



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PLAO) 2022/2024



30 giugno 2022



Indice

Premessa	3
Scheda Anagrafica dell'Azienda	4
Valore Pubblico	6
Mission	6
Offerta sanitaria	10
Offerta Territoriale	14
Qualità e sicurezza delle cure	16
Customer Satisfaction	17
Performance	18
Definizione degli obiettivi	18
Monitoraggio per lo stato di attuazione degli obiettivi	25
Misurazione e valutazione	25
Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	27
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)	27
Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza	28
Processo di gestione dei rischi	29
Analisi del contesto	29
Valutazione del rischio	31
Trattamento del rischio	32
Controllo	33
Coordinamento con altri piani	33
Trasparenza e obblighi di informazione	34
Responsabilità e misure organizzative	36
Accesso civico e Accesso generalizzato	37
Organizzazione e capitale umano	39
Piano organizzativo del lavoro agile	39
Piano triennale dei fabbisogni di personale	41
Piano formativo aziendale	46
Piano di Azioni positive	50
Dotazioni strumentali e informatiche	52
Monitoraggio	52



Premessa

Il PIAO, introdotto dal DL n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, è un nuovo documento strategico di pianificazione triennale da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno, una sorta di “testo unico” della programmazione delle pubbliche amministrazioni, che consentirà di realizzare un monitoraggio costante e accurato del percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il nuovo Piano garantirà la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorerà la qualità dei servizi ai cittadini e procederà 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.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all’art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all’art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell’esperienza professionale maturata e dell’accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b) , assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.



Nello specifico si tratta di un documento di programmazione unico che accorpa, tra gli altri, il Piano della Performance, il Piano del Lavoro agile e il Piano di Prevenzione della corruzione.

Il Piano-tipo a cui le Amministrazioni Pubbliche devono attenersi per la compilazione è costituito da 4 sezioni e nello specifico:

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione;
2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione;
3. Organizzazione e Capitale Umano;
4. Monitoraggio.

Scheda Anagrafica dell'Azienda

A seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 23 del 11/08/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", vengono istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che prendono il posto delle Aziende Sanitarie Locali, e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), evoluzione delle Aziende Ospedaliere.

L'Azienda Sociosanitaria Territoriale Ovest Milanese (ASST) - con sede legale in Legnano, Via Giovanni Paolo II - 20025 Legnano - è stata costituita a partire dal 01.01.2016, con D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015, in attuazione della L.R. n. 23 del 11/08/2015.

Le ASST come dispone l'art.7 della L.R. 23/2015, sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, con risorse proprie, nella logica di presa in carico della persona.

Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti polo territoriale e polo ospedaliero che afferiscono direttamente alla direzione generale.

Il settore polo ospedaliero dell'ASST, articolato in presidi ospedalieri e in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, nel rispetto degli standard ospedalieri previsti, è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.

Il settore polo territoriale, articolato in distretti e in dipartimenti, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. Il polo territoriale pertanto dispone di un'offerta propria, complementare all'ospedale per prestazioni di bassa complessità assistenziale.

L'articolazione delle ASST in due distinti settori, ospedaliero e territoriale, non deve riprodurre una separazione tra momenti erogativi diversi, ma rappresenta la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei servizi, sia interni che esterni alla stessa ASST.



Nella Azienda è confluito il patrimonio della ex Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile di Legnano”, ad eccezione delle immobilizzazioni destinate al Poliambulatorio di Corsico che è confluito nell’ASST Rhodense.

A questo, si aggiungono tutte le immobilizzazioni, sia materiali che immateriali, utilizzate per lo svolgimento di attività territoriali che dal 1/1/2016 sono passate dalla disciolta ASL Milano 1 alla ASST Ovest Milanese.

