in cui il carico assistenziale e ricerca si fondono, poiché la *mission* di un Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico consiste nel condurre ricerche traslazionali - quali ad esempio le sperimentazioni cliniche - che sappiano attingere dall'esperienza clinica e ad essa ritornino i risultati.

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

4 IL PIANO DELLE PERFORMANCE

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

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 ha disciplinato il ciclo della performance per le amministrazioni pubbliche, che si articola in diverse fasi, consistenti nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti (v. in

particolare l'art. 4 c. 2). Il ciclo si conclude con la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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

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

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

LA MISSION DELLA FONDAZIONE	SODDISFARE LA DOMANDA DI SALUTE ED I BISOGNI DELLA PERSONA IN MODO EFFICACE ED EFFICIENTE		
LE AREE STRATEGICHE	R LE RISORSE	S LA SALUTE	D I DIRITTI DEI CITTADINI
GLI OBIETTIVI	R1) equilibrio economico-finanziario della Fondazione R2) miglioramento delle performance della Fondazione R3) trasparenza e Prevenzione della Corruzione R4) semplificazione ed innovazione	S1) garantire i livelli di assistenza S2) appropriatezza delle prestazioni erogate S3) governo dei tempi di attesa S4) sorveglianza igienico sanitaria S5) mantenimento dello status di <u>I.R.C.C.S.</u>	D1) accessibilità, vivibilità e comfort nelle strutture della Fondazione D2) cura della relazione e della comunicazione fra professionista e utente/paziente

5 OBIETTIVI STRATEGICI, AZIONI, INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO

La Delibera n. 89/2010 - Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d) e 30) del

decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 richiede che le amministrazioni procedano sia a una “chiara definizione degli obiettivi”, che a una “specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target”.

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

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

In questa sezione sono resi espliciti, per ogni obiettivo strategico individuato nel Piano delle Performance, le azioni che la Fondazione intende mettere in atto che si traducono negli indicatori che misurano il grado di raggiungimento rispetto ai target programmati per le annualità 2023-2024-2025.

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

1.1 AREA STRATEGICA R – LE RISORSE

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
R1.A	MANTENIMENTO RICAVI ATTIVITA' DI RICOVERO ¹	VALORE ASSOLUTO €/1000	159.373	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2025 assegnato da Regione Lombardia
R1.B	MANTENIMENTO RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI ^{1,2}	VALORE ASSOLUTO €/1000	63.714	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2025 assegnato da Regione Lombardia
R1.C	MANTENIMENTO FILE F ASSEGNATO IN VALORE ASSOLUTO ¹	VALORE ASSOLUTO €/1000	112.280	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2025 assegnato da Regione Lombardia
R1.D	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI LABORATORIO	VALORE ASSOLUTO €/1000	21.670	21.453	21.239	21.026
R1.E	RAZIONALIZZAZIONE PRESTAZIONI INTERMEDIE DI RADIOLOGIA	VALORE ASSOLUTO €/1000	4.544	4.498	4.453	4.409
R1.F	CONTROLLI NOC SULLE PRESTAZIONI: RIDUZIONE DEL 5% SUGLI ABBATTIMENTI NOC ANNO PRECEDENTE	VALORE ASSOLUTO €/1000	in corso di verifica	da valutare	da valutare	da valutare

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

¹ Dati IV CET 2022 del Gennaio 2023

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

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
R2.A	INCREMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA TRATTATA (PESO MEDIO)	VALORE ASSOLUTO	1,13	1,14	1,15	1,15
R2.B	RAZIONALIZZAZIONE DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA (INCLUSO OUTLIER)	VALORE ASSOLUTO (GIORNATE)	7,42	7,35	7,27	7,20
R2.C	GESTIONE RAZIONALE DELL’AFFLUSSO DI RICOVERI PROVENIENTI DA PS: AUMENTO DELLE DIMISSIONI EFFETTUATE NEI GIORNI FESTIVI E PREFESTIVI	DIMISSIONI FESTIVO+PREFESTIVO / TOTALE DIMISSIONI ≥ 20%	21,2%	21,5%	21,5%	21,5%
R2.D	INCIDENZA DEL COSTO DEL PERSONALE SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo del Personale (Escluso IRAP)/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	in corso di verifica	53,9%	53,9%	53,9%
R2.E	INCIDENZA DEL COSTO PER BENI E SERVIZI SUI RICAVI DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	Costo B&S netti/(Ricavi per prestazioni san. e sociosan.)	in corso di verifica	62,8%	62,8%	62,8%

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

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023	TARGET 2024	TARGET 2025
R3.A	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2022	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2023	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2024	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2025
R3.B	MISURE DI TRASPARENZA: IMPLEMENTAZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA DA PARTE DELLE STRUTTURE AFFERENTI AI RESPONSABILI COINVOLTI.	Monitoraggio a cura del RPCT	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2022	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2023	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2024	Attestazione dell’NdV sulla piena aderenza delle misure adottate nel 2025

¹ SULLA BASE DELLE EVIDENZE PRODOTTE DAI RESPONSABILI DEI SETTORI A RISCHIO INDIVIDUATI NELLA “MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE”
- ALLEGATO 1 AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (2022 - 2024) PUBBLICATO SUL SITO ISTITUZIONALE ALLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

Obiettivo strategico R4 – “Semplificazione ed innovazione”

L'obiettivo strategico racchiude le iniziative di sviluppo tecnologico e semplificazione coerentemente con la programmazione regionale esplicitata nel Piano di Intervento annuale edito da Lombardia Informatica.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
R4.A	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO (SISS): PREDISPOSIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ANNUALE SISS.	Azioni implementate /azioni previste del Piano annuale SISS ¹	in corso di verifica	>90%	>90%	>90%

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

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

1.2 AREA STRATEGICA S – LA SALUTE

Obiettivo strategico S1 – “Garantire i livelli di assistenza”

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
S1.A	INDICE DI ATTRATTIVITA' AZIENDALE SUI RICOVERI ORDINARI	(Ricoveri Fuori Regione / Totale Ricoveri)	8,43%	8,51%	8,60%	8,69%
S1.B	RICOVERI ORDINARI RIPETUTI ENTRO L'ANNO SOLARE (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni	2,68%	2,66%	2,63%	2,60%
S1.C	DIMISSIONI VOLONTARIE (%)	N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni	0,88%	0,87%	0,86%	0,85%
S1.D	TRASFERIMENTI FRA STRUTTURE (%)	N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi	3,5%	3,45%	3,42%	3,38%
S1.E	DIMINUIZIONE DELLE DIMISSIONI CON DRG MEDICO NELLE UU.OO. CHIRURGICHE	DRG MEDICI / TOTALE DRG 2020	34%	<33%	<32%	<31%

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

Obiettivo strategico S2 – “appropriatezza delle prestazioni erogate”

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
S2.A	DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	Casi "inappropriati" / Totale casi ad alto rischio inappropriata	in corso di verifica	Valore 2023 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2024 assegnato da Regione Lombardia	Valore 2025 assegnato da Regione Lombardia
S2.B	INTERVENTI FRATTURA COLLO DEL FEMORE ¹	% interventi al collo del femore entro 48h / Totale interventi femore	61%	>80%	>80%	>80%
S2.C	TAGLIO CESAREO PRIMARIO ²	Parti Cesarei primari / Totale Parti	34%	<25%	<25%	<25%
S2.D	PRELIEVI DI CORNEE	Donatori Cornee / Totale decessi	4,2%	>10%	>10%	>10%

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

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

2 Obiettivo Piano Nazionale Esiti (PNE)

Obiettivo strategico S3 – “Governare i tempi di attesa”

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
S3.A	DIMINUIZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO ATS	Riduzione dei T.A. delle prestazioni che superano il T.A. obiettivo di Regione Lombardia	in corso di verifica	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2022	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2023	<1% rispetto al T.A. medio registrato nel 2024

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

Obiettivo strategico S4 – “Sorveglianza igienico sanitaria”

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
S4.A	PIANO DI MIGLIORAMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI: IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI MIGLIORATIVE IN MERITO ALLA VALUTAZIONE DEI COMPORTAMENTI E AL FEEDBACK PER GLI OPERATORI	Differenza nel consumo di soluzione idroalcolica tra inizio e fine progetto:	in corso di verifica	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2023>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2022	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2024>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2023	Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2025>Flaconi di soluzione idroalcolica consumati 2024
S4.B	CONTROLLO DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PROFILASSI PERIOPERATORIA IN AREA PEDIATRICA	Diminuzione delle Cartelle non conformi nel campione esaminato	in corso di verifica	N.C.2023<15%	N.C.2024<15%	N.C.2025<15%

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

Obiettivo strategico S5 – “mantenimento dello status di I.R.C.C.S.”

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare i caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
S5.A	Impact Factor Validato ¹	l'IF è un metodo bibliometrico che usa le citazioni nelle produzioni intellettuali scientifiche per stabilire connessioni ad altri lavori o altri ricercatori.	in corso di verifica	3.450	3.450	3.450
S5.B	Numero di pubblicazioni scientifiche ¹		in corso di verifica	950	950	950
S5.C	Capacità di attrazione Fondi di Ricerca	GRANT ANNO PRECEDENTE / FINANZIAMENTO ANNO IN CORSO	in corso di verifica	1,51%	1,51%	1,51%

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

¹ Fonte Ministero della Salute

1.3 AREA D – I DIRITTI DEI CITTADINI

Obiettivo strategico D1 – “Accessibilità, vivibilità e comfort nelle strutture della Fondazione”

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

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
D1.A	TEMPI ATTESA IN PRONTO SOCCORSO	Pazienti in Codice Giallo visitati entro 30 min.	75%	76%	77%	78%
D1.B	TEMPI ATTESA PER L'ACCESSO AGLI SPORTELLI CUP ¹	Differenziazione code per agevolare chi ha già effettuato le operazioni online/i pazienti esenti	in corso di verifica	Tempi di attesa fast check-in < tempi medi di accettazione	Tempi di attesa fast check-in < tempi medi di accettazione	Tempi di attesa fast check-in < tempi medi di accettazione
D1.C	REINGEGNERIZZAZIONE PERCORSO CHIRURGIA ELETTIVA ¹	Aggiornamento applicativi, assegnazione sedute operatorie sulla base delle liste di attesa	in corso di verifica	Riduzione % interventi eseguiti fuori soglia in particolare per priorità A e B	Riduzione % interventi eseguiti fuori soglia in particolare per priorità A e B	Riduzione % interventi eseguiti fuori soglia in particolare per priorità A e B
D1.D	PROMOZIONE OPERAZIONI DI PRENOTAZIONE E PAGAMENTO ONLINE ¹	Promozione pagamenti tramite pagoPA e prenotazioni tramite i servizi ufficiali email/sportello virtuale/CCR cittadino	in corso di verifica	pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2023> pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2022	pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2024> pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2023	pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2025> pagamenti tramite PagoPA e prenotazioni tramite servizi online 2024

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

Obiettivo strategico D2 – “Cura della relazione e della comunicazione fra professionista e utente/paziente”

L'obiettivo strategico si prefigge di verificare la capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una relazione positiva e emotivamente armonica col paziente e con i familiari.

Cod. Ob. Operativo	DESCRIZIONE	RAZIONALE	VALORE 2022	TARGET 2023 (*)	TARGET 2024 (*)	TARGET 2025 (*)
D2.A	Gestione informatizzata dell'intero percorso segnalazioni/contatti URP/Customer Care	Progettazione e realizzazione del un sistema informatizzato che consenta la gestione dell'applicativo.	in corso di verifica	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	100% segnalazioni gestite tramite applicativo	100% segnalazioni gestite tramite applicativo
D2.B	Valorizzazione dei profili professionali dei medici/dirigenti e coerenza con iniziativa Operazione Trasparenza	Revisione di tutti i BioCV del personale dirigente medico in area istituzionale e libera professione.	in corso di verifica	100% BioCV pubblicati correttamente	100% BioCV pubblicati correttamente	100% BioCV pubblicati correttamente
D2.C	Implementazione del servizio di mediazione a tutti i Dipartimenti, per diminuire il conflitto con l'utenza nelle situazioni di incomprensione, insoddisfazione e tensione.	(Percorsi Mediazione anno / Totale Reclami anno) > (Percorsi Mediazione anno prec / Totale Reclami anno prec)	in corso di verifica	(Percorsi Mediazione 2023 / Totale Reclami 2023) > (Percorsi Mediazione 2022 / Totale Reclami 2022)	(Percorsi Mediazione 2024 / Totale Reclami 2024) > (Percorsi Mediazione 2023 / Totale Reclami 2023)	(Percorsi Mediazione 2025 / Totale Reclami 2025) > (Percorsi Mediazione 2024 / Totale Reclami 2024)

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

SEZIONE III

PARTE 1

PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE

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

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

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

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

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

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

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

Con D.P.C.M. del 23.09.2021, poi, è stato stabilito che, con decorrenza 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Pubbliche Amministrazioni dovesse essere nuovamente quella in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha disciplinato il rientro in presenza del personale delle Pubbliche Amministrazioni individuando anche le condizionalità ed i requisiti necessari, organizzativi ed individuali per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini al fine di produrre un'adeguata qualità dei servizi.

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare anche le Pubbliche Amministrazioni ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente.

Inoltre, il 2 novembre 2022 è avvenuta la sottoscrizione del nuovo CCNL Comparto Sanità, che ha contrattualizzato le linee guida redatte dal Ministero della Pubblica Amministrazione. (TITOLO IV – LAVORO A DISTANZA dall'art.76 all'art.80).

Da tale recepimento contrattuale la Fondazione trae spunto per l'avvio di un percorso, tra l'altro, attraverso le attività dell'Organismo Paritetico, finalizzato all'integrazione della propria organizzazione con questa nuova modalità operativa, facendo tesoro delle esperienze avviate durante il periodo pandemico.

Quanto sopra pur sempre tenuto conto dell'impatto delle attività di recupero delle liste d'attesa conseguenti l'emergenza epidemiologica che impongono un notevole impegno da parte di tutte le Strutture di Fondazione. Ciò al fine di contribuire al raggiungimento dei relativi rilevanti obiettivi di salute fissati a livello nazionale e regionali.

Pertanto, anche in considerazione delle citate previsioni contrattuali nonché dei lavori in sede di Organismo Paritetico, la presente sezione del Piano deve ritenersi, anche per il triennio 2023-2025, progettuale e finalizzata a porre le basi per l'attuazione di un efficace Piano Organizzativo del Lavoro agile che sarà frutto di una puntuale regolamentazione

aziendale definito, tra l'altro, all'esito di un necessario proficuo confronto con le Organizzazioni Sindacali interessate.

1 ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE NELLA FASE PANDEMICA.

Come già argomentato nel precedente Piano e in attuazione delle norme sopra richiamate disposizioni entrate in vigore nel periodo pandemico, la Fondazione ha garantito, anche attraverso il lavoro agile, la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, specie dei più fragili.

Si rammenta difatti che con il Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante "*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015, si è superato il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare le necessarie misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, prevedendo che tale misura organizzativa operasse a regime, divenendo la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa e, ciò, con una disciplina sostanzialmente prevedendo la possibilità (in deroga temporale in base allo procrastinarsi dello stato di emergenza) di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi normativi di cui agli artt. 18 - 23 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

Quanto sopra, fermo restando il rispetto dei presupposti organizzativi legittimanti l'adozione di tale modalità di lavoro nonché l'assolvimento dei conseguenti obblighi e adempimenti che ne derivano e che risultano in capo al lavoratore e al datore di lavoro.

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

L'Amministrazione ha comunque definito dei criteri per l'attivazione, lo svolgimento e la successiva autorizzazione dell'attività in modalità agile, in particolare relativamente a:

- **Attività:** Le attività che, in via generale, sono state e possono essere ritenute compatibili con il lavoro agile e dunque autorizzabili sono quelle per cui:
 - è possibile delocalizzare le attività assegnate, senza che sia necessaria la presenza fisica nella sede di lavoro;

- è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - è possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
 - è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati;
 - è compatibile con le esigenze di servizio della propria struttura;
- **Obblighi di custodia e riservatezza:** Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa. Il lavoratore è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali. L'inosservanza delle predette disposizioni costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari.
 - **Diritti e doveri:** Non variano in alcun modo gli obblighi e i doveri cui è tenuto il lavoratore, così come i diritti ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali. Lo svolgimento delle attività lavorative in modalità di lavoro agile non penalizza la professionalità e l'avanzamento di carriera del personale;
 - **Potere di controllo:** vige in capo al Dirigente Responsabile della Struttura, il quale definisce obiettivi puntuali e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa al termine della prestazione resa in lavoro agile dal collaboratore.
 - **Misure in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e della salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi D.Lgs. 81/2008:** Al riguardo i diritti e i doveri del lavoratore sono contenuti nella "Scheda tecnica - Informazioni per i lavoratori agili (art. 36 D.Lgs. 81/2008)" consegnata ad ogni lavoratore che ne faccia richiesta;

- **Ordine di preferenza:** in coerenza con la Direttiva n. 1/2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica, è stato stabilito il seguente ordine di preferenza per tali categorie di lavoratori:
 - i lavoratori portatori di patologie;
 - i lavoratori che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa;
 - i lavoratori sui quali grava la cura dei figli minori.

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

Sulla base di quanto sopra, il referente della Struttura ha formulato specifica istanza contenente:

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

2 RIENTRO AL LAVORO DEI DIPENDENTI PUBBLICI E LINEE GUIDA - MONITORAGGIO ANNO 2022

Con DPCM del 23 settembre 2021 sono state disciplinate le modalità per il rientro al lavoro dei dipendenti pubblici nonché adottate le Linee guida che recano le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21.

Difatti, come previamente accennato il CCNL 2.11.2022 Area del Comparto Sanità ha disciplinato i principi generali, le modalità e i requisiti di accesso nonché gli elementi dell'accordo individuale da sottoscrivere obbligatoriamente tra le parti.

Quanto sopra, fatta salva la specifica disciplina in deroga di volta in volta prorogata per i "lavoratori fragili".

MONITORAGGIO

Totale dipendenti in lavoro agile 2020= 356

- Totale dipendenti in lavoro agile 2021=263
- Totale dipendenti in lavoro agile 2022= 25

- Giornate di lavoro agile giornate lavorative totali anno 2020 = 22.271
- Giornate di lavoro agile giornate lavorative totali anno 2021 =10.390
- Giornate di lavoro agile giornate lavorative totali anno 2022 = 314

Servizi maggiormente coinvolti nell'applicazione dell'istituto:

- Gestione Risorse Umane
- Sistemi Informativi.

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

3 MODALITÀ ATTUATIVE

Le linee guida ministeriali nonché le vigenti disposizioni contrattuali ha definito, come anzidetto, presupposti e condizioni per l'attivazione del lavoro agile, in particolare:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile e di – norma e/o ove possibile la fornitura di idonea dotazione tecnologica;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, nel quale vanno necessariamente definiti:
 - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 - 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- f) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- g) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Sulla base di quanto sopra e in applicazione delle vigenti previsioni contrattuali collettive, in sede di Organismo Paritetico, designato dall'Amministrazione e dalle OO.SS. interessate, verranno formulate delle proposte anche in tema di lavoro agile, in particolare riguardo eventuali criteri di prelazione (fermo restando i diritti di priorità sanciti dalle vigenti previsioni normative) che possano facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovano in particolari situazioni di necessità e non trovano diversa tutela, l'applicazione del principio di rotazione laddove applicabile, eventuali casistiche di esclusione dei lavoratori.

L'adesione al lavoro agile è consentita a tutti i lavoratori siano essi con rapporto a tempo pieno o parziale e a tempo indeterminato o determinato. L'adesione al lavoro agile è comunque consensuale e volontaria.

Le modalità di svolgimento delineate per svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, in coerenza con tiene conto di specifici aspetti, in particolare riguardo:

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

Dovere di diligenza e obbligo di riservatezza

Durante il periodo di svolgimento del lavoro agile, resta in capo al il Direttore/Responsabile/Dirigente il proprio ruolo gerarchico e le correlate funzioni direttive, in relazione all'esecuzione di compiti e mansioni, anche attraverso comunicazioni con il dipendente per via telematica o telefonica. Lo stesso dipendente adibito a lavoro agile è tenuto ad assumere un comportamento sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dal CCNL vigente nel pieno rispetto ed osservanza del Codice disciplinare. Resta inteso che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa anche all'esterno della sede abituale danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari.

Il lavoratore ha il dovere ed obbligo di tutelare la riservatezza con riguardo a tutti i dati ed informazioni dei quali acquisisca conoscenza e disponibilità al proprio domicilio in riferimento al lavoro assegnatogli e derivanti dall'utilizzo al proprio domicilio dei programmi e dei dati ivi contenuti, nel pieno rispetto di tutte le norme legislative nonché delle disposizioni interne aziendali vigenti in materia.

Potere disciplinare e modalità e criteri di misurazione della prestazione

Come accennato, la modalità di lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali della Fondazione.

Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e soprattutto misurabili che possano consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa svolta in modalità agile.

A tal fine il Direttore/Responsabile/Dirigente potrà verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi o con rendicontazioni periodiche o prevedendo incontri ciclici, anche in presenza.

Sulla base dell'esperienza fin qui maturata, la Fondazione dovrà attuare un percorso di implementazione specifico, muovendo dall'analisi dello stato di salute organizzativa, professionale e digitale della stessa. Dovrà essere, preliminarmente, definita una percentuale di attività e di dipendenti che, tenuto conto delle mansioni effettivamente svolte, possono essere impiegati nel lavoro agile, anche rivedendo i singoli processi, incentivando la diffusione dell'utilizzo degli strumenti informatici e favorendo, laddove possibile, l'ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto.

3.1 SEZIONE 1 – ACCESSO AL LAVORO AGILE

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

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

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

c) Acquisizione del parere favorevole del proprio Dirigente responsabile.

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

3.2 SEZIONE 2 – ACCORDO INDIVIDUALE E OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO

Presupposto necessario è la sottoscrizione di un **accordo individuale specifico**. L'accordo individuale deve essere stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'ente anche riguardo al potere di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore nonché al potere disciplinare, individuando quindi le condotte, connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa e che danno luogo all'applicazione di eventuali sanzioni disciplinari.

In coerenza con le previsioni contrattuali collettive, l'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- a. Durata;
- b. Modalità di svolgimento, tempi di esecuzione e specifici obiettivi della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c. Motivi di recesso e modalità;
- d. Tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza;
- e. Misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- f. Fasce di contattabilità;
- g. Modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche ai fini del proseguimento di tale modalità della prestazione lavorativa;
- h. Impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

L'accordo individuale perde efficacia prima del termine qualora vengano affidate mansioni diverse o in caso di mobilità interna e/o assegnazione ad una Struttura/Servizio/Area diversa da quella presso cui era assegnato all'atto della stipula dell'accordo.

L'accordo individuale, in accordo fra le parti, può essere modificato in qualunque momento per:

- motivate esigenze espresse dal lavoratore;
- necessità organizzative e/o gestionali della Fondazione ovvero dalla Struttura di afferenza.

In tali casi le modifiche dovranno essere concordate per iscritto e allegate all'accordo individuale. In caso di mancato accordo ciascuna delle parti ha il diritto di recedere nelle modalità nei termini e con le modalità previste.

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

Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il lavoratore dovrà tenere un comportamento sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e, compatibilmente alle peculiarità e modalità di svolgimento del lavoro, è tenuto al rispetto delle disposizioni dei CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento della Fondazione.

Lo svolgimento della prestazione in una delle modalità a distanza non modifica il potere disciplinare del datore di lavoro.

Il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza e nel percorso tra luogo di lavoro a distanza e sede di lavoro o altro luogo, in tutti i casi in cui il dipendente venga richiamato in presenza presso la sede di lavoro.

Eventuali infortuni sul lavoro durante i giorni di lavoro a distanza devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce secondo le vigenti procedure adottate dalla Fondazione.

3.3 SEZIONE 3 – CRITERI PREFERENZIALI

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

È riconosciuta priorità alle richieste:

- delle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto

legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nel rispetto dell'art. 18 della l. 81/2017 - ai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nel rispetto dell'art. 18 della l. 81/2017;

- ai “lavoratori fragili”: lavoratori dipendenti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché i lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita*

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

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

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

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

3.4 SEZIONE 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO E NORMATIVO

Il lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore, in attuazione dei contratti collettivi nazionali o aziendali, a quello riconosciuto ai lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno della Fondazione IRCCS.

3.5 SEZIONE 5 – SEDE LAVORATIVA E CONDIZIONI TECNOLOGICHE, PRIVACY E SICUREZZA

Sede Lavorativa

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta in un luogo diverso dalla sede di lavoro abituale assegnata. Tale luogo deve comunque consentire la garanzia dei criteri di sicurezza e riservatezza e che risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore è tenuto a segnalare immediatamente eventuali problematiche di carattere tecnico/informatico, anche in termini di sicurezza del trattamento dei dati, per permettere alla Fondazione di intervenire, tempestivamente, ai fini della analisi della problematica di che trattasi.

Qualora le problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa l'istituto può essere sospeso nelle more della risoluzione o cessato in caso di impossibilità di provvedere alla risoluzione stessa.

Il lavoratore, nel corso dell'espletamento del lavoro agile, è tenuto ad attenersi a tutte le norme e regolamenti in vigore in materia di prevenzione e protezione ed al rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.

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

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

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

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

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

Si può ricorrere all'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) oppure ad accessi in desktop remoto ai server. Inoltre, l'Amministrazione, dovrà prevedere dei sistemi gestionali e di protocollo digitale raggiungibili da remoto (DOCS PA) per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti e istanza, per la ricerca della documentazione, etc.

– **Sviluppo di sistemi informativi digitali e digitalizzazione delle attività lavorative:**

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

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

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

- **Reclutamento personale con competenze tecnologiche:** per assicurare il corretto funzionamento dei servizi servono anche le competenze tecnologiche del personale. Al riguardo riveste importanza strategica il reclutamento di personale con professionalità tecnologiche adeguate: l'inserimento di tali figure, oltre ad assolvere a compiti specifici del proprio profilo professionale, consente di agevolare la disseminazione delle competenze tecnologiche tra il personale dell'Amministrazione che ne è sprovvisto, agevolare un corretto indirizzamento dei requisiti richiesti ai sistemi informativi che sottendono i servizi e assicurare una efficace applicazione degli istituti e servizi interessati.

- **Competenze in ambito digitale:** la competenza tecnologica nell'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dall'Amministrazione sono fattori abilitanti anche per rendere efficiente l'attività lavorativa da remoto. Tutto il personale interessato dovrà possedere delle conoscenze per l'utilizzo dei sistemi e delle tecnologie adoperate per il lavoro agile, in sicurezza, al fine di ridurre e minimizzare i rischi legati ad eventuali vulnerabilità informatiche. L'Amministrazione si impegna per garantire a tutto il personale una formazione continua relativa alle principali tematiche

legate al lavoro agile, cercando di fornire dei corsi base per tutto il personale e, ove necessario, formazione specifica per determinate figure professionali. Per maggiori dettagli sui piani formativi e sulle modalità di erogazione dei percorsi formativi si rimanda al paragrafo successivo.

- **Supporto tecnico per personale in lavoro agile:** il supporto per problemi di accesso, configurazioni o problematiche generali è fondamentale per garantire una continuità lavorativa in caso di malfunzionamenti o problemi di accesso ai sistemi digitali. Il personale deve essere aiutato nella configurazione dei dispositivi, nell'accesso ai sistemi digitali e nella risoluzione di problematiche che potrebbero interrompere la prestazione lavorativa. L'Amministrazione mette a disposizione del personale, in apposita sezione della INTRANET, una lista dei manuali operativi per guidare il personale all'utilizzo dei dispositivi e dei sistemi digitali utilizzati per il lavoro agile e una lista di FAQ che il personale può consultare in maniera autonoma per la configurazione dei dispositivi e risoluzione dei problemi più comuni. Per offrire un supporto dedicato e per risolvere tutte quelle problematiche che richiedono una maggiore assistenza ed un supporto tecnico viene messo a disposizione un Help Desk raggiungibile telefonicamente o attraverso email. Ogni segnalazione determina l'apertura di un ticket interno, che verrà lavorato ed erogato nei limiti stabiliti dall'accordo sul livello del servizio.

3.6 SEZIONE 6 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO E DIRITTO ALLA DISCONNESSIONE.

Il lavoro agile è consentito con la periodicità indicata espressamente nell'accordo individuale prevedendo un massimo di giorni al mese/ settimana, non cumulabili in caso di mancato utilizzo e, ciò, tenuto conto dell'eventuale articolazione oraria del lavoratore (tempo parziale).

L'individuazione delle specifiche giornate di lavoro agile è definita sentito il Responsabile della Struttura in base alle esigenze funzionali e organizzative e avendo cura di adottare soluzioni organizzative tali da non consentire al lavoratore in modalità agile la continuità dell'assenza con altri istituti contrattuali (ferie, festività, congedi, L. 104/92, etc.).

Per esigenze personali, anche improvvise, il dipendente può richiedere una modifica delle giornate in lavoro agile mediante richiesta scritta indirizzata al proprio Responsabile. Tale richiesta dovrà comunque essere autorizzata dallo stesso.

Per sopravvenute esigenze organizzative e/o gestionali della Fondazione o della Struttura di afferenza, adeguatamente motivate, durante la giornata di lavoro agile il dipendente può essere chiamato a prestare l'attività lavorativa in presenza presso la sede di lavoro senza comportare il diritto al recupero della/delle giornate di lavoro agile non fruita/e.

Il dipendente deve svolgere le attività e raggiungere gli obiettivi assegnatigli dal Responsabile della struttura di afferenza e, al fine di un controllo sul raggiungimento o meno degli stessi, il lavoratore è tenuto all'invio periodico, al proprio Responsabile, di apposita reportistica.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza.

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

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

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

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

Qualora per il lavoratore si riscontrassero nelle giornate interessate delle problematiche di natura tecnica o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo

funzionamento dei sistemi informatici (sia propri che della Fondazione IRCCS), qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, questi è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente responsabile. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine dell'orario di lavoro.

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

3.7 SEZIONE 7 – SICUREZZA E TUTELA SUL LAVORO

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

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

3.8 SEZIONE 8 – FORMAZIONE DEL LAVORATORE AGILE

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

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

3.9 SEZIONE 9 – LAVORO DA REMOTO

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

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

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

4 PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

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

- la Struttura delle Risorse Umane
- i Sistemi Informativi e Informatici;
- il Sistema Protocollo;

- i rappresentanti sindacali (RSU e Organizzazioni Sindacali e relativi Organismi Paritetici);
- il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG);
- l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- i Dirigenti responsabili dei lavoratori.

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

INDICATORI

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

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

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

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

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

Inoltre, è necessario considerare ulteriori elementi di fondamentale importanza per la tutela del lavoratore agile e, di conseguenza, per la piena implementazione del nuovo modello organizzativo, ovvero:

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

- dotazione strumenti di lavoro
- sicurezza sul lavoro
- sicurezza dei dati.

Considerato che gli elementi necessari per l'attivazione del lavoro agile sono la fiducia, la condivisione degli obiettivi e delle informazioni nonché la trasparenza e la collaborazione tra lavoratori e responsabili, è necessario implementare uno strumento di monitoraggio che valuti l'apporto del lavoratore rispetto agli obiettivi prefissati dalla struttura di appartenenza.

Al riguardo, nel rispetto del sistema di valutazione vigente, sarebbe opportuno implementare uno schema di scheda di monitoraggio che riporti una specifica programmazione, compilata e siglata dal lavoratore e dal responsabile al momento dell'attivazione del lavoro agile tenuto conto che la programmazione potrà essere oggetto di revisione in relazione a mutamenti intervenuti e/o al grado di progressiva realizzazione degli obiettivi programmati.

Inoltre, lo sviluppo della nuova modalità lavorativa non può non tener conto di un programma di investimento di risorse finanziarie relativamente a supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile, investimenti in digitalizzazione di procedure amministrative e di processi.

OBIETTIVI

Il lavoro agile rappresenta ad oggi una politica di notevole riorganizzazione e sviluppo delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa che impatta sulle risorse a diversi livelli (processi, persone e infrastrutture).

Tale modalità di svolgimento del lavoro mira a garantire un miglioramento generale della vita lavorativa del lavoratore sia in relazione alla conciliazione dei tempi di lavoro-vita privata sia in termini di efficacia ed efficienza dei servizi alla collettività, che va inteso quale obiettivo ultimo e prioritario cui deve orientarsi ogni pubblica amministrazione, anche in un'ottica di maggiore efficacia e innovazione metodologica, nell'ambito della digitalizzazione e dello sviluppo di competenze

PARTE 2

PIANO FORMATIVO

La Fondazione vede nella formazione uno strumento utile per mantenere e sviluppare, riqualificare le conoscenze, le abilità e le informazioni possedute dal personale.