Il logo dell’ASST Ovest Milanese rispecchia l’immagine coordinata definita da Regione Lombardia per gli Enti del Sistema Socio Sanitario Regionale:



Per quanto riguarda l’assetto organizzativo interno, l’Azienda è così strutturata:

- in Presidi Ospedalieri, Poliambulatori e Distretti socio-sanitari territoriali;
- in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici, finalizzati a realizzare un governo clinico e sociosanitario integrato in grado di generare responsabilità e coinvolgimento di tutto il personale per fornire la risposta più appropriata ai bisogni di salute dei cittadini.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), redatto in base alle linee guida regionali di cui alla DGR n. X/5513 del 2 agosto 2016, è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. X/6549 del 4 maggio 2017 ad oggetto “Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30/12/2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.”.

È possibile visionare l’organigramma completo dell’Azienda al seguente link:

www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente Organizzazione – Organigramma.

Nel corso del 2022, è prevista per l’ASST l’approvazione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico anno 2022/2024, secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare, il cui iter è ancora in corso.

Inoltre, così come indicato dalla R.L 22/2021, nonché dai decreti legislativi nn. 502/92 e 229/9, con provvedimento del Direttore Generale n.123 del 29/03/2022 la ASST Ovest Milanese ha istituito 4 distretti (Legnanese, Castanese, Magentino e Abbiatense) a cui corrispondono 3 ambiti territoriali, in particolare:

- Distretto Legnanese e Distretto Castanese riferiti all’Ambito territoriale Altomilanese;



- Distretto Magentino riferito all'Ambito Territoriale Magentino;
- Distretto Abbiatense riferito all'Ambito Territoriale Abbiatense.

I Distretti costituiscono le articolazioni organizzativo-gestionali del polo Territoriale Aziendale, in afferenza alla Direzione Sociosanitaria e svolgono un ruolo strategico per garantire il coordinamento per l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale, ivi inclusa l'assistenza domiciliare.

Il Distretto inoltre monitora la qualità dei servizi, verifica le criticità emergenti e si relaziona con il volontariato per le attività in co-progettazione, nella prospettiva di sviluppo delle case della comunità.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale all'interno delle Case di Comunità prevede anche l'utilizzo di servizi digitalizzati utilizzando strumenti come la telemedicina e il telemonitoraggio, utili sia per l'assistenza al domicilio che per l'integrazione delle reti assistenziali.

L'implementazione delle prime strutture di prossimità – CDC, ODC, COT all'interno delle realtà organizzative dei Distretti della ASST Ovest Milanese, dovrà avvenire in parallelo allo sviluppo di un ecosistema digitale che sappia supportare i processi di lavoro e le funzioni previste in tali strutture.

Presso la ASST Ovest Milanese è prevista l'attivazione di n. 10 Case della Comunità (3 nel Distretto Legnanese, 2 nel distretto Castanese, 2 nel Distretto Magentino e 3 nel Distretto Abbiatense); n. 3 Ospedali di Comunità (nei Distretti Legnanese, Castanese e Abbiatense) e n. 5 COT (Legnano, Parabiago, Cuggiono, Magenta, Abbiategrasso).

Valore Pubblico

Mission

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

L'ASST eroga prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nelle strutture della rete ospedaliera e territoriale perseguendo l'equità dell'accesso all'assistenza e garantendo elevati livelli di qualità dei servizi per tutti i cittadini residenti.

L'ASST si impegna a organizzare servizi e percorsi sanitari e socio-sanitari nell'ottica della presa in carico complessiva e continuativa della persona, in particolare nel caso dei soggetti portatori di patologie croniche, in condizioni di fragilità e delle loro famiglie.

L'integrazione – dei processi e dei servizi sanitari e socio-sanitari, della rete di offerta ospedaliera e territoriale, dell'attività sanitaria e amministrativa, dei professionisti in ottica multidisciplinare e multi professionale – è il perno fondamentale su cui l'ASST costruisce i percorsi di cura dei pazienti e il coordinamento della presa in carico.



L'ASST, inoltre, gestisce i percorsi e i processi di tutela della salute in modo coordinato con i soggetti erogatori di diritto pubblico e diritto privato e riconosce e valorizza il ruolo della famiglia, del volontariato, delle reti sociali e degli enti del terzo settore, nella logica della realizzazione dei principi di sussidiarietà orizzontale e della libera scelta del cittadino.