In applicazione delle vigenti previsioni normative, nonché in coerenza con le indicazioni di stampo regionale, con provvedimento n. 3359 del 23/12/2022 è stato approvato per la Fondazione il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2023 come da relative tabelle di seguito riportate:

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
1	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	AGGIORNAMENTO A TEMA : TRAPIANTO POLMONARE	40
2	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	AGGIORNAMENTO A TEMA : ONCOLOGIA TORACICA	30
3	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	I DRENAGGI TORACICI DALLA CONOSCENZA ALLA LORO GESTIONE	30
4	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CASI CLINICI IN CHIRURGIA TORACICA: ANALISI RETROSPETTIVA MULTIDISCIPLINARE	30
5	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	REALIZZAZIONE PDTA	30
6	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CARDIOCHIRURGIA/GRUPPO DI MIGLIORAMENTO	20
7	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CARDIOCHIRURGIA/ UPDATE SUI TEMI CARDIOCHIRURGICI PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO	20
8	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CARDIOCHIRURGIA/AGGIORNAMENTO CONSENSO INFORMATO E OTTIMIZZAZIONE RACCOLTA DATI E GARANZIA DELLA PRIVACY	20
9	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CARDIOCHIRURGIA/TELEMEDICINA	15
10	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	CARDIOCHIRURGIA/INSUFFICIENZA AORTICA E VALVOLA AORTICA BICUSPIDE: ATTIVITÀ DI LABORATORIO PER COMPrensione DELLA MECCANICA VALVOLARE AORTICA IN QUESTA PATOLOGIA CONGENITA	5
11	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	FORMAZIONE DEI TECNICI DI RADIOLOGIA E DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI SALA SULLE PROCEDURE ENDOVASCOLARI: MATERIALI E METODI	30
12	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	FORMAZIONE DEGLI ANESTESISTI DI SALA OPERATORIA SULLE PROCEDURE ENDOVASCOLARI: MATERIALI E METODI	30

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
13	CHIRURGIA	CASI CLINICI IN ORTOPEDIA	10
14	CHIRURGIA	PRINCIPI DI TRAUMATOLOGIA: ARTO SUPERIORE, BACINO ED ARTO INFERIORE	25 PARTECIPANTI A SESSIONE
15	CHIRURGIA	GESTIONE PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE, FISSATORE ESTERNO, PROTESICA DI ANCA E GINOCCHIO E POLITRAUMATIZZATO	15 PARTECIPANTI A SESSIONE (PREVISTE DUE SESSIONI)
16	CHIRURGIA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO 2022 IN CHIRURGIA EPATOBILIARE E TRAPIANTI DI FEGATO	40
17	CHIRURGIA	RIUNIONE MULTIDISCIPLINARE CANDIDATI AL TRAPIANTO DI FEGATO	20
18	CHIRURGIA	JOURNAL CLUB	15
19	CHIRURGIA	INTERAZIONE CON IL TERRITORIO PER CASI COMPLESSI DI MACULOPATIA, UVEITI E NEUROFTALMOLOGIA: PERCORSI DIAGNOSTICI-TERAPEUTICI DELLA FONDAZIONE CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	40
20	CHIRURGIA	UVEITI UP TO DATE	50
21	CHIRURGIA	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN OCULISTICA	25
22	CHIRURGIA	ADDESTRAMENTO CLINICO IN ODONTOIATRIA	80
23	CHIRURGIA	FORMAZIONE SUL CAMPO SUI DISORDINI CRANIO MANDIBOLARI	6
24	CHIRURGIA	SERATE DI AGGIORNAMENTO IN PATOLOGIA E MEDICINA ORALE EDIZIONE 2023	80
25	CHIRURGIA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO ORL 2023	30
26	DAPS	CORSO SEAO (PARTO IN ACQUA)	100
27	DAPS	CCNL	30
28	DAPS	BED MANAGEMENT	200
29	DAPS	LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI: IL RUOLO DELL'OSS	200
30	DAPS	AGGIORNAMENTI PER OSS	200
31	DAPS	PNRR	30
32	DAPS	LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO	30
33	DAPS	LA CCE	200
34	DAPS	FORMAZIONE DEI NEOASSUNTI	120
35	DAPS	ETICA	200
36	DAPS	IL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO. MODULO A (BASE)	200
37	DAPS	FORMAZIONE OSTETRICHE IN ANESTESIA	130
38	DAPS	RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO	130
39	DAPS	LA GESTIONE DELLA VIOLENZA	130
40	DAPS	LE AGGRESSIONI NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI: EPIDEMIOLOGIA E METODOLOGIA PER LA PREVENZIONE DEL FENOMENO	130

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
41	DAPS	FORMAZIONE COORDINATORI RISCHI GAS MEDICALI	100
42	DAPS	PROGETTO DI RICERCA AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA	
43	DAPS	PROGETTO DI RICERCA AREA TRAPIANTI	
44	DAPS	PROGETTO DI RICERCA AREA PEDIATRICA	
45	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI SUL CCNL (RIVOLTO AI COORDINATORI DAPS)	100
46	DAPS	RICERCA BIBLIOGRAFICA APPLICATA	100
47	DAPS	JOURNAL CLUB	100
48	DAPS	LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	100
49	DAPS	LA GESTIONE DELLE STOMIE	50
50	DAPS	LA FORMAZIONE DEGLI ASSISTENTI DI TIROCINIO NEL CDL IN TSLAB	80
51	DAPS	TRIAGE NUOVO MODELLO	80
52	DAPS	INCONTRO MIGLIOR TESI IN AREA RIAB	80
53	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI PEDIATRIA NEONATOLOGIA	12
54	DAPS	GRUPPO AUDIOLOGICO DI MIGLIORAMENTO	10
55	DAPS	INCONTRI MENSILI AREA COMPARTO VIA PACE	30
56	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO-ASSUNTO	10
57	DAPS	RIUNIONE COORDINATORI	10
58	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI	50
59	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO ASSUNTO AREA CARDIO BRONCO GASTRO	20
60	DAPS	RIUNIONI INTRADIPARTIMENTALI DI AREA	10
61	DAPS	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO AREA OMOGENEA DI GASTROENTEROLOGIA	25
62	DAPS	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO CARDIOLOGIA	35
63	DAPS	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO PNEUMOLOGIA	35
64	DAPS	GRUPPO MIGLIORAMENTO AMBULATORI	15
65	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO-ASSUNTI GRANELLI	10
66	DAPS	RUNIONI COORDINATORI	10
67	DAPS	INCONTRI CLINICI	50
68	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDLO	50
69	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDL IN INFERMIERISTICA PEDIATRICA	50
70	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDL IN INFERMIERISTICA	50
71	DAPS	IL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI E DEI RAGAZZI NELLA PARTECIPAZIONE ATTIVA NEL PRENDERSI CURA	190
72	DAPS	LE TESI DI LAUREA DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA PEDIATRICA: CONDIVISIONE DEI RISULTATI	150
73	DAPS	TRIAGE IN PS GENERALE	200
74	DAPS	TRIAGE PS GENERALE	80
75	DAPS	RIUNIONE DI UO: CENTRO PRELIEVI	10

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
76	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO IN ENDOSCOPIA	10
77	DAPS	INCONTRI CLINICI-ORGANIZZATIVI ENDOSCOPIA	10
78	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI AREA EMERGENZA URGENZA	11
79	DAPS	AUDIT UOC PRONTO SOCCORSO	20
80	DAPS	RIUNIONI GRUPPO TRIAGE	20
81	DAPS	RIUNIONI DI UO: PRONTO SOCCORSO	20
82	DAPS	CORSO ECG	20
83	DAPS	VENTILAZIONE NON INVASIVA	15
84	DAPS	INSERIMENTO DEL NEOASSUNTO IN PRONTO SOCCORSO	30
85	DAPS	INSERIMENTO IN PSICHIATRIA	30
86	DAPS	INSERIMENTO IN TRIAGE	30
87	DAPS	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO	20
88	DAPS	GESTIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO	20
89	DAPS	INCONTRI CLINICI-ORGANIZZATIVI	20
90	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO AREA EMERGENZA URGENZA	10
91	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI AREA EMERGENZA URGENZA	10
92	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI AREA EMERGENZA URGENZA	50
93	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI AREA EMERGENZA-URGENZA	10
94	DAPS	RIUNIONI DI UNITÀ OPERATIVA: MIAIC	20
95	DAPS	WOUND CARE	20
96	DAPS	GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO	15
97	DAPS	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO	20
98	DAPS	RIUNIONI DI UNITÀ OPERATIVA: GUARDIA 2 PIANO	20
99	DAPS	IL PERCORSO DEL PAZIENTE DI CARDIO-CHIRURGIA IN FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	20
100	DAPS	DIAGNOSI PRENATALE	20
101	DAPS	GESTIONE DEL DELIRIUM NEI REPARTI PER ACUTI	10
102	DAPS	LE CURE PALLIATIVE IN FONDAZIONE	20
103	DAPS	JOURNAL CLUB BIOCHIMICA	40
104	DAPS	INFOLAB BIOCHIMICA	40
105	DAPS	JOURNAL CLUB MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	40
106	DAPS	INFOLAB MICROBIOLOGIA	40
107	DAPS	RIUNIONI QUALITÀ	30
108	DAPS	EGA LA CORRETTA GESTIONE	40
109	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO INSERITO	30
110	DAPS	GLI ERRORI IN MEDICINA DI LABORATORIO: LA FASE PRE-ANALITICA	100

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
111	DAPS	ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA AUTOMATIZZATO PER LA COLORAZIONE DI GRAM	40
112	DAPS	ADDESTRAMENTO ALL'USO DEL MALDI_PRIME BIOMERIEUX	40
113	DAPS	ADDESTRAMENTO ALLA NUOVA MODALITÀ DI GESTIONE DEI CAMPIONI CON VITEK STATION BIOMERIEUX	40
114	DAPS	ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DELL'EMOGASANALIZZATORE IN URGENZA	40
115	DAPS	FORMAZIONE SUL CAMPO NUOVA STRUMENTAZIONE	20
116	DAPS	INFOLAB VIROLOGIA	30
117	DAPS	AUDIT CLINICI	30
118	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI	7
119	DAPS	INFOLAB GENETICA E CITOGENETICA	40
120	DAPS	JOURNAL CLUB GENETICA E CITOGENETICA	40
121	DAPS	UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA FLUENT	20
122	DAPS	INTERPRETAZIONE DATI NGS MEDIANTE APPLICAZIONE ALISSA	20
123	DAPS	UTILIZZO MICROSCOPIO AUTOMATIZZATO AXIOIMAGER E RELATIVO SOFTWARE DI ELABORAZIONE	20
124	DAPS	ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DEL CELL SORTER DITTA BECTON DICKINSON	10
125	DAPS	JOURNAL CLUB CITOFLUORIMETRIA	10
126	DAPS	CORSO TUTOR	
127	DAPS	TUTORAGGIO STUDENTI UNIVERSITÀ	
128	DAPS	DISCUSSIONE DI CASI CLINICI COMPLESSI, RISULTATI LABORATORISTICI INATTESI, PROBLEMI TECNICI E NUOVI TEST DIAGNOSTICI IMMUNO E ONCO-EMATOLOGICI.	10
129	DAPS	RIUNIONI PERSONALE OSTETRICO AMBULATORI OSTETRICI	20
130	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO AREA TRASFUSIONALE	10
131	DAPS	INCONTRI COORDINATORI AREA TRASFUSIONALE	50
132	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI AREA TRASFUSIONALE	10
133	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI AREA TRASFUSIONALE	10
134	DAPS	RIUNIONI CLINICHE AFERESI TERAPEUTICA	20
135	DAPS	RIUNIONI ORGANIZZATIVE AREA INFERMIERISTICA CENTRO TRASFUSIONALE	30
136	DAPS	RIUNIONI ORGANIZZATIVE AREA TECNICA CENTRO TRASFUSIONALE	40
137	DAPS	RIUNIONI SCIENTIFICHE SETTORE TRAPIANTI	40
138	DAPS	RIUNIONI ORGANIZZATIVE AREA TECNICA SETTORE TRAPIANTI	20
139	DAPS	RIUNIONI ORGANIZZATIVE AREA INFERMIERISTICA SETTORE TRAPIANTI	10

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
140	DAPS	LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI	120
141	DAPS	RIUNIONI ORGANIZZATIVE COORDINATORI AREA MEDICINE SPECIALISTICHE	8
142	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO/ASSUNTO-NEO/INSERITO	10
143	DAPS	GLI ACCESSI VASCOLARI: COME PRENDERE CURA	25
144	DAPS	RIUNIONI INFERMIERI	9
145	DAPS	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO ALLA GESTIONE DI PREPARATI GALENICI E DI PREPARATI GALENICI MAGISTRALI	14
146	DAPS	INCONTRI CLINICO-ORGANIZZATIVI DH-EMATOLOGIA	13
147	DAPS	INCONTRI CLINICO-ORGANIZZATIVI IN AMBITO TRAPIANTOLOGICO	15
148	DAPS	GESTIONE DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI	20
149	DAPS	GESTIONE DEL PAZIENTE ONCO-EMATOLOGICO	20 PER EDIZIONE
150	DAPS	INCONTRI CLINICO-ORGANIZZATIVI IN AREA ONCO-EMATOLOGICA	20
151	DAPS	RIUNIONI CLINICO-ORGANIZZATIVE IN MALATTIE INFETTIVE	25
152	DAPS	LE CURE PALLIATIVE: IL PUNTO DI VISTA DELL'INFERMIERE	20
153	DAPS	POTENZIARE LA RELAZIONE/COMUNICAZIONE TRA OPERATORI, CON IL PAZIENTE E I CAREGIVER	20
154	DAPS	GESTIONE DEL DOLORE E DELLE SIMULTANEOUS CARE IN ASSISTENZA	10
155	DAPS	AGGIORNAMENTO SU FARMACI E PRESIDII DI NUOVA GENERAZIONE	10
156	DAPS	GESTIONE E PREVENZIONE EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI ANTIBLASTICI	10
157	DAPS	ALIMENTAZIONE DEL PAZIENTE IN CHEMIOTERAPIA	10
158	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO ASSUNTO AREA TESTA COLLO	10
159	DAPS	RIUNIONE COORDINATORI	10
160	DAPS	INCONTRI CLINICI	50
161	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO ASSUNTO AREA NEFROLOGIA E DIALISI	10
162	DAPS	RIUNIONE COORDINATORI	10
163	DAPS	INCONTRI CLINICI DIALISI	50
164	DAPS	INCONTRI CLINICI NEFROLOGIA	50
165	DAPS	TRIAGE OSTETRICO	100
166	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO ASSUNTO AREA SALUTE DELLA DONNA	10
167	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI AREA SALUTE DELLA DONNA	10
168	DAPS	INCONTRI CLINICI	50
169	DAPS	TRIAGE IN PS OSTETRICO- GINECOLOGICO	200
170	DAPS	BRO	130
171	DAPS	TRIAGE IN PS PEDIATRICO	200

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
172	DAPS	FORMAZIONE IN TRIAGE PEDIATRICO INTRAOSPEDALIERO SECONDO IL MODELLO DI TRIAGE REGIONE LOMBARDIA MODULO C	30
173	DAPS	ELABORAZIONE E REVISIONE DI ISTRUZIONI OPERATIVE E PROTOCOLLI INFERMIERISTICI SC NEFROLOGIA DIALISI E TRAPIANTO DI RENE PEDIATRICO"	20
174	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN DIALISI PEDIATRICA	20
175	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN IN CHIRURGIA PEDIATRICA	30
176	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN IN CHIRURGIA PEDIATRICA	30
177	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN IN PEDIATRIA IMMUNOLOGIA E INFETTIVOLOGIA PEDIATRICA	30
178	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN PEDIATRIA IMMUNOLOGIA E INFETTIVOLOGIA PEDIATRICA	30
179	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN IN PEDIATRIA IMMUNOREUMATOLOGIA	30
180	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN PEDIATRIA IMMUNOREUMATOLOGIA	30
181	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI AREA PEDIATRIA	10
182	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO AREA PEDIATRICA	20
183	DAPS	ADDESTRAMENTO IN TRIAGE PEDIATRICO	30
184	DAPS	LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN PEDIATRIA	90
185	DAPS	LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI IN PEDIATRIA	90
186	DAPS	GRUPPO DI STUDIO MIGLIORAMENTO PROTOCOLLI E LINEE DI INDIRIZZO IN AREA EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA	30
187	DAPS	ADDESTRAMENTO OPERATORE SI SUPPORTO IN AREA PEDIATRICA	10
188	DAPS	TUTORING ADATTATIVO PROFESSIONISTA INFERMIERE	10
189	DAPS	ADDESTRAMENTO NEO ASSUNTO	10
190	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI	10
191	DAPS	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CPS13	10
192	DAPS	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CENTRO PSICO SOCIALE (CPS) DI ZONA 1	10

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
193	DAPS	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CRA E CD CASI CLINICI E PTR	10
194	DAPS	FOCUS GROUP "VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ TECNICA DELL'ESAME RADIOLOGICO PEDIATRICO" - REVIEW DELLE PERFORMANCE	25
195	DAPS	FOCUS GROUP "VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ TECNICA DELL'ESAME MAMMOGRAFICO" - REVIEW DELLE PERFORMANCE + AUDIT SEMESTRALE E ANNUALE	7
196	DAPS	AIS – ATTUALITÀ IN SENOLOGIA	7
197	DAPS	APPROPRIATEZZA ESAMI MOC - LINEE GUIDA TECNICO-CLINICHE	20
198	DAPS	CRITICITÀ QUOTIDIANA DEL FRONT OFFICE AMMINISTRATIVO IN MED. NUCLEARE	20
199	DAPS	RADIOFARMACI : DALLA DIAGNOSTICA ALLA TERAPIA MN-PET	20
200	DAPS	CRITICITÀ QUOTIDIANA DEL FRONT OFFICE AMMINISTRATIVO IN MED. NUCLEARE	10
201	DAPS	APPROCCIO E TRAINING OPERATIVO PER NUOVI SISTEMI SPET-CT IBRIDI	20
202	DAPS	APPROCCIO E TRAINING OPERATIVO PER NUOVI SISTEMI SPET-CT IBRIDI	20
203	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO	10
204	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI	10
205	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI	50
206	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO AREA RIABILITATIVA	10
207	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI AREA RIABILITATIVA	10
208	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI AREA RIABILITATIVA	50
209	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO AREA RIABILITATIVA	10
210	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI AREA RIABILITATIVA	5
211	DAPS	UNIFICAZIONE FORMAZIONE FISIOTERAPISTI	50
212	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDL FISIOTERAPIA	40
213	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDL LOGOPEDIA	20
214	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO NEL CDL ORTOTTICA	20
215	DAPS	DISCUSSIONE CASI CLINICI RIABILITATIVA UONPIA	20
216	DAPS	UNIFICAZIONE FORMAZIONE ORTOTTISTI	20
217	DAPS	ASSISTENTE DI TIROCINIO MASTER E MAGISTRALE	20
218	DAPS	ATTIVITÀ DI RICERCA	10
219	DAPS	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	100
220	DAPS	LA GESTIONE DELLE LDP	120
221	DAPS	AGGIORNAMENTO-APPROFONDIMENTO TEMATICHE DI SALA OPERATORIA	30

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
222	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTO BLOCCHI OPERATORI	10
223	DAPS	ADDESTRAMENTO NEOASSUNTI TERAPIA INTENSIVA	10
224	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI BLOCCHI OPERATORI	10
225	DAPS	RIUNIONI COORDINATORI TERAPIA INTENSIVA	10
226	DAPS	DISCUSSIONI CASI CLINICI BLOCCHI OPERATORI	50
227	DAPS	DISCUSSIONI CASI CLINICI TERAPIA INTENSIVA	50
228	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI BLOCCHI OPERATORI	10
229	DAPS	INCONTRI ORGANIZZATIVI TERAPIA INTENSIVA	10
230	DAPS	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN TERAPIA INTENSIVA	50
231	DBN	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN GENETICA MEDICA I SEMESTRE	20
232	DBN	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN GENETICA MEDICA II SEMESTRE	20
233	DBN	NUOVE TECNOLOGIE E NUOVI MECCANISMI NELLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE GENETICHE	30
234	DBN	POLICLINICO KIDS	400
235	DBN	JOURNAL CLUB NEFROLOGICO PEDIATRICO	25
236	DBN	RIUNIONE TRAPIANTI DI RENE PEDIATRICI	35
237	DBN	CASI CLINICI NEFROLOGICI E UROLOGICI PEDIATRICI	25
238	DBN	INTRODUZIONE ALLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA	490
239	DBN	LABORATORIO LIBRI AVANZATO	50
240	DBN	GLI INBOOK PER L'INTERVENTO PRECOCE E L'INCLUSIONE	300
241	DBN	L'INTERVENTO PRECOCE DI CAA NELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI: SMA 1, DISTROFIE CONGENITE E MIOPIATIE	100
242	DBN	CAA E PREVEDIBILITÀ AMBIENTALE: LA COMUNICAZIONE INIZIALE	300
243	DBN	TABELLE A TEMA	300
244	DBN	CAA A SCUOLA E A DISTANZA	300
245	DBN	IL "PASSAPORTO"	300
246	DBN	STRUMENTI DI COMUNICAZIONE TRASVERSALI A TUTTI GLI AMBIENTI 1: TABELLE DINAMICHE PODD E VOP	300
247	DBN	STRUMENTI DI COMUNICAZIONE TRASVERSALI A TUTTI GLI AMBIENTI 2: COMUNICATORI TECNOLOGICI CON SUPPORTO VOCALE	300
248	DBN	INCONTRI TECNOLOGICI NO ECM	100
249	DBN	INTRODUZIONE ALLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA - FAD	IN DEFINIZIONE

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
250	DBN	CAA E PROBLEMI DI COMPORTAMENTO - FAD	IN DEFINIZIONE
251	DBN	GDM INTERNO AGLI PSICOLOGI DELLA UONPIA (TITOLO PROVVISORIO)	50
252	DBN	GDM - GIORNATE DI CONFRONTO SU INTERVENTI IN COMUNICAZIONE AUMENTATIVA (TITOLO PROVVISORIO)	50
253	DBN	GDM: JOURNAL CLUB OPERATORI CAA (TITOLO PROVVISORIO)	30
254	DBN	STRUMENTI DI CAA NEI PERCORSI LOGOPEDICI (TITOLO PROVVISORIO)	200
255	DBN	COMUNICATORI TECNOLOGICI CON SUPPORTO VOCALE CORSO AVANZATO (TITOLO PROVVISORIO)	200
256	DBN	CANS-CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS. FORMAZIONE E ABILITAZIONE ALL'USO DELLO STRUMENTO	50
257	DBN	CANS-CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS. ABILITAZIONE ALL'USO DEGLI STRUMENTI CANS PER LA PROMOZIONE DI PRATICHE COLLABORATIVE ORIENTATE ALLA VALUTAZIONE DI ESITO	500
258	DBN	CONVEGNO ANNUALE TCOM ITALIA CANS-CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTH	420
259	DBN	EQUIPE CLINICHE PROGETTO MIGRAZIONE E NPIA	20
260	DBN	GOSR: GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DEI SEGNALE DI RISCHIO PER LA SALUTE MENTALE NEI MINORI MIGRANTI NON ACCOMPAGNATI	50
261	DBN	RHS: UNO STRUMENTO DI SCREENING PER L'OSSERVAZIONE DEI SEGNALE DI RISCHIO PER LA SALUTE MENTALE NEI MINORI MIGRANTI NON ACCOMPAGNATI	50
262	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI PROGETTO MIGRAZIONE E NPIA	20
263	DBN	ADOLESCENZA E MIGRAZIONE - MODULO BASE	500 PROVVISORIO
264	DBN	ADOLESCENZA E MIGRAZIONE - MODULO SPECIALISTICO	500 PROVVISORIO
265	DBN	PSICOTRAUMATOLOGIA BASE	25
266	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE "EQUIPE TRAUMA"	20
267	DBN	MIGRAZIONE E TRAUMA: UN MODELLO DI PSICOEDUCAZIONE	30
268	DBN	MINORI MIGRANTI IN ETÀ SCOLARE – WP2 FORMAZIONE AI PEDIATRI	150
269	DBN	PROGETTO MIGRANTI: CRESCITA, ADATTAMENTO E APPRENDIMENTO IN CONTESTI MULTICULTURALI E MULTILINGUE	300
270	DBN	FORMAZIONE GIURIDICO-LEGALE – WP3: DEFINIZIONE LINEE GUIDA	300
271	DBN	FORMAZIONE GIURIDICO-LEGALE – WP3	150
272	DBN	FORMAZIONE GIURIDICO-LEGALE – WP3	150

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
273	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI DELLA RETE CHE ACCOLGONO MSNA – MODULO1	20
274	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI DELLA RETE CHE ACCOLGONO MSNA – MODULO 2	20
275	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI DELLA RETE CHE ACCOLGONO MSNA – MODULO 3	20
276	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI DELLA RETE CHE ACCOLGONO MSNA – MODULO 4	20
277	DBN	SUPERVISIONI CLINICHE PER OPERATORI DELLA RETE CHE ACCOLGONO MSNA – MODULO 5	20
278	DBN	GESTIONE DELLA CRISI CON MSNA	150
279	DBN	PROGETTO MIGRANTI: UN MODELLO PER LA PRESA IN CARICO DI MSNA (UDINE)	150
280	DBN	GESTIONE DI INTERVENTI CLINICI DI GRUPPO	150
281	DBN	EQUIPE DBT - I SEMESTRE	10
282	DBN	EQUIPE DBT - II SEMESTRE	10
283	DBN	INTERVENTI SEMIRESIDENZIALI NEI DISTURBI PSICHIATRICI IN ADOLESCENZA	200
284	DBN	SUPERVISIONE CLINICA OPERATORI PERCIVAL – 2023 I MODULO	30
285	DBN	INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI – GENNAIO 2023	200
286	DBN	INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI – FEBBRAIO 2023	200
287	DBN	ADHD-PERCIVAL- INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI – MARZO 2023	200
288	DBN	ADHD- PERCIVAL- INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI –APRILE 2023	200
289	DBN	ADHD- PERCIVAL- INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI – MAGGIO 2023	200
290	DBN	ADHD- PERCIVAL- INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI PSICOFARMACOLOGIA E SUPERVISIONE CASI CLINICI – GIUGNO 2023	200
291	DBN	SCRITTURA CARTELLA – DISCUSSIONE CASI CLINICI COMPLESSI – TO/TM	50
292	DBN	PIANO CRISI E GESTIONE SUB ACUTI E RISCHIO SUICIDARIO	50
293	DBN	PERCIVAL - PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ESCALATION COMPORTAMENTALI 1 - CRISI E DEESCALATION	500
294	DBN	PERCIVAL - PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ESCALATION COMPORTAMENTALI 2 - PIANO CRISI	500

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
295	DBN	PERCIVAL – SEGNALI DI RISCHIO IN ADOLESCENZA: COSA OSSERVARE?	200
296	DBN	DE-ESCALATION MODULO BASE: DE-ESCALATION E PERCORSI CONDIVISI DI GESTIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO IN ETÀ EVOLUTIVA NEI REPARTI DI PEDIATRIA	30
297	DBN	DE-ESCALATION MODULO AVANZATO: DE-ESCALATION E PERCORSI CONDIVISI DI GESTIONE DEL PAZIENTE ADOLESCENTE E GIOVANE ADULTO NEI REPARTI DI PSICHIATRIA	30
298	DBN	CICLO DI INCONTRI. SINDROME DI JACOBS, 47,XY.	450
299	DBN	CICLO DI INCONTRI. SINDROME DELLA TRIPLA X.	450
300	DBN	CICLO DI INCONTRI. SINDROME DI KLINEFELTER	450
301	DBN	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO UNITÀ PER LA DISABILITÀ COMPLESSA E LE MALATTIE RARE	20
302	DBN	MAAM 1 FAD - CARATTERISTICHE CLINICHE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO E PROFILI DI FUNZIONAMENTO NEL BAMBINO E NELL'ADULTO	700
303	DBN	MAAM 2 FAD - APPROCCI E STRATEGIE PER INCREMENTARE LE ABILITÀ COMUNICATIVE NEL BAMBINO E NELL'ADULTO CON ASD	700
304	DBN	MAAM 3 FAD - STRATEGIE PER IL SUPPORTO ALLE FAMIGLIE E AI CONTESTI DELLE PERSONE CON ADS	700
305	DBN	MAAM 4 FAD - DALLA VALUTAZIONE DELLE ASPETTATIVE E DEL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA E DEL CONTESTO AL PIANO DEI SOSTEGNI	700
306	DBN	PAGER - LA PERSONA AFFETTA DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PRONTO SOCCORSO: COSA FARE E COSA NON FARE TRA EVIDENZE E BUONE PRATICHE CLINICHE.	700
307	DBN	MAAM 5 FAD - DECLINAZIONE DEGLI INTERVENTI TRA SINGOLI E GRUPPO NELLA QUOTIDIANITÀ DI SEMI-RESIDENZIALITÀ E RESIDENZIALITÀ	700
308	DBN	IL PERCORSO DI VALUTAZIONE PRECOCE NELLE SITUAZIONI A RISCHIO ASD NEL PROGETTO REAL 2.0	800
309	DBN	ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: FAMIGLIA, SCUOLA E STRATEGIE DI INTERVENTO	200
310	DBN	MODALITÀ DI TRIAGE PER ADHD: STRUMENTI DI E-HEALTH E TELEMEDICINA	200
311	DBN	LA MINDFULNESS PER L'ADHD E I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	200
312	DBN	PARENT TRAINING PER GENITORI DI PREADOLESCENTI E ADOLESCENTI ADHD	200

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
313	DBN	IL PROGETTO ADHD: STORIA, REGISTRO REGIONALE E TRAINING	200
314	DBN	IL PROGETTO ADHD: COMORBIDITÀ E TRANSIZIONE ALL'ETÀ ADULTA	200
315	DBN	I PERCORSI DELLO SGUARDO IN UN SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: SUPERVISIONE CASI CLINICI	15
316	DBN	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO SULLE DIFFICOLTÀ SPECIFICHE DI APPRENDIMENTO (DSA): COMPLESSITÀ E COMORBIDITÀ – 2023	25
317	DBN	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO: AGGIORNAMENTI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE – 2023	30
318	DBN	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO QUALITÀ – 2023	20
319	DBN	DELEGHE, LINEE DI RESPONSABILITÀ E LEADERSHIP IN UN SERVIZIO DI NP/IA	30
320	DBN	APPLICAZIONE DI STRATEGIE DI NUDGING	30
321	DBN	SUPERVISIONI MEDICO LEGALI	30
322	DBN	XIV WORKSHOP POLICLINICO MILANO	300
323	DBN	CASI CLINICI SICP	50
324	DBN	CASI CLINICI CHIRURGIA NEONATALE	30
325	DBN	MEETING UROLOGIA PEDIATRICA	7
326	DBN	MJC - EDUCAZIONE CONTINUA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA	300
327	DBN	JOURNAL CLUB MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE CENTRO PMA	30
328	DBN	CORSO DI FORMAZIONE PER DISCUSSIONE RISULTATI SU PROGETTO CCM	30
329	DBN	VIOLENZA SESSUALE, VIOLENZA DOMESTICA E ABUSO SUI MINORI: COME INTERVENIRE	30
330	DBN	CONSULTORIO JOURNAL CLUB	30
331	DBN	DISCUSSIONE CASI TUTELA MINORI	30
332	DBN	VIOLENZA DOMESTICA:IL RUOLO DEGLI OPERATORI DI PS	30
333	DBN	ECOGRAFIA OSTETRICA AVANZATA IN SALA PARTO	40
334	DBN	PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI PELVICHE IN GRAVIDANZA	30
335	DBN	TEMPI CHIRURGICI DEL TAGLIO CESAREO TIPICO	25
336	DBN	CRITERI DI RISCHIO E CRITERI EMERGENTI NEL PERCORSO DEL BRO	50
337	DBN	CORRETTO STILE DI VITA IN GRAVIDANZA UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	30
338	DBN	PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO IN OSTETRICIA	50
339	DBN	ANALGESIA PERIDURALE	50
340	DBN	SIMULAZIONE AD ALTA FEDELITÀ PER LA GESTIONE IN TEAM DELLE EMERGENZE IN SALA PARTO	40
341	DBN	IL PARTO OPERATIVO VAGINALE: LA DISTOCIA DELLE SPALLE	10

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
342	DBN	ECOGRAFIA OFFICE IN GRAVIDANZA FUORI TRAVAGLIO : CORSO TEORICO PRATICO	5
343	DBN	RIUNIONI OSTETRICHE DEL TERZO MILLENNIO (ROKK)	100
344	DBN	IL PARTO OPERATIVO VAGINALE: APPLICAZIONE DI VENTOSA OSTETRICA	10
345	DBN	CORSO BASE DI ECOGRAFIA POLMONARE INTERNISTICA NEONATALE	20
346	DBN	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELLA CUTE NEL NEONATO	15
347	DBN	GRUPPO DI LAVORO PER LA PROMOZIONE DELLA DEVELOPMENTAL CARE	25
348	DBN	ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN PATOLOGIA NEONATALE	15
349	DBN	RIUNIONI INTRADIPARTIMENTALI IN NEONATOLOGIA	6
350	DBN	LA RICERCA COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITA' CLINICA IN NEONATOLOGIA E TIN	40
351	DBN	MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITA' CLINICA AL NIDO	35
352	DBN	ADDESTRAMENTO INFERMIERE NEOAS-SUNTO IN NEONATOLOGIA	40
353	DBN	INCONTRI INFERMIERISTICI FORMATIVI PER FOLLW UP	10
354	DBN	L'INFERMIERE IN PATOLOGIA NEONATALE: LA NATURA TECNICA, EDUCATIVA E CURATIVA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL NEONATO E ALLA SUA FAMIGLIA	15
355	DBN	I BISOGNI ASSISTENZIALI DEL NEONATO LATE PRETERM	10
356	DBN	L'APPROCCIO CARE ED IL BENESSERE DEL NEONATO E DELLA FAMIGLIA	25
357	DBN	IL RUOLO FONDAMENTALE DEGLI INFERMIERI NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	25
358	DBN	UPDATE IN ASSISTENZA RESPIRATORIA DEL NEONATO	25
359	DBN	LA TERAPIA INFUSIONALE AL NIDO	10
360	DBN	FORMAZIONE SUL CAMPO "DISCUSSIONE CASI CLINICI"	30
361	DBN	FORMAZIONE ECMO NEONATALE	50
362	DBN	CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE	30
363	DBN	CORSO DI VIE AEREE DIFFICILI	30
364	DBN	CORSO DI ACCESSI VASCOLARI	30
365	DBN	FORMAZIONE SUL CAMPO "DISCUSSIONE CASI CLINICI"	15
366	DBN	"LE DIFFICOLTA' ALIMENTARI E LA DISFAGIA NEL PREMATURO E NEL NEONATO CON SINDROME MALFORMATIVA"	15
367	DBN	CORSO "LA VALUTAZIONE NEUROFUNZIONALE NEL BAMBINO PREMATURO E A RISCHIO NEUROLOGICO" FIRST 1° LIVELLO	24