I valori cui l'azienda si ispira nel proprio operato sono così sintetizzati:

- Eguaglianza: ogni persona riceverà le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche;
- Imparzialità: i comportamenti verso le persone che si rivolgono all'Azienda sono ispirati a criteri di obiettività, giustizia e di imparzialità;
- Efficienza ed efficacia: il servizio viene erogato ricercando continuamente il miglior rapporto tra efficacia ed efficienza.

I professionisti dell'ASST sono impegnati in prima persona nel perseguimento della mission aziendale, in quanto chiamati a contribuire all'organizzazione e alla gestione dei servizi secondo processi e percorsi innovativi e orientati al miglioramento continuo, oltre a garantire i migliori livelli di professionalità e l'assunzione di responsabilità connesse al proprio ruolo.

A fronte di questo impegno, l'ASST vuole offrire ai propri professionisti un ambiente professionale capace di valorizzare le competenze e le capacità distintive, il benessere organizzativo e il riconoscimento del merito.

Alla data del 31 dicembre 2021, l'Azienda conta n. 4.165 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I	N. dipendenti T.D
Medici	634	18
Dirigenza sanitaria non medica	56	9
Altri dirigenti	20	1
Totale dirigenza	710	28

Comparto	N. dipendenti T.I	N. dipendenti T.D
Ruolo sanitario	2.142	23
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	850	38
Ruolo amministrativo	323	48
Totale comparto	3.318	109

Gli Ospedali dell'Azienda hanno acquisito nel corso degli anni un ruolo di specializzazione della propria attività al fine di rispondere alle moderne indicazioni di organizzazione sanitaria, che prevede di integrare l'organizzazione di attività affini, diversificando l'indirizzo delle strutture sanitarie per intensità di cura.



L'ASST organizza i Presidi ospedalieri e la rete dell'emergenza-urgenza attraverso due Presidi Ospedalieri Unici:

- Presidio Unico ospedaliero di Legnano-Cuggiono costituito dagli stabilimenti Ospedale Civile di Legnano e Ospedale S.S. Benedetto e Geltrude di Cuggiono;
- Presidio Unico ospedaliero di Magenta-Abbiategrosso, costituito dagli stabilimenti Ospedale Fornaroli di Magenta e Ospedale Cantù di Abbiategrosso.

In linea con quanto previsto dal DM 70/15, i 4 stabilimenti assumono una loro mission specifica e funzionale all'unitarietà della mission aziendale e alla corretta soddisfazione della domanda di salute. Tutti gli stabilimenti assicurano una piena integrazione con la rete territoriale per garantire, anche con metodiche di telemedicina, una corretta presa in carico dei pazienti cronici e una maggiore appropriatezza gestionale. Allo stesso tempo assicurano una piena integrazione con la rete dell'emergenza/urgenza territoriale.

Per quanto concerne la rete dell'emergenza/urgenza, l'organizzazione è secondo il modello di *hub and spoke* che prevede un DEA di II livello a Legnano con la Medicina d'Urgenza, e un DEA di I livello a Magenta con la previsione di apertura della Medicina d'Urgenza; come *spoke* invece, ad Abbiategrosso è attivo un Punto di Primo Intervento e a Cuggiono un Pronto Soccorso.

A Legnano e a Magenta viene garantita la Radiologia Interventistica, quale attività ad altissimo contenuto tecnologico, che consente di intervenire con procedure invasive o mininvasive, per la diagnosi e il trattamento di un gran numero di patologie. In particolare vengono attuate sia interventi di radiologia interventistica vascolare, sia interventi di radiologia extra-vascolare.

Il modello *hub and spoke*, in accordo con AREU, prevede il trasferimento dei pazienti da parte di AREU nella sede aziendale più idonea alla malattia da trattare e una stabilizzazione, e anche il successivo trasferimento dei pazienti auto presentatisi nelle sedi *spoke* affetti da patologia/sintomi che necessitino di maggiore assistenza.

Per quanto concerne la connotazione specialistica dei due Presidi Unici aziendali si prevede quanto segue:

- **Legnano**, sede di DEA di II livello, assume una connotazione a maggiore indirizzo traumatologico e chirurgico specialistico, con la presenza delle alte specialità di neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia vascolare e chirurgia plastica e della mano, mantenendo un ambito medico plurispecialistico ed interventistico; verrà potenziata la presa in carico del paziente oncologico ed emato-oncologico; mantiene la competenza a livello aziendale sul percorso di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco acuto e cronico con attività mirata alla gestione del paziente affetto da patologia cardiaca avanzata;
- **Cuggiono** garantisce una corretta presa in carico di pazienti dell'area medica a forte impronta geriatrica in forte integrazione sia con lo stabilimento di Legnano sia con il territorio di riferimento, in linea con i principi ispiratori della L 23/15; garantisce a livello aziendale un percorso di presa in carico del paziente cardiopatico e pneumopatico con attività mirata alla gestione del paziente che necessita di riabilitazione cardiotoracopolmonare; mantiene la competenza aziendale sulle Cure Palliative e sulla terapia del dolore, in



integrazione con gli altri ospedali e con il territorio di riferimento; preziosa l'attività chirurgica a media e bassa intensità e complessità, sempre in piena integrazione con lo stabilimento di Legnano. L'ospedale di Cuggiono garantisce altresì l'attività di Cure subacute per la presa in carico in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, per il trattamento di uno o più problemi clinici in fase attiva, relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

- **Magenta**, sede di DEA di I livello, incrementerà la propria vocazione chirurgica e svilupperà ulteriormente gli ambiti di patologia medica e plurispecialistica, con particolare attenzione anche alla riabilitazione specialistica attraverso l'erogazione di prestazioni di idrochinesiterapia a seguito della riattivazione della piscina riabilitativa; verrà potenziata la presa in carico del paziente oncologico ed emato-oncologico attraverso percorsi condivisi tra i due presidi. È polo di riferimento aziendale per la Rete Integrata Materno Infantile.
- **Abbiategrasso** garantisce una corretta presa in carico di pazienti dell'area medica in forte integrazione sia con lo stabilimento di Magenta, sia con il territorio di riferimento, il linea con i principi ispiratori della L 23/15; svilupperà a livello aziendale un percorso di presa in carico del paziente neurologico con attività mirata alla gestione del paziente che necessita di riabilitazione neuromuscolare con implementazione di posti letto; mantiene la competenza a livello aziendale sul percorso di presa in carico del paziente diabetico con attività mirata alla gestione del paziente affetto da patologia del "piede diabetico"; rimane imprescindibile l'attività chirurgica a media e bassa intensità e complessità, sempre in piena integrazione con lo stabilimento di Magenta. L'ospedale di Abbiategrasso garantirà altresì l'attività di Cure subacute per la presa in carico in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, per il trattamento di uno o più problemi clinici in fase attiva, relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

L'Azienda conta n. 1.371 posti letto, di cui per degenza ordinaria 1.301 e 70 posti letto di DH/DS, ai quali si aggiungono anche 391 posti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti, Hospice Cuggiono e posti in comunità psichiatriche).

Nei poliambulatori territoriali, presenti a Parabiago e a Legnano (rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera), sono organizzate solo attività ambulatoriali che, per loro caratteristica, non necessitano di un elevato impegno assistenziale ma hanno elevato valore di servizio pubblico al cittadino. Le attività quantitativamente più rilevanti tra quelle svolte sono quelle di punti prelievo, odontoiatria, oftalmologia, oltre a diverse specializzazioni di area sia medica che chirurgica. Presso il poliambulatorio di Legnano, rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera, sono attivi un punto prelievi ed alcuni ambulatori specialistici.