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
368	DBN	CORSO "LA VALUTAZIONE NEUROFUNZIONALE NEL BAMBINO PREMATURO E A RISCHIO NEUROLOGICO" ADVANCED 2° LIVELLO	24
369	DBN	CORSO "LA VALUTAZIONE E LA PREVENZIONE DEI DISORDINI MUSCOLO-SCHELETRICI NEL BAMBINO CON PARALISI CEREBRALE INFANTILE"	20
370	DBN	CARDIOPATIE CONGENITE IN ETÀ NEONATALE	100
371	DBN	SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO MATERNO	30
372	DBN	CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALIZZANTE IN ALLATTAMENTO MATERNO SUL MODELLO DEL "90 ORE" CON PREPARAZIONE AL CORSO IBCLC (VEDI SOTTO)	20
373	DBN	TERAPIA FARMACOLOGICA ED ALLATTAMENTO MATERNO	30
374	DBN	UPDATE IN TECNICHE E TECNOLOGIE PER IL SUPPORTO RESPIRATORIO NEONATALE	40 PER EDIZION
375	DBN	APPLICAZIONE DELLA ELECTRICAL IMPEDANCE TOMOGRAPHY NEL NEONATO	20
376	DBN	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN NEONATOLOGIA E TIN	20
377	DBN	RIUNIONE DI UO NEONATOLOGIA E TIN	90
378	DBN	RIUNIONE INDICATORI CLINICI IN NEONATOLOGIA E TIN	90
379	DBN	RIUNIONE ATTIVITA' DI RICERCA CLINICI IN NEONATOLOGIA E TIN	90
380	DBN	CASI CLINICI IN GENETICA (4 INCONTRI)	30
381	DBN	MALATTIE METABOLICHE	40
382	DBN	RIUNIONI PERIODICHE DEL DIRETTORE FIBROSI CISTICA	27
383	DIREZIONI	CORSI DI FORMAZIONE GAS MEDICINALI - MODULO 1	25
384	DIREZIONI	CORSI DI FORMAZIONE GAS MEDICINALI - MODULO 2	25
385	DIREZIONI	CORSO INGLESE BASE - COMUNICARE CON IL PAZIENTE	30
386	DIREZIONI	CORSO PRATICO EXCEL AVANZATO	15
387	DIREZIONI	N. 10 CORSI ANTINCENDIO A RISCHIO ELEVATO - AGGIORNAMENTO DA 8 ORE CADAUNO	130
388	DIREZIONI	N. 9 CORSI ANTINCENDIO A RISCHIO ELEVATO - DA 16 ORE CADAUNO	234
389	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE GENERALE	1000
390	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE SPECIFICA PROFILO A	1000
391	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE SPECIFICA PROFILO B	1000
392	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE SPECIFICA PROFILO C	500
393	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE SPECIFICA PROFILO D	400

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
394	DIREZIONI	FORMAZIONE PARTICOLARE AGGIUNTIVA PER IL PREPOSTO - INTEGRAZIONE IN AULA PUNTI 6, 7 E 8 (3 H)	70
395	DIREZIONI	FORMAZIONE PARTICOLARE AGGIUNTIVA PER IL PREPOSTO - INTEGRAZIONE IN FAD PUNTI 1,2,3,4,5 (5 H)	70
396	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - FORMAZIONE DIRIGENTI PER LA SICUREZZA	70
397	DIREZIONI	DECRETO LEGISLATIVO 81 - AGGIORNAMENTO DIRIGENTI/PREPOSTI	10
398	DIREZIONI	CORSO PRIMO SOCCORSO	50
399	DIREZIONI	LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO PER ADDETTI NON SANITARI	50
400	DIREZIONI	GLI ISTITUTI CONTRATTUALI LEGATI ALLA GESTIONE DEI RAPPORTI DI LAVORO (COMPARTO)	100
401	DIREZIONI	GLI ISTITUTI CONTRATTUALI LEGATI ALLA GESTIONE DEI RAPPORTI DI LAVORO (DIRIGENZA)	100
402	DIREZIONI	LA PREVENZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	4000
403	DIREZIONI	CORSO ILS (IMMEDIATE LIFE SUPPORT)	12
404	DIREZIONI	CORSO EPILS (ILS PEDIATRICO)	12
405	DIREZIONI	LA ISO 9001:2015 IN SANITÀ	20
406	DIREZIONI	CORSO PER VALUTATORI INTERNI ISO 9001:2015	20
407	DIREZIONI	IL SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ IN FONDAZIONE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA	30
408	DIREZIONI	RISK ASSESSMENT: ARMONIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DELLO STRUMENTO (ANTICORRUZIONE, QUALITÀ, RISCHIO CLINICO)	25
409	DIREZIONI	LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA NEL PIAO, ARMONIZZAZIONE DEI CONTENUTI TRA I DIVERSI PIANI CONFLUITI NEL NUOVO STRUMENTO INTEGRATO DI PROGRAMMAZIONE STRATEGICA.	15
410	DIREZIONI	TRASPARENZA E CONFLITTI DI INTERESSI: CASI E GESTIONE DEI RISCHI ASSOCIATI.	15
411	DIREZIONI	GOOD CLINICAL PRACTICE E NORMATIVA DI RIFERIMENTO IN MATERIA DI STUDI CLINICI	20
412	DIREZIONI	GESTIONE DELLA BIOSICUREZZA NELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE CON TERAPIA GENICA: ASPETTI PROCEDURALI E REGOLATORI	20
413	DIREZIONI	RICERCA CLINICA E GOOD CLINICAL PRACTICE DETERMINA AIFA SULLE SPERIMENTAZIONI DI FASE I E GCP PER STUDI CON PROMOTORI ESTERNI ALLA FONDAZIONE	20
414	DIREZIONI	SPEDIZIONI DI CAMPIONI BIOLOGICI PER VIA AEREA O STRADALE	20
415	DIREZIONI	GIORNATA DEGLI STUDY COORDINATOR DELLA FONDAZIONE	50

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
416	DIREZIONI	RUP E DEC: ADEMPIMENTI, COMPITI, RESPONSABILITÀ, CONTROLLI NELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO. IN PARTICOLARE RIPARTIZIONE DEI COMPITI E DELLE RESPONSABILITÀ FRA LE DUE FIGURE	40
417	DIREZIONI	DIGITAL TRANSFORMATION	10
418	DIREZIONI	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN ASSISTENZA DOMICILIARE	25
419	DIREZIONI	VALUTAZIONE RISCHIO SOVRACCARICO BIOMECCANICO/ MMP- MAPO BASE: INTRODUZIONE AL METODO, COMPILAZIONE ED INTERPRETAZIONE DVR	25
420	DIREZIONI	VALUTAZIONE RISCHIO SOVRACCARICO BIOMECCANICO/ MMC- NIOSH : INTRODUZIONE AL METODO, COMPILAZIONE ED INTERPRETAZIONE DVR	25
421	DIREZIONI	VALUTAZIONE RISCHIO SOVRACCARICO BIOMECCANICO/MOVRIP-OCRA : INTRODUZIONE AL METODO, COMPILAZIONE ED INTERPRETAZIONE DVR	25
422	DIREZIONI	NIOSH: LA MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI NEL SETTORE RACCOLTA RIFIUTI	25
423	DIREZIONI	LA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI E LA SCELTA DI ATTREZZATURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO	20
424	DIREZIONI	GESTIONE IDONEITÀ LAVORATIVE IN ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO RACHIDE / SPALLA	20
425	DIREZIONI	TRAINO-SPINTA E MOVIMENTAZIONE CARICHI IN OSPEDALE	25/20
426	DIREZIONI	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI NEI BLOCCHI OPERATORI E NEI SERVIZI	20
427	DIREZIONI	GESTIONE IDONEITÀ LAVORATIVE IN ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI	20
428	DIREZIONI	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI: CRITERI E METODI PER CORRELAZIONE RISCHIO-DANNO	20
429	DIREZIONI	PREVENZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI NELL'ATTIVITÀ' DEGLI OPERATORI SANITARI DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO-MILANO (PARTE 1-MODALITÀ FAD)	1800
430	DIREZIONI	ADDESTRAMENTO UTILIZZO ATTREZZATURE . PREVENZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI NELL'ATTIVITÀ' DEGLI OPERATORI SANITARI DELLA FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO-MILANO (PARTE 2- IN PRESENZA)	350

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
431	DIREZIONI	PROGETTO PILOTA "L'IMPORTANZA DELLE ABILITÀ NON TECNICHE"	30
432	DIREZIONI	PROSECUZIONE PROGETTO PILOTA "L'IMPORTANZA DELLE ABILITÀ NON TECNICHE"	30
433	DIREZIONI	PROGETTO "CORDATA 9"	9
434	DIREZIONI	IPC - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	30
435	DIREZIONI	PROTESICA: PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVI E PRESA VISIONE IN AULA DEGLI AUSILI PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE AL DOMICILIO	30
436	DIREZIONI	IL PRELIEVO DI CORNEA: ASPETTI TEORICI E PRATICI	30
437	DIREZIONI	CRITERI DI CORRETTA COMPIAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	30
438	DIREZIONI	GESTIONE SICURA DEL FARMACO	30
439	DIREZIONI	AUDIT CLINICO	30
440	DIREZIONI	QUELLI DEL RISCHIO	60
441	EMERGENZA-URGENZA	ATLS	16
442	EMERGENZA-URGENZA	ACLS	6
443	EMERGENZA-URGENZA	ACLS-REFRESH	6
444	EMERGENZA-URGENZA	ACLS ISTRUTTORI	6
445	EMERGENZA-URGENZA	VENTILAZIONE NON INVASIVA (NIV)	20
446	EMERGENZA-URGENZA	EMERGENCY CLUB	40
447	EMERGENZA-URGENZA	CORSO DI METODOLOGIA	6
448	EMERGENZA-URGENZA	BLS	12
449	EMERGENZA-URGENZA	BLS-RESCUE	12
450	EMERGENZA-URGENZA	BLS-LAICI	12
451	EMERGENZA-URGENZA	LETTERATURA SCIENTIFICA NELL'AMBITO DELLA TERAPIA INTENSIVA	30
452	EMERGENZA-URGENZA	AUDIT TRAUMA	50
453	EMERGENZA-URGENZA	GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO	10
454	EMERGENZA-URGENZA	GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO	10
455	EMERGENZA-URGENZA	AGGIORNAMENTI IN ANESTESIA	35
456	EMERGENZA-URGENZA	ANESTESIA IN AMBITO DI URGENZA: SKILLS TEORICHE E PRATICHE	25
457	EMERGENZA-URGENZA	LETTERATURA SCIENTIFICA NELL'AMBITO DELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	35
458	EMERGENZA-URGENZA	PBLS	50

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
459	EMERGENZA-UR-GENZA	P-BLSD RESCUE	12
460	EMERGENZA-UR-GENZA	JOURNAL CLUB	50
461	EMERGENZA-UR-GENZA	ACCESSO INTRAOSSEO	50
462	EMERGENZA-UR-GENZA	GESTIONE EMERGENZE OSTETRICHE	50
463	EMERGENZA-UR-GENZA	PROCEDURA ANALGESIA PERIDURALE IN REPARTO DI CHIRURGIA GINECOLOGICA	50
464	EMERGENZA-UR-GENZA	JOURNAL CLUB	50
465	EMERGENZA-UR-GENZA	LINEE GUIDA 2022 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY	50
466	EMERGENZA-UR-GENZA	GESTIONE EMERGENZE OSTETRICHE	50
467	EMERGENZA-UR-GENZA	JOURNAL CLUB	50
468	EMERGENZA-UR-GENZA	PROCEDURA CHIRURGIA PEDIATRICA TORACICA	50
469	EMERGENZA-UR-GENZA	GESTIONE EMERGENZE OSTETRICHE	50
470	EMERGENZA-UR-GENZA	JOURNAL CLUB	50
471	EMERGENZA-UR-GENZA	PROCEDURA CEFALEA DA PUNTURA DELLA DURA MADRE	50
472	EMERGENZA-UR-GENZA	BLS PEDIATRICO	50
473	EMERGENZA-UR-GENZA	ARRESTO CARDIACO PEDIATRICO	50
474	EMERGENZA-UR-GENZA	GESTIONE DEGLI SQUILIBRI DEL SODIO IN PEDIATRIA	50
475	EMERGENZA-UR-GENZA	COME ORGANIZZARE UN TRAUMA TEAM: ESPERIENZA DI UN ALTRO CENTRO	50
476	EMERGENZA-UR-GENZA	NUTRIZIONE E STUDIO CALO NIV	50
477	EMERGENZA-UR-GENZA	POSIZIONE PRONA NEL PAZIENTE PEDIATRICO	50
478	EMERGENZA-UR-GENZA	SONDINO ESOFAGEO IN AMBITO PEDIATRICO	50
479	EMERGENZA-UR-GENZA	MATERNAL COLLAPSE	50
480	EMERGENZA-UR-GENZA	INFEZIONE DA CMV E DA EBV	50
481	EMERGENZA-UR-GENZA	AGGIORNAMENTO IN ANTIBIOTICOTERAPIA	50
482	EMERGENZA-UR-GENZA	COSA CHIEDERE A MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	50
483	EMERGENZA-UR-GENZA	PROFILASSI ANTITROMBOTICA IN RIANIMAZIONE PEDIATRICA	50
484	EMERGENZA-UR-GENZA	NAVA	50
485	EMERGENZA-UR-GENZA	TERAPIA FIBRINOLITICA VS VATS NELL'EMPIEMA PLEURICO	50
486	EMERGENZA-UR-GENZA	EMORRAGIA MASSIVA IN PEDIATRIA	50

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
487	EMERGENZA-UR-GENZA	DONAZIONE D'ORGANO	50
488	EMERGENZA-UR-GENZA	COMUNICAZIONE IN TIP	50
489	EMERGENZA-UR-GENZA	CARDIOPATIE CONGENITE (I)	50
490	EMERGENZA-UR-GENZA	CARDIOPATIE CONGENITE (II)	50
491	EMERGENZA-UR-GENZA	REAZIONI TRASFUSIONALI ACUTE E CRONICHE	50
492	EMERGENZA-UR-GENZA	TRAUMA CRANICO PEDIATRICO	50
493	EMERGENZA-UR-GENZA	ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS COURSE)	9
494	EMERGENZA-UR-GENZA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN NEUROSCIENZE	35
495	EMERGENZA-UR-GENZA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN NEUROSCIENZE	35
496	MEDICINA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA	15
497	MEDICINA	ENDOCRINOLOGIA NELLE EMOGLOBINOPATIE, DISORDINI DEL METABOLISMO E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	15
498	MEDICINA	LAB MEETING	15
499	MEDICINA	LOCAL ERN-RITA MEETING	10
500	MEDICINA	AGGIORNAMENTI IN MEDICINA INTERNA	15
501	MEDICINA	GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NEL REPARTO DI MEDICINA INTERNA.	20
502	MEDICINA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE RICOVERATO IN MEDICINA INTERNA	12
503	MEDICINA	APPROCCIO CLINICO AL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE METABOLICHE DEL FEGATO	20
504	MEDICINA	CORSO SIMI BEDSIDE(CORSO PRATICO)	12
505	MEDICINA	VALUTAZIONE ACCESSI VENOSI PERIFERICI MEDIANTE ECOGRAFIA	20
506	MEDICINA	ACQUISITION OF NEW MOLECULAR BIOLOGY TECHNIQUES IN THE DIAGNOSIS OF HYPERFERRITNEMIA AND IRON OVERLOAD	10
507	MEDICINA	CORSO LEGGE 135/1990	40
508	MEDICINA	TOPICS IN MEDICINA ACUTA	25
509	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
510	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
511	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
512	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
513	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
514	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
515	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
516	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15
517	MEDICINA	GASTRO-CLUB	15

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
518	MEDICINA	DISCUSSIONE MULTISCIPLINARE CASI CLINICO-ASSISTENZIALI GASTRO	30
519	MEDICINA	DISCUSSIONE MULTISCIPLINARE CASI CLINICO-ASSISTENZIALI PANCREAS	15
520	MEDICINA	DISCUSSIONE MULTISCIPLINARE CASI CLINICO-ASSISTENZIALI TUMORI NEURO ENDOCRINI	15
521	MEDICINA	DISCUSSIONE MULTISCIPLINARE CASI CLINICO-ASSISTENZIALI IBD	25
522	MEDICINA	DISCUS. MULTISCIPLINARE CASI CLINICO-ASSISTENZIALI ENDOSCOPIA	30
523	MEDICINA	L' ENTEROSCOPIA	5
524	MEDICINA	LA MALATTIA CELIACA	5
525	MEDICINA	LA NUTRIZIONE CLINICA	100
526	MEDICINA	LA NUTRIZIONE CLINICA	100
527	MEDICINA	LA NUTRIZIONE CLINICA	100
528	MEDICINA	AGGIORNAMENTI IN ENDOCRINOLOGIA	30
529	MEDICINA	JOURNAL CLUB IN ONCOLOGIA	20
530	MEDICINA	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN ONCOLOGIA	20
531	MEDICINA	DISCUSSIONE MULTISCIPLINARE NEOPLASIE GASTROINTESTINALI	20
532	MEDICINA	NOVITA' NEI TUMORI MAMMARI	50
533	MEDICINA	NOVITA' NEI TUMORI GASTROINTESTINALI	50
534	MEDICINA	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN AMBITO MEDICINA INTERNA (SSC EMOSTASI E TROMBOSI)	20
535	MEDICINA	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO E AGGIORNAMENTO CLINICO	20
536	MEDICINA	MARTEDÌ DEL GRANELLI	80
537	MEDICINA	GUIDA ALLA PRATICA CLINICA NELL'ANZIANO TRA FRAGILITÀ E COMPLESSITÀ	30
538	MEDICINA	GESTIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA RENALE CRONICA E COMORBIDITA'	30
539	MEDICINA	RELAZIONE E COMUNICAZIONE IN NEFROLOGIA DIALISI E TRAPIANTO	80
540	MEDICINA	COMPETENZE SULL'ECOGRAFIA DI BASE IN NEFROLOGIA	20
541	MEDICINA	CORSO LINFOMI	50
542	MEDICINA	INCONTRI TEORICO-PRATICI DI DERMATOPATOLOGIA	10
543	MEDICINA	LIVER CLUB	20
544	MEDICINA	JOURNAL CLUB	15
545	MEDICINA	RIUNIONE MULTISCIPLINARE LESIONI FOCALI EPATICHE	8
546	MEDICINA	RIUNIONI CLINICO-PATOLOGICHE IN AMBITO EPATOLOGICO	18
547	MEDICINA	RIUNIONI MULTISCIPLINARI AL CENTRO TRAPIANTO DI FEGATO	15
548	NEUROSCIENZE	AGGIORNAMENTO IN AMBITO NEUROLOGICO	30
549	NEUROSCIENZE	INCONTRI DI NEUROLOGIA E NEUROFISIOPATOLOGIA PEDIATRICA 2023	30
550	NEUROSCIENZE	CONOSCERE LA NEUROFISIOPATOLOGIA	50
551	NEUROSCIENZE	CONOSCERE LA NEUROFISIOPATOLOGIA	50
552	NEUROSCIENZE	CONOSCERE LA NEUROFISIOPATOLOGIA	50