Nell'ambito della Salute Mentale, l'Azienda è dotata di strutture territoriali, semiresidenziali e residenziali che ospitano le numerose e capillari attività di assistenza, supporto e recupero alla quale è dedicata una forte attenzione, essendo dotata di due degenze di psichiatria negli ospedali di Legnano e Magenta, e di una fitta rete residenziale, diurna ed ambulatoriale, che consente un soddisfacente legame dei servizi con il territorio.



Offerta sanitaria

Attività di Ricovero

L'attività di ricovero nel triennio precedente 2017-2019 ha visto un trend di incremento di casistica di sempre maggiore complessità clinica e tecnologica che documenta un sempre più appropriato impiego dei ricoveri per acuti, anche in termini di setting di erogazione delle prestazioni, con l'obiettivo di promuovere ulteriormente l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi.

L'attività di ricovero del 2020/2021, a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, non può essere argomento di confronto sia in termini di casistica che di valorizzazione della produzione, con l'andamento degli anni precedenti. L'evoluzione del quadro epidemiologico ha visto nel corso del 2020/2021 la messa in campo di una serie di azioni che hanno determinato la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete di assistenza territoriale, nonché il potenziamento di strutture dedicate per pazienti COVID paucisintomatici.

A seguire, si rappresentano le principali misure intervenute in ambito di attività di ricovero per fare fronte alla situazione pandemica.

La gravità ed eccezionalità di quanto avvenuto ha comportato a far data dalla fine di febbraio del 2020 una significativa riduzione delle attività di ricovero in elezione, ad eccezione di quelle non procrastinabili. Il sistema regionale di erogazione delle prestazioni ospedaliere di ricovero e cura è stato rimodulato attraverso il modello dei centri HUB e SPOKE in cui concentrare tutte le cure tempo dipendenti che non possono essere procrastinate.

In tale direzione, ai sensi della DGR n. XI/2906 dell'8 marzo 2020 "*Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19*", è stato rimodulato il sistema di erogazione delle prestazioni ospedaliere di ricovero individuando gli ospedali "HUB".

L'ASST Ovest Milanese (Ospedale di Legnano) è stata individuata come Centro "HUB" per le Urgenze Cardiologiche Interventistiche, le Urgenze Cardiochirurgiche e di Chirurgia Vascolare e le Urgenze Neurologiche Stroke.

Dal novembre 2020 l'Ospedale di Legnano è stato altresì individuato come Centro HUB, per la Rete Materno infantile, con afferenza di donne gravide/puerpere di cui è nota la positività COVID (DGR n. XI/3114 del 07/05/2020).

Nel 2021 si è osservato una continuità con il 2020 nel mantenimento delle principali misure intervenute per fare fronte alla situazione pandemica. L'ospedale di Legnano pertanto, ha continuato nel ruolo di HUB Covid dell'Asst Ovest Milanese. I pazienti COVID-19, in base al profilo di complessità delle cure, sono stati gestiti nei reparti di Rianimazione (Legnano e Magenta) e nei reparti di Malattie Infettive (Legnano) e Medicina (Legnano, Magenta e Abbiategrasso).

L'ASST Ovest Milanese (Ospedale di Legnano) ha mantenuto altresì, l'attività come Centro "HUB" regionale per: Urgenze Cardiologiche Interventistiche, Urgenze Cardiochirurgiche, Urgenze di Chirurgia Vascolare, Urgenze Neurologiche Stroke e per la rete materno infantile, con afferenza di donne gravide/puerpere di cui è nota la positività Covid.