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
553	NEUROSCIENZE	CONOSCERE LA NEUROFISIOPATOLOGIA	50
554	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - I INCONTRO	150
555	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - II INCONTRO	150
556	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - II INCONTRO	150
557	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - II INCONTRO	150
558	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - II INCONTRO	150
559	NEUROSCIENZE	UNITI DALLA NEUROFISIOPATOLOGIA 2023 - II INCONTRO	150
560	NEUROSCIENZE	AGGIORNAMENTO IN AMBITO MALATTIE NEUROMUSCOLARI	10
561	NEUROSCIENZE	GRUPPO MINDFULNESS-ORIENTED PER OPERATORI SANITARI DEL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE	15 PER GRUPPO
562	NEUROSCIENZE	CASI CLINICI IN PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE 2023	15 PER GRUPPO
563	NEUROSCIENZE	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CENTRO PSICO SOCIALE (CPS) DI ZONA 10	10
564	NEUROSCIENZE	RIUNIONE DI EQUIPE CPS ZONE 13: DISCUSSIONE CASI CLINICI	10
565	NEUROSCIENZE	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CENTRO PSICO SOCIALE (CPS) DI ZONA 1	15
566	NEUROSCIENZE	AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E DISCUSSIONE CASI CLINICI IN PSICHIATRIA AD ALTA INTENSITA' RIABILITATIVA	15
567	NEUROSCIENZE	APPROFONDIMENTO SCINTIGRAFICO RMN	20
568	NEUROSCIENZE	LABMEETING E JOURNAL CLUB	15
569	NEUROSCIENZE	DISCUSSIONE DI CASI CLINICI: GRUPPO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE PER OPERATORI SANITARI DEL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE	15
570	NEUROSCIENZE	CONGRESSO PSICOTERAPIA IN PSICHIATRIA: EVOLUZIONE MODELLI PSICOTERAPEUTICI E TECNICHE INNOVATIVE	60
571	NEUROSCIENZE	CONGRESSO SULLA DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA E NEL POST PARTUM	50
572	NEUROSCIENZE	RIUNIONI DI EQUIPE PRESSO IL CRA E CD CASI CLINICI E PTR	15
573	NEUROSCIENZE	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO IN NEUROCHIRURGIA 2023	18
574	NEUROSCIENZE	CASE DISCUSSION E JOURNAL CLUB	30
575	SERVIZI	JOURNAL CLUB BIOCHIMICA	40
576	SERVIZI	INFOLAB BIOCHIMICA	40
577	SERVIZI	JOURNAL CLUB MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	40
578	SERVIZI	INFOLAB MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	40
579	SERVIZI	RIUNIONI QUALITÀ	30
580	SERVIZI	EGA LA CORRETTA GESTIONE	40
581	SERVIZI	ADDESTRAMENTO NEO INSERITO	30
582	SERVIZI	GLI ERRORI IN MEDICINA DI LABORATORIO: LA FASE PRE-ANALITICA	100

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
583	SERVIZI	ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA AUTOMATIZZATO PER LA COLORAZIONE DI GRAM	40
584	SERVIZI	ADDESTRAMENTO ALL'USO DEL MALDI_PRIME BIOMERIEUX	40
585	SERVIZI	ADDESTRAMENTO ALLA NUOVA MODALITÀ DI GESTIONE DEI CAMPIONI CON VITEK STATION BIOMERIEUX	40
586	SERVIZI	ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DELL'EMOGASANALIZZATORE IN URGENZA	40
587	SERVIZI	FORMAZIONE SUL CAMPO NUOVA STRUMENTAZIONE	20
588	SERVIZI	INFOLAB VIROLOGIA	30
589	SERVIZI	AUDIT CLINICI	30
590	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO RELAZIONI INTERPERSONALI	10
591	SERVIZI	RIUNIONI COORDINATORI	7
592	SERVIZI	INFOLAB GENETICA E CITOGENETICA	40
593	SERVIZI	JOURNAL CLUB GENETICA E CITOGENETICA	40
594	SERVIZI	UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA FLUENT	20
595	SERVIZI	INTERPRETAZIONE DATI NGS MEDIANTE APPLICATIVO ALISSA	20
596	SERVIZI	UTILIZZO MICROSCOPIO AUTOMATIZZATO AXIOIMAGER E RELATIVO SOFTWARE DI ELEBORAZIONE	20
597	SERVIZI	DISCUSSIONE DI CASI CLINICI COMPLESSI, RISULTATI LABORATORISTICI INATTESI, PROBLEMI TECNICI E NUOVI TEST DIAGNOSTICI IMMUNO E ONCO-EMATOLOGICI.	10
598	SERVIZI	INCONTRI RADIOLOGICI: DISCUSSIONE DEI CASI CLINICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA.	25
599	SERVIZI	DISCUSSIONE CASI IMMUNOEMATOLOGICI PAZIENTI TRASFUSI, DISCUSSIONE PROCEDURE ACCETTAZIONE E CONSEGNA EMOCOMPONENTI	25
600	SERVIZI	DISUSSIONE E AGGIORNAMENTI IN MERITO AI CASI CLINICI IMMUNEMATOLOGICI E IN TEMA DI SALVAGUARDIA DELLA SALUTE DEL DONATORE DI SANGUE E DEL RICEVENTE.	25
601	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PROCESSAMENTO SANGUE CORDONALE, PRODOTTI AFERETICI, MIDOLLO OSSEO E CAMPIONI PER BIOBANCA	15
602	SERVIZI	LA RACCOLTA DI SANGUE CORDONALE: ASPETTI TECNICO-ORGANIZZATIVI	150
603	SERVIZI	DISCUSSIONE DELLE METODICHE DI RICERCA E DEI RISULTATI DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA SVOLTE NELL'AMBITO DELLA MEDICINA PERSONALIZZATA	30
604	SERVIZI	DISCUSSIONE CASI CLINICI GRUPPI RARI	25

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
605	SERVIZI	DISCUSSIONE CASI CLINICI IN IMMUNEMATOLOGIA	25
606	SERVIZI	GESTIONE DEL SANGUE IN REPARTO	30
607	SERVIZI	CONTROLLO DI QUALITÀ DIAGNOSTICA INTERNO	15
608	SERVIZI	INCONTRI INTERDISCIPLINARI AP-NITP	22
609	SERVIZI	VALUTAZIONE INTERDISCIPLINARE DI CASI CLINICO-PATOLOGICI IN PATOLOGIA MAMMARIA	50
610	SERVIZI	TEORIA E PRATICA DELLE NUOVE TECNOLOGIE NEL LABORATORIO DI ANATOMIA PATOLOGICA	50
611	SERVIZI	DISCUSSIONE CLINICO-PATOLOGICA CASI COMPLESSI IN EMATOLOGIA	25
612	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO PER L'ATTIVITÀ CLINICA, ORGANIZZATIVA E DI IMPLEMENTAZIONE DEL MANUALE DI QUALITÀ (EX DLGS 101/20) DELL'UO MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI MEDICI	7
613	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO PER L'ATTIVITÀ CLINICA, ORGANIZZATIVA E DI IMPLEMENTAZIONE DEL MANUALE DI QUALITÀ (EX DLGS 101/20) DELL'UO MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI TECNICI ED INFERMIERISTICI	20
614	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO PER L'ATTIVITÀ CLINICA, ORGANIZZATIVA E DI IMPLEMENTAZIONE DEL MANUALE DI QUALITÀ (EX DLGS 101/20) DELL'UO MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI RADIOFARMACEUTICI	5
615	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO PER L'ATTIVITÀ CLINICA, ORGANIZZATIVA E DI IMPLEMENTAZIONE DEL MANUALE DI QUALITÀ (EX DLGS 101/20) DELL'UO MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI FISICI	3
616	SERVIZI	CORSO AGGIORNAMENTO INFORMAZIONE/FORMAZIONE PER L'ATTIVITÀ DI RADIOPROTEZIONE DEI LAVORATORI ESPOSTI DELLA SC MEDICINA NUCLEARE AI SENSI DELL'ART.111 DEL DLGS 101/2020	20
617	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 1	20
618	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 2	20
619	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 3	20
620	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 4	20
621	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 5	20
622	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 6	20
623	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 7	100
624	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 8	20

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
625	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 9	20
626	SERVIZI	ASPETTI PSICOLOGICI LEGATI ALL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO-ARGOMENTO 10	20
627	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 1	20
628	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 2	20
629	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 3	20
630	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 4	20
631	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 5	20
632	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 6	20
633	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 7	20
634	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 8	20
635	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 9	100
636	SERVIZI	ASPETTI FORMATIVI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANTO-ARGOMENTO 10	20
637	SERVIZI	INFERMIERI DONAZIONE E TRAPIANTO NITP-ARGOMENTO 1	30
638	SERVIZI	INFERMIERI DONAZIONE E TRAPIANTO NITP-ARGOMENTO 2	30
639	SERVIZI	INFERMIERI DONAZIONE E TRAPIANTO NITP-ARGOMENTO 3	100
640	SERVIZI	INFERMIERI DONAZIONE E TRAPIANTO NITP-ARGOMENTO 4	30
641	SERVIZI	INFERMIERI DONAZIONE E TRAPIANTO NITP-ARGOMENTO 5	30
642	SERVIZI	TRAPIANTI LOMBARDIA - NITP: COORDINAMENTO	25
643	SERVIZI	TRAPIANTI LOMBARDIA - NITP: RIUNIONE DI SETTORE	35
644	SERVIZI	TRAPIANTI LOMBARDIA - NITP: RIUNIONE DI LABORATORIO	25
645	SERVIZI	ADDESTRAMENTO PERSONALE-MEDICO	10
646	SERVIZI	ADDESTRAMENTO PERSONALE-BIOLOGO	15
647	SERVIZI	ADDESTRAMENTO PERSONALE-TECNICO	12
648	SERVIZI	ADDESTRAMENTO PERSONALE-INFERMIERI	10
649	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 1	60
650	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 2	60

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
651	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 3	60
652	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 4	60
653	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 5	60
654	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 6	60
655	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 7	60
656	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 8	60
657	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 9	60
658	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 10	60
659	SERVIZI	INCONTRO FORMATIVO MENSILE CON I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP) LOMBARDI - ARGOMENTO 11	60
660	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 1	60
661	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 2	60
662	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 3	60
663	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 4	60
664	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 5	60
665	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 6	60
666	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 7	60
667	SERVIZI	AGGIORNAMENTO PERIODICO CON GRUPPO NEFROLOGI LOMBARDI - TEMA 8	60
668	SERVIZI	GESTIONE DEL PROCESSO DI DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI A SCOPO DI TRAPIANTO GPD EDIZIONE 1	60

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
669	SERVIZI	LA DONAZIONE DI ORGANI A CUORE FERMO DCD - ED.1	60
670	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 1	60
671	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 2	60
672	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 3	60
673	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 4	60
674	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 5	60
675	SERVIZI	CORSO REGIONALE FORMAZIONE PRELEVATORI CORNEA - AGGIORNAMENTO 6	60
676	SERVIZI	LA RELAZIONE CON LA FAMIGLIA DEL POTENZIALE DONATORE EDIZIONE 1	60
677	SERVIZI	GRUPPO INFERMIERI LOMBARDO INCONTRI DI APPROFONDIMENTO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO ARGOMENTO 1	60
678	SERVIZI	GRUPPO INFERMIERI LOMBARDO INCONTRI DI APPROFONDIMENTO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO ARGOMENTO 2	60
679	SERVIZI	GRUPPO INFERMIERI LOMBARDO INCONTRI DI APPROFONDIMENTO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO ARGOMENTO 3	60
680	SERVIZI	GRUPPO INFERMIERI LOMBARDO INCONTRI DI APPROFONDIMENTO NEL PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO ARGOMENTO 4	60
681	SERVIZI	CONVEGNO ANNUALE GRUPPO INFERMIERI LOMBARDO AGGIORNAMENTI PROCESSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO	60
682	SERVIZI	MEDICINA DELLA DONAZIONE 1	100
683	SERVIZI	MEDICINA DELLA DONAZIONE 2	100
684	SERVIZI	MEDICINA DELLA DONAZIONE 3	100
685	SERVIZI	IL POTENZIALE DONATORE DI ORGANI NEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA IN AREA CRITICA: UN INDICATORE DI QUALITÀ ED EFFICIENZA NELLE SCELTE DI MANAGEMENT	50
686	SERVIZI	IL POTENZIALE DONATORE DI ORGANI NEL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA IN AREA CRITICA: UN INDICATORE DI QUALITÀ ED EFFICIENZA NELLE SCELTE DI MANAGEMENT	50
687	SERVIZI	IL PROCESSO DI PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI: FOCUS SULLA SALA OPERATORIA 1	50

ATTIVITÀ FORMATIVA N.	DIPARTIMENTO	ARGOMENTO / TITOLO	NUMERO PREVISTO PARTECIPANTI
688	SERVIZI	IL PROCESSO DI PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI: FOCUS SULLA SALA OPERATORIA 2	50
689	SERVIZI	I RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI IN AMBITO OSPEDALIERO - CORSO PER DIRIGENTI E PREPOSTI	1000
690	SERVIZI	LA RADIOPROTEZIONE DEGLI OPERATORI NELLE ATTIVITÀ SANITARIE (D.LGS. 101/2020) ED ELEMENTI DI SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA (DM 14/01/2021)	1000
691	SERVIZI	RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE (D.LGS. 101/2020) - AREA ATTIVITÀ "AD ALTE DOSI"	1000
692	SERVIZI	RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE (D.LGS. 101/2020) - AREA MEDICINA NUCLEARE	1000
693	SERVIZI	RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE (D.LGS. 101/2020) - AREA RADIOLOGICA	1000
694	SERVIZI	RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE (D.LGS. 101/2020) - AREA RADIOTERAPIA	1000
695	SERVIZI	RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE (D.LGS. 101/2020) - AREA ATTIVITÀ "A BASSE DOSI"	1000
696	SERVIZI	GRUPPI DI MIGLIORAMENTO PER L'ATTIVITÀ CLINICA, ORGANIZZATIVA E DI RICERCA DELL'UO FISICA MEDICA	10
697	SERVIZI	REGOLAMENTO DI SICUREZZA IN RM E DOCUMENTI CORRELATI	100
698	SERVIZI	IMPIEGO IN SICUREZZA DELLE APPARECCHIATURE LASER	100
699	SERVIZI	GRUPPO DI MIGLIORAMENTO DEGLI ESPERTI DI RADIOPROTEZIONE PER IL MANTENIMENTO DEL SISTEMA RICHIESTO DALLA LEGGE DI RADIOPROTEZIONE DLGS 101/2020	5
700	SERVIZI	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DEL PAZIENTE IN RADIOLOGIA: NUOVE INDICAZIONI	100
701	MEDICINA	REVISIONE FISICO-DOSIMETRICA PIANI TRATTAMENTO DI ADROTERAPIA	10
702	MEDICINA	LA RADIOBIOLOGIA NELLE NUOVE FRONTIERE DELLA RADIOTERAPIA	10
703	MEDICINA	DISCUSSIONE CASI CLINICI E PROCESSI OPERATIVI	25
704	MEDICINA	DISCUSSIONE DELLE METODICHE TECNICHE DI IMAGING E DI ADROTERAPIA	30
705	MEDICINA	DISCUSSIONE DELLE METODICHE INFERMIERISTICHE IN AMBITO ADROTERAPICO	7

L'offerta formativa approvata sviluppa tutte le metodologie previste dall'educazione continua in medicina (ECM): formazione interna all'Ente, formazione sul campo (FSC), formazione a distanza (FAD).

Particolare attenzione si pone per la formazione sul campo (FSC) che si connota come formazione per eccellenza dei professionisti e che prevede sia l'utilizzo del contesto lavorativo come luogo di formazione, che l'interattività dell'apprendimento.

La Formazione a distanza (FAD) invece, rientra in una tipologia formativa che si è sviluppata e incentivata in particolar modo in corso di pandemia, è stata regolamentata e diffusa, tra l'altro, per facilitare la diffusione di temi obbligatori per legge che richiedono pertanto il raggiungimento del maggior numero di operatori possibile, oppure per fornire video tutorial utili ad addestrare il personale.

I destinatari privilegiati dell'offerta formativa sono i dipendenti della Fondazione seppur, in considerazione delle tematiche di volta in volta affrontate e per alcune progettualità, i partecipanti possono essere anche professionisti non dipendenti e/o dipendenti di altre aziende.

Ogni anno la Direzione Strategica assegna alla SS Formazione e Aggiornamento un budget per le attività da realizzare in house (sostegno dei costi diretti e indiretti) della formazione. La Struttura si impegna affinché Piano sia orientato a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

La Fondazione, anche per l'anno 2023, ha ravvisato la necessità di dover definire un Piano Formativo 2023 articolato su due livelli:

- o Primo livello, "top-down", riconducibile alla pianificazione di un'offerta formativa finalizzata prioritariamente all'aggiornamento obbligatorio;
- o Secondo livello, "bottom-up", intesa come attività formativa che, con l'obiettivo di miglioramento delle prestazioni professionali con una pianificazione strettamente correlata alle attività di competenza, tiene conto delle specifiche esigenze rilevate all'interno delle varie articolazioni aziendali;

Quanto sopra in coerenza con le finalità istituzionali e la mission di Fondazione IRCCS e tenuto conto delle proposte di attività formativa pervenute dai Direttori di Struttura.

Per il raggiungimento delle finalità formative per l'anno 2023, meglio esplicitate nelle relative tabelle che seguono, è stata destinata una somma complessiva pari ad € 245.000,00 (comprendendo tra questa anche la spesa relativa al canone di manutenzione a seguito dell'affidamento del servizio per la gestione, aggiornamento e manutenzione del software per la formazione).

Detto quanto sopra, si ritiene di far rilevare che la Giunta Regionale con Deliberazione N° XI / 7758 del 28/12/2022 avente ad oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023" ha nuovamente posto l'accento sull'importanza dell'attività formativa del personale negli enti SSR, quale opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema

salute nonché obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale.

Inoltre, nelle citate determinazioni, in considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, è stato previsto per il 2023 lo specifico obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa rivolta alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale.

In considerazione della rilevanza che la Fondazione ha da sempre riconosciuto allo sviluppo delle risorse umane, specie nell'ambito di un percorso formativo nonché in risposta alle indicazioni dei competenti uffici regionali, sono stati e continueranno ad essere previsti nell'anno in corso specifici momenti formativi per tutti i profili professionali anche riguardo l'applicazione della contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale.

Inoltre, in risposta ad un'esigenza meglio delineata in sede di tavolo di lavoro per il presente Piano, si rinvia alla specifica sezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza nella quale è stata, tra l'altro, inserita la previsione (trasversale) di corsi inerenti l'etica nella Pubblica Amministrazione e il Comportamento Etico e, ciò, in considerazione che dallo scorso giugno 2022 la formazione sui tali tematiche è obbligatoria (rif. art. 4 del D.L. 30 aprile 2022, n. 36).

Infine, si ritiene di dare rilievo a quanto confermato con il Decreto "Milleproroghe" circa la possibilità per tutti gli operatori sanitari non in regola con l'obbligo formativo del triennio 2020-22, di poter regolarizzare la propria posizione e, ciò, entro il 31 dicembre 2023, prorogando, pertanto, il precedente termine di un anno per il recupero crediti mancanti.

Inoltre, l'emendamento ha previsto una ulteriore "proroga" anche per il recupero dei crediti formativi dei trienni precedenti (2014-16 e 2017-19).

PARTE 3

PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2023-2025

L'art. 6 del D.Lgs. 165/2001 prevede per le Pubbliche Amministrazioni l'obbligo di redigere l'adozione del piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività sulla scorta delle linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ("Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche") che in particolare sottolinea come "La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivanti da vincoli nazionali e regionali costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende ed enti del SSN".

Infatti, la pianificazione dei fabbisogni di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell'ente nel rispetto della disponibilità economica nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni.

In ragione di quanto sopra anche per il triennio 2023-2025 la Fondazione, sulla base delle indicazioni fornite da Regione Lombardia, ha adottato il proprio Piano triennale dei fabbisogni del personale aggiornandola alle esigenze del contesto ed al vincolo del tetto di spesa che la Regione ha fissa per ogni Azienda con proprio atto di delibera.

Il Piano approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 255 del 9.2.2023 ha necessariamente previsto un incremento sia di dotazione organica sia di budget destinato al personale dipendente e, ciò, sulla base di specifici provvedimenti regionali relativamente all'attivazione della Struttura di Cardiochirurgia nonché in relazione alla stabilizzazione di personale (di differenti profili professionali) con contratto atipico e l'internalizzazione di personale con profilo socio sanitario.

In relazione al Piano in oggetto, si riportano in allegato le relative tabelle:

TABELLA degli ATTIVI AL 31.12.2022

ATTIVI AL 31.12.2022	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	894	52	125	1	895
DIRIGENZA VETERINARIA	0				0
DIRIGENZA SANITARIA	89	7		2	91
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3		1		3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5				5
DIRIGENZA TECNICA	2				2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11			1	12
TOTALE DIRIGENZA	1.004	59	126	4	1.008
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.386	98	211		1.386
OSTETRICA	132	20			132
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11	1	3		11
PERSONALE TECNICO SANITARIO	236		3		236
ASSISTENTI SANITARI	2	1			2
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	74	2	3		74
ASSISTENTI SOCIALI	16	5			16
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	129				129
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	366	31	61		366
AUSILIARI	66	1	6		66
ASSISTENTE RELIGIOSO	2				2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	381	3		9	390
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				147	147
TOTALE COMPARTO	2.801	162	287	156	2.957
TOTALE COMPLESSIVO	3.805	221	413	160	3.965

FTE e COSTI 2022							
FTE E COSTI 2022		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU			
Categoria	Raggruppamento profili						
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	761,4	47,5	106,1	1	762,4	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	87,0	7,5		2	89,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3,1		1,0		3,1	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,9				5,9	
	DIRIGENZA TECNICA	2,0				2,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11,0			1	12,0	
	TOTALE DIRIGENZA	870,4	55,0	107,1	4,0	874,4	89.506.457
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.346,6	91,4	212,0		1.346,6	
	OSTETRICA	118,0	8,9			118,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11,0	1,0	3,0		11,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	225,4		1,6		225,4	
	ASSISTENTI SANITARI	1,5	0,5			1,5	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	68,2	2,0	2,2		68,2	
	ASSISTENTI SOCIALI	14,2	3,8			14,2	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	124,0				124,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	332,9	31,9	56,8		332,9	
	AUSILIARI	63,9	1,0	5,8		63,9	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0				2,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	351,3	3,0		9	360,3	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				139,9	139,9	
TOTALE COMPARTO	2.659,0	143,4	281,3	148,9	2.807,8	119.000.047	
TOTALE COMPLESSIVO	3.529,4	198,4	388,4	152,9	3.682,2	208.506.504	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	68,6	2,4	4,7		68,6	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	0,6				0,6	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	69,2	2,4	4,7	0,0	69,2	3.719.238
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS					0,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0	
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	69,2	2,4	4,7	0,0	69,2	3.719.238	

FTE E COSTI 2022		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA			
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU				
Categoria	Raggruppamento profili							
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	112,0	10,4	0,3	0,0	112,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	80,2	6,2	0,0	0,0	80,2		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	192,2	16,6	0,3	0,0	192,2	8.153.216	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	19,7	0,0	0,0	0,0	19,7		
	OSTETRICA	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	4,6	0,0	0,0	0,0	4,6		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	10,1	0,0	0,0	0,0	10,1		
	ASSISTENTI SOCIALI	5,4	3,0	0,0	0,0	5,4		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	2,2	0,0	0,0	0,0	2,2		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	AUSILIARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	6,1	0,0	1,7	0,0	6,1		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	49,3	3,0	1,7	0,0	49,3	2.038.304	
	TOTALE COMPLESSIVO	241,5	19,6	2,0	0,0	241,5	10.191.520	
	CO.CO.CO.	DIRIGENZA MEDICA	9,1	0,0	0,0	0,0	9,1	
		DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
DIRIGENZA SANITARIA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA PROFESSIONALE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA TECNICA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE DIRIGENZA		9,1	0,0	0,0	0,0	9,1	651.541	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)		3,6	0,0	0,0	0,0	3,6		
OSTETRICA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE TECNICO SANITARIO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTI SANITARI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TECNICO DELLA PREVENZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTI SOCIALI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
AUSILIARI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPARTO		3,6	0,0	0,0	0,0	3,6	279.232	
TOTALE COMPLESSIVO		12,6	0,0	0,0	0,0	12,6	930.772	

DOTAZIONE ORGANICA 2022 DA PTFP 2021-2023 (da XXX_SCHEDA_DO2022_PTFP2021-23)					
DOTAZIONE ORGANICA 2022 del PTFP 2021-2023	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
DIRIGENZA MEDICA	864	53	124	3	867
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0		0	0
DIRIGENZA SANITARIA	93	7		1	94
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3	0	1	0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6	0		0	6
DIRIGENZA TECNICA	2	0		0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12	0		1	13
TOTALE DIRIGENZA	980	60	125	5	985
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.537	120	212	0	1.537
PERSONALE TECNICO SANITARIO	236	0	3	0	236
PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	4	1		0	4
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	72	2	3	0	72
ASSISTENTI SOCIALI	15	5		0	15
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	147	0	1	1	148
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	305	32	60	0	305
AUSILIARI	70	1	6	0	70
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	0		0	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	363	3		13	376
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0		0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	2	147	147
TOTALE COMPARTO	2.751	164	287	161	2.912
TOTALE COMPLESSIVO	3.731	224	412	166	3.897

DO 2023					
DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	897	52	125	2	899
DIRIGENZA VETERINARIA	0				0
DIRIGENZA SANITARIA	109	7		1	110
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5		1		5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	2				2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12			1	13
TOTALE DIRIGENZA	1.031	59	126	4	1.035
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.430	98	211		1.430
OSTETRICA	138	20			138
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11	1	3		11
PERSONALE TECNICO SANITARIO	255		3		255
ASSISTENTI SANITARI	4	1			4
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	75	2	3		75
ASSISTENTI SOCIALI	18	5			18
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	131				131
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	374	31	61		374
AUSILIARI	66	1	6		66
ASSISTENTE RELIGIOSO	2				2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	384	3		9	393
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				187	187
TOTALE COMPARTO	2.888	162	287	196	3.084
TOTALE COMPLESSIVO	3.919	221	413	200	4.119

FABBISOGNO 2023		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	20,0				20,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS					0,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
TOTALE COMPLESSIVO	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	4,0				4,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	5,0				5,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	14,0				14,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0		
TOTALE COMPARTO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000	
TOTALE COMPLESSIVO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000	

FABBISOGNO 2023		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza					
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, Blocco operatorio e AREU	TOTALE RICERCA			
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	74,7	3,4	0,3	0,0	74,7		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	66,7	1,4	0,0	0,0	66,7		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	141,4	6,8	0,3	0,0	141,4	4.533.535	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	8,8	0,0	0,0	0,0	8,8		
	OSTETRICA	1,2	0,0	0,0	0,0	1,2		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	3,8	0,0	0,0	0,0	3,8		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	6,6	0,0	0,0	0,0	6,6		
	ASSISTENTI SOCIALI	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	1,4	0,0	0,0	0,0	1,4		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	AUSILIARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,4	0,0	1,7	0,0	2,4		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	26,4	0,0	1,7	0,0	26,4	666.079	
	TOTALE COMPLESSIVO	167,8	6,8	2,0	0,0	167,8	5.199.614	
	co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		DIRIGENZA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA PROFESSIONALE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA TECNICA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE DIRIGENZA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
OSTETRICA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE TECNICO SANITARIO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTI SANITARI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TECNICO DELLA PREVENZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTI SOCIALI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
AUSILIARI		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPARTO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
TOTALE COMPLESSIVO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	

CONFRONTO DOTAZIONE ORGANICA 2023 (PTFP 2023-2025) VS DOTAZIONE ORGANICA 2022 (PTFP 2021-2023)

DOTAZIONE ORGANICA 2023 VS DOTAZIONE ORGANICA 2022	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	33	-1	1	-1	32
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	16	0	0	0	16
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	0	0	0	2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	0	0	0	0	0
DIRIGENZA TECNICA	0	0	0	0	0
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0	0	0	0	0
TOTALE DIRIGENZA	51	-1	1	-1	50
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					
OSTETRICA	42	-1	2	0	42
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					
PERSONALE TECNICO SANITARIO	19	0	0	0	19
ASSISTENTI SANITARI	0	0	0	0	0
TECNICO DELLA PREVENZIONE					
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	3	0	0	0	3
ASSISTENTI SOCIALI	3	0	0	0	3
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	-16	0	-1	-1	-17
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	69	-1	1	0	69
AUSILIARI	-4	0	0	0	-4
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	21	0	0	-4	17
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0	0	0	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	-2	40	40
TOTALE COMPARTO	137	-2	0	35	172
TOTALE COMPLESSIVO	188	-3	1	34	222

DO 2024

DOTAZIONE ORGANICA 2024	OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili					
DIRIGENZA MEDICA	915	52	125	2	917
DIRIGENZA VETERINARIA	0				0
DIRIGENZA SANITARIA	119	7		2	121
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5		1		5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6
DIRIGENZA TECNICA	2				2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12			1	13
TOTALE DIRIGENZA	1.059	59	126	5	1.064
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.430	98	211		1.430
OSTETRICA	138	20			138
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11	1	3		11
PERSONALE TECNICO SANITARIO	255		3		255
ASSISTENTI SANITARI	4	1			4
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	75	2	3		75
ASSISTENTI SOCIALI	18	5			18
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	131				131
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	374	31	61		374
AUSILIARI	66	1	6		66
ASSISTENTE RELIGIOSO	2				2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	384	3		9	393
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				187	187
TOTALE COMPARTO	2.888	162	287	196	3.084
TOTALE COMPLESSIVO	3.947	221	413	201	4.148

FTE e COSTI 2024								
FABBISOGNO 2024		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA			
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, Blocco operatorio e AREU				
Categoria	Reggruppamento profili							
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	819,8	52,8	113,3	1,0	820,8		
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	114,8	11,0		2,0	116,8		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5,0		1,0		5,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,0				5,0		
	DIRIGENZA TECNICA	2,0				2,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,0			1,0	13,0		
	TOTALE DIRIGENZA	958,6	63,8	116,3	4,0	962,6	92.825.066	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetriche e IFeC)	1.383,8	95,2	204,5		1.383,8		
	OSTETRICA	129,3	20,0			129,3		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11,0	1,0	3,0		11,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	246,8		3,0		246,8		
	ASSISTENTI SANITARI	1,5	0,5			1,5		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	73,4	2,0	3,0		73,4		
	ASSISTENTI SOCIALI	18,7	8,0			18,7		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	125,3				125,3		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	363,8	31,0	60,6		363,8		
	AUSILIARI	59,6	1,0	5,8		59,6		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0				2,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	379,6	3,0		9,0	388,6		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				179,8	179,8		
	TOTALE COMPARTO	2.794,7	161,7	279,9	188,8	2.983,5	121.840.440	
	TOTALE COMPLESSIVO	3.753,3	225,5	396,1	192,8	3.946,1	214.725.506	
	CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	72,0	2,4	4,2		72,0	
		DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
DIRIGENZA SANITARIA		0,6				0,6		
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0		
DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0		
DIRIGENZA TECNICA						0,0		
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0		
TOTALE DIRIGENZA		72,6	2,4	4,2	0,0	72,6	4.169.238	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetriche e IFeC)						0,0		
OSTETRICA						0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0		
PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0		
ASSISTENTI SANITARI						0,0		
TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0		
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0		
ASSISTENTI SOCIALI						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS						0,0		
AUSILIARI						0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	72,6	2,4	4,2	0,0	72,6	4.169.238		

FABBISOGNO 2024		OSPEDALE		RICERCA		TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	20,0				20,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS					0,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899	
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	4,0				4,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	3,0				3,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	14,0				14,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0		
TOTALE COMPARTO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000	
TOTALE COMPLESSIVO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000	

FABBISOGNO 2024		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA		
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, Blocco operatorio e AREU			
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	107,0	5,4	0,3	0,0	107,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA	63,6	1,4	0,0	0,0	63,6	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	DIRIGENZA TECNICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	170,6	6,8	0,3	0,0	170,6	6.887.110
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	19,7	0,0	0,0	0,0	19,7	
	OSTETRICA	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	4,0	0,0	0,0	0,0	4,0	
	ASSISTENTI SANITARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	9,1	0,0	0,0	0,0	9,1	
	ASSISTENTI SOCIALI	2,4	0,0	0,0	0,0	2,4	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	2,2	0,0	0,0	0,0	2,2	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	AUSILIARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	6,1	0,0	1,7	0,0	6,1	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPARTO	44,8	0,0	1,7	0,0	44,8	1.942.304	
TOTALE COMPLESSIVO	215,4	6,8	2,0	0,0	215,4	8.829.414	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE					0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE					0,0	
	DIRIGENZA TECNICA					0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA					0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS					0,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0		
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	

DO 2025						
DOTAZIONE ORGANICA 2025		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA	
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU		
Raggruppamento profili						
DIRIGENZA MEDICA	915	52	125	2	917	
DIRIGENZA VETERINARIA	0				0	
DIRIGENZA SANITARIA	119	7		2	121	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5		1		5	
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6				6	
DIRIGENZA TECNICA	2				2	
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12			1	13	
TOTALE DIRIGENZA	1.059	59	126	5	1.064	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.430	98	211		1.430	
OSTETRICA	138	20			138	
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11	1	3		11	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	255		3		255	
ASSISTENTI SANITARI	4	1			4	
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0				0	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	75	2	3		75	
ASSISTENTI SOCIALI	18	5			18	
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	131				131	
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	374	31	61		374	
AUSILIARI	66	1	6		66	
ASSISTENTE RELIGIOSO	2				2	
PERSONALE AMMINISTRATIVO	384	3		9	393	
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0				0	
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				187	187	
TOTALE COMPARTO	2.888	162	287	196	3.084	
TOTALE COMPLESSIVO	3.947	221	413	201	4.148	

FTE e COSTI 2025								
FABBISOGNO 2025		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA			
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, blocco operatorio e AREU				
Categoria	Raggruppamento profili							
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA	819,8	52,8	115,3	1,0	820,8		
	DIRIGENZA VETERINARIA					0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	114,8	11,0		2,0	116,8		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	5,0		1,0		5,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	5,0				5,0		
	DIRIGENZA TECNICA	2,0				2,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12,0			1,0	13,0		
	TOTALE DIRIGENZA	958,6	63,8	116,3	4,0	962,6	92.885.066	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	1.383,8	95,2	204,5		1.383,8		
	OSTETRICA	129,3	20,0			129,3		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	11,0	1,0	3,0		11,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	246,8		3,0		246,8		
	ASSISTENTI SANITARI	1,5	0,5			1,5		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0				0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	73,4	2,0	3,0		73,4		
	ASSISTENTI SOCIALI	18,7	8,0			18,7		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	125,3				125,3		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	363,8	31,0	60,6		363,8		
	AUSILIARI	59,6	1,0	5,8		59,6		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	2,0				2,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	379,6	3,0		9,0	388,6		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0				0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				179,8	179,8		
	TOTALE COMPARTO	2.794,7	161,7	279,9	188,8	2.983,5	121.840.440	
	TOTALE COMPLESSIVO	3.753,3	225,5	396,1	192,8	3.946,1	214.725.506	
	CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA	72,6	2,4	4,2		72,6	
		DIRIGENZA VETERINARIA	0,0				0,0	
DIRIGENZA SANITARIA		0,6				0,6		
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0		
DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0		
DIRIGENZA TECNICA						0,0		
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0		
TOTALE DIRIGENZA		72,6	2,4	4,2	0,0	72,6	4.169.238	
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)						0,0		
OSTETRICA						0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0		
PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0		
ASSISTENTI SANITARI						0,0		
TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0		
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0		
ASSISTENTI SOCIALI						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS						0,0		
AUSILIARI						0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO						0,0		
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE						0,0		
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA						0,0		
TOTALE COMPARTO		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
TOTALE COMPLESSIVO		72,6	2,4	4,2	0,0	72,6	4.169.238	

FABBISOGNO 2025		OSPEDALE		RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza				TOTALE RICERCA
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, Blocco operatorio e AREU			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina del servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA	20,0			20,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA				0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA				0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE				0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE				0,0		
	DIRIGENZA TECNICA				0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA				0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS					0,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0	646.899
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA				0,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA				0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA				0,0		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE				0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE				0,0		
	DIRIGENZA TECNICA				0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA				0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)					0,0	
	OSTETRICA					0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO					0,0	
	ASSISTENTI SANITARI					0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE					0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI					0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	4,0				4,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	5,0				5,0	
	AUSILIARI					0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO					0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	14,0				14,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0	
	TOTALE COMPARTO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000
	TOTALE COMPLESSIVO	23,0	0,0	0,0	0,0	23,0	1.892.000

FABBISOGNO 2025		OSPEDALE			RICERCA	TOTALE COMPLESSIVO	TOTALE COSTI	
		TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza		TOTALE RICERCA			
			... di cui pronto soccorso	... di cui terapie intensive, Blocco operatorio e AREU				
Incarichi di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA	107,0	5,4	0,3	0,0	107,0		
	DIRIGENZA VETERINARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA SANITARIA	63,6	1,4	0,0	0,0	63,6		
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA TECNICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE DIRIGENZA	170,6	6,8	0,3	0,0	170,6	6.887.110	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	19,7	0,0	0,0	0,0	19,7		
	OSTETRICA	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3		
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	4,0	0,0	0,0	0,0	4,0		
	ASSISTENTI SANITARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TECNICO DELLA PREVENZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	9,1	0,0	0,0	0,0	9,1		
	ASSISTENTI SOCIALI	2,4	0,0	0,0	0,0	2,4		
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	2,2	0,0	0,0	0,0	2,2		
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	AUSILIARI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	6,1	0,0	1,7	0,0	6,1		
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
	TOTALE COMPARTO	44,8	0,0	1,7	0,0	44,8	1.942.304	
	TOTALE COMPLESSIVO	215,3	6,8	2,0	0,0	215,3	8.829.414	
	CO.CO.CO.	DIRIGENZA MEDICA					0,0	
		DIRIGENZA VETERINARIA					0,0	
		DIRIGENZA SANITARIA					0,0	
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE						0,0		
DIRIGENZA PROFESSIONALE						0,0		
DIRIGENZA TECNICA						0,0		
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA						0,0		
TOTALE DIRIGENZA		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)						0,0		
OSTETRICA						0,0		
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						0,0		
PERSONALE TECNICO SANITARIO						0,0		
ASSISTENTI SANITARI						0,0		
TECNICO DELLA PREVENZIONE						0,0		
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE						0,0		
ASSISTENTI SOCIALI						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO						0,0		
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS						0,0		
AUSILIARI						0,0		
ASSISTENTE RELIGIOSO						0,0		
PERSONALE AMMINISTRATIVO					0,0			
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE					0,0			
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA					0,0			
TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0		

PARTE 4

PIANO AZIONI POSITIVE

PREMESSE

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

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

Il presente Piano Triennale di Azioni Positive ripropone alcune iniziative già previste nel Piano (P.T.A.P.), adottato per il triennio 2022/2024, confermandone la continuità programmatica, e fornisce riscontri relativamente alle iniziative già attuate e monitoraggio per le iniziative in corso di attuazione.

E' finalizzato a promuovere all'interno della Fondazione IRCCS l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata e di sostegno al benessere lavorativo, anche al fine di prevenire e rimuovere qualsivoglia forma di discriminazione.

Il presente Piano di Azioni Positive (P.T.A.P.) relativo al periodo 2023-2025, si pone in linea con i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come strumento attuatore delle politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

A tal fine la Fondazione s'impegna a:

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

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

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

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

Il **D.lgs. 81/2008** ad oggetto *"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"* all'articolo 28, comma 1, sottolinea, tra l'altro, come la valutazione dei rischi deve riguardare anche quelli

collegati allo stress lavoro-correlato e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età e alla provenienza da altri Paesi.

Il **D.lgs. 150/2009** ad oggetto *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni”*, ha riconosciuto la rilevanza del principio delle pari opportunità, quale ambito di misurazione, nel ciclo di gestione della performance, ed in particolare nel sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (art 8, c.1 lettera h).

La **Legge 183/2010** apporta importanti novità in tema di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto ad ogni forma di discriminazione.

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

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

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

La **Direttiva n. 2 del 2019** ad oggetto *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”* adottata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, che definisce nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari

opportunità e ribadisce che le stesse sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

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

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

Iniziative per il triennio 2023-2025

Il presente Piano di Azioni Positive (P.T.A.P.), riferito al triennio 2023-2025, si sviluppa nelle due aree di intervento di seguito indicate:

AREA 1 – Formazione, divulgazione e implementazione delle attività del C.U.G.;

AREA 2 – Benessere lavorativo, organizzativo, stress da lavoro correlato, conciliazione tempi di vita / tempi di lavoro.

Per ogni ambito sono stati definiti gli obiettivi e le Singole Azioni Positive specificando per ciascuna la descrizione dell'intervento. Ponendosi in continuità con il P.T.A.P. 2022_2024, rispetto al loro sviluppo e attuazione, le proposte inserite riportano lo stato di attuazione alla data di stesura del presente documento.

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

1.1 - AZIONE N. 1 – COSTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

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

Il Comitato esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica.

L'aggiornamento dei componenti è stato da ultimo effettuato con Decreto del Direttore Generale n. 444 del 18.02.2022.

1.2 - AZIONE N. 2 – PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL CUG ED ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI/INFORMATIVI PER TUTTI I DIPENDENTI

Nel corso dell'anno 2022 sono state svolte attività inerenti all'informazione sulle competenze del CUG aziendale e sul ruolo del/della Consigliera di Fiducia nonché la pubblicizzazione delle modalità di contatto all'interno del sistema intranet aziendale. Il link permette di prendere visione di tutte le informazioni inerenti all'attività del CUG ovvero materie di pari opportunità, benessere lavorativo e discriminazioni.

Obiettivo già previsto che, in occasione dell'aggiornamento in atto viene riproposto è relativo alla promozione del ruolo e delle attività del CUG mediante organizzazione di eventi formativi/informativi che avranno i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare tutti i dipendenti sulle tematiche di pertinenza del CUG;
- favorire l'adozione di buone pratiche che possano contribuire al benessere lavorativo.

1.3 - AZIONE N. 3 – NOMINA DEL/DELLA CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA

- Nell'arco dell'anno 2022 è stata effettuata la selezione per la nomina del Consigliere di fiducia, come previsto dal Codice di Condotta per la prevenzione delle molestie sessuali e del mobbing, approvato con deliberazione consiliare n. 103, del 25.10.2013, e successiva deliberazione consiliare n. 96, del 25.05.2017.

Con decreto del Direttore Generale n. 470, del 18.02.2022, si è preso atto dell'esito della selezione e si è conferito incarico di Consigliera di Fiducia alla Dott.ssa Giovanna Castellini.

- È stato quindi istituito uno Sportello di ascolto per i dipendenti, che è tuttora attivo.
Il servizio offerto dallo Sportello si svolge, previo appuntamento, presso lo Studio della Consigliera di Fiducia, in Via Pace n. 9.
- Si ripropone come obiettivo per l'anno 2023 la diffusione di informazioni ai dipendenti relative alle competenze e al ruolo della Consigliera di Fiducia, mediante la pubblicazione sulla intranet aziendale o altro canale di comunicazione.

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

Nell’anno 2022, al fine di favorire lo scambio di buone prassi tra CUG del territorio provinciale e regionale, il Presidente del CUG, il Vice Presidente e altri componenti del CUG hanno partecipato al Tavolo regionale di Regione Lombardia, di coordinamento dei CUG condividendo riflessioni e obiettivi. Questa esperienza proseguirà anche nel corso degli anni di vigenza del presente P.T.A.P. , al fine di contribuire attivamente allo sviluppo di un coerente sistema regionale per la promozione della cultura di genere e della medicina di genere, della valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni all'interno dei luoghi di lavoro e sul territorio.

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

La Fondazione, su proposta del C.U.G., ha già adottato, con deliberazione consiliare n. 103 del 25/10/2013, così come modificata con deliberazione consiliare n. 96 del 25/5/2017, un proprio Codice di Condotta per la prevenzione della violenza sessuale e del mobbing.

Per l’anno 2023 viene previsto l’aggiornamento del Codice di Condotta, al fine di adeguarlo alle disposizioni vigenti e alle novità nel frattempo intervenute.

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

2.1 - AZIONE N. 6 – MOBILITÀ

In considerazione di quanto disposto dal D.M. 27.03.1998 ss.mm.ii. del Ministero dell’Ambiente in tema di “*mobilità sostenibile nelle aree urbane*”, la Fondazione ha da tempo avviato un programma di collaborazione con l’Azienda Trasporti Milanesi S.P.A. (ATM) che prevede per i propri dipendenti tariffe agevolate per gli abbonamenti annui, a fronte di un addebito mensile in busta paga. Questa iniziativa ha incontrato grande adesione da parte dei dipendenti.

Per il triennio 2023-2025 la Fondazione IRCCS si propone di attivare ulteriori convenzioni, a favore dei propri dipendenti, al fine di consentire agli stessi di usufruire di una scontistica sulle tariffe dei mezzi di trasporto ferroviario di Trenord e di Trenitalia.

2.2 - AZIONE N. 7 – PARCHEGGI PER I DIPENDENTI

Tale iniziativa rientra tra le attività volte a favorire la promozione ed il mantenimento dello stato di salute nonché agevolare i propri dipendenti e collaboratori.

La convenzione che prevedeva tariffe agevolate per il parcheggio auto e moto a favore dei dipendenti della Fondazione IRCCS, con il parcheggio adiacente la Clinica Mangiagalli, non è stata rinnovata.

Nel triennio 2023-2025 saranno intraprese attività per la stipula di nuove convenzioni per il parcheggio auto e moto da parte dei dipendenti della Fondazione IRCCS.

2.2 - AZIONE N. 8 – CAMPUS PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

Nell'ambito delle trattative in tema di Welfare integrativo aziendale sono stati sottoscritti, per i Campus riservati ai figli dei dipendenti, specifici accordi con le Organizzazioni Sindacali, destinando risorse per finanziare la copertura dei costi dei campus.

La Fondazione, in linea con quanto fatto negli ultimi anni, visto il positivo riscontro che l'iniziativa ha avuto, promuoverà anche per il triennio 2023-2025 la stipula di apposite convenzioni con Associazioni promotrici/organizzatrici dei predetti campus.

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

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

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

- l'alimentazione, per promuovere scelte alimentari sane, varie e bilanciate;
- la modificazione degli stili di vita, per mantenersi in salute.

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

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

2.4 - AZIONE N. 10 – CENTRO ANTI FUMO

Presso la SC Medicina del Lavoro della Fondazione opera il Centro Antifumo – Centro di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo. Il Centro fa parte dei "Centri Antifumo" accreditati dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione ed è riferimento per

la prevenzione, la diagnosi e la cura del tabagismo. L'équipe altamente specializzata offre programmi personalizzati per smettere di fumare, avvalendosi di un approccio multidisciplinare che coinvolge diverse competenze del Policlinico come psicologi, pneumologi e medici del lavoro. L'accesso al Centro non è limitato ai dipendenti ma esteso anche all'utenza.

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

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

L'attività del Centro Antifumo prosegue attivamente, la Fondazione IRCCS nel solco di questa attività ha promosso il Progetto "Ospedale Senza Fumo" come da Determinazione 495 del 05.03.2013.

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

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

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

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

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

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

2.6 - AZIONE 12 – STESURA DEL GENDER EQUALITY PLAN (GEP)

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

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

In ottemperanza a quanto proposto per l'anno 2022, con Decreto del Direttore Generale n. 2934, dell'11.11.2022, è stato adottato all'interno della Fondazione il Gender Equality Plan (GEP).

La proposta per il triennio 2023-2025 è quella di procedere con la stesura e l'implementazione del Gender Equality Plan.

2.7 - AZIONE 13 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI DEI DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI

Previsione di sconti a favore di dipendenti analoghi a quelli previsti a favore di coorti di pazienti in possesso di polizze sanitarie, per le quali la Fondazione IRCCS ha stipulato apposite convenzioni con alcune Compagnie di assicurazione, per prestazioni libero professionali eseguite da parte di professionisti medici o di équipe.

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

2.8 - AZIONE 14 – IMPLEMENTAZIONE DEL WELFARE AZIENDALE: SCONTI SULLE TARIFFE PER LA DEGENZA NEL REPARTO SOLVENTI SANTA CATERINA DELLA CLINICA MANGIAGALLI

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

2.9- AZIONE 15 – REALIZZAZIONE DI CORSI DI MINDFULNESS PER I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE

La complessità del sistema lavorativo, sempre più articolato, ha un notevole impatto sul benessere e gli stili di vita, e genera spesso reazioni di stress, che portano a uno stato di malessere diffuso e deleterio. Coltivare la consapevolezza attraverso la Mindfulness e le sue pratiche sembra poter offrire una possibilità di fronteggiare le criticità legate alla vita dei lavoratori in generale, ed in particolare degli operatori sanitari, professionali, tecnici e amministrativi della Fondazione che, soprattutto negli ultimi due anni sono stati sottoposti a difficili prove di resistenza.

Si ripropone pertanto l'attivazione, nel triennio 2023-2025, di un corso, secondo un protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), destinato a tutte le professionalità della Fondazione, con la convinzione che lo stato di consapevolezza e di presenza mentale che potrà essere acquisito dai dipendenti che vi partecipano avrà in sé un potere trasformativo e liberatorio, che favorirà apertura, lucidità ed equilibrio, con un notevole miglioramento delle relazioni nel contesto lavorativo, del clima aziendale e dei rapporti con l'utenza.

SEZIONE IV

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E DISPOSIZIONI FINALI

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

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

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

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