Nel terzo trimestre 2021, l'azienda in ottemperanza alle indicazioni di Regione Lombardia, ha implementato il Piano di Ripresa per il recupero delle liste di attesa per interventi chirurgici

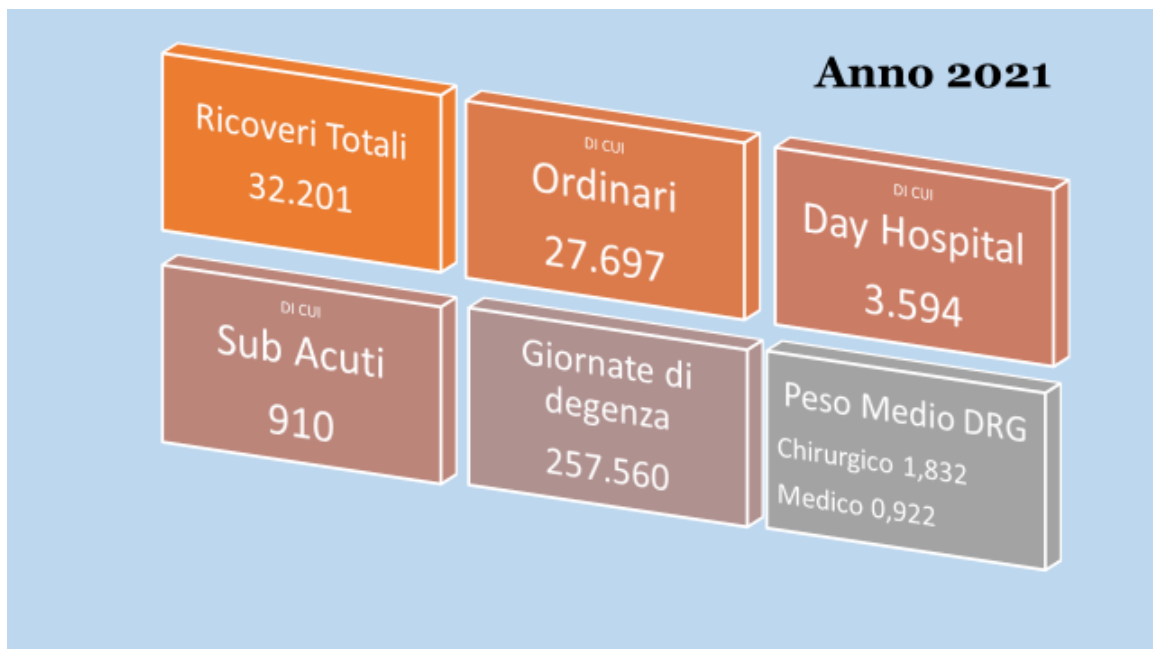


programmati. Nei mesi di ottobre, novembre e dicembre si è osservato un incremento dell'attività di ricovero programmato (DRG Chirurgico), rispetto ai mesi precedenti del 2021.

In concomitanza a partire dal mese di novembre, si è purtroppo osservato l'aumento dei casi Covid a causa di una recrudescenza dell'epidemia. L'azienda in ottemperanza alle indicazioni regionali, riportate nella nota di Regione Lombardia del 18/11/21 (Protocollo G1.2021.0064681) ad oggetto "Modello organizzativo per la gestione di pazienti affetti da Covid-19 che necessitano di ricovero ospedaliero nei mesi di novembre e dicembre 2021", ha nuovamente provveduto all'attivazione di posti letto semintensivi e di area medica per pazienti affetti da Covid-19.

Successivamente ha ulteriormente implementato i posti letto dedicati attivando il livello 4B, secondo le indicazioni contenute nella nota di Regione Lombardia del 04/12/2021 (Protocollo G1.2021.0067211) con oggetto "Aumento dotazione posti letto Covid-19 dell'area medica – riferimento a nota prot. N. G1.202130064681 del 18.11.2021". Quale conseguenza, nel mese di gennaio 2022 si sono registrati significativi incrementi di attività, soprattutto nei primi 15 giorni, ove risultano attivati ben oltre lo standard tutti i posti letto Covid previsti dal livello 4B.

In attuazione della nota regionale prot. G1.2021.0064681 del 18/11/2021, sono stati attivati n. 28 posti letto tecnici dedicati ad attività di Cure Sub-Acute a favore di pazienti Covid positivi paucisintomatici, presso l'Ospedale di Abbiategrasso, derivanti da trasformazione provvisoria di posti letti accreditati presso l'Ospedale di Abbiategrasso. Inoltre, il 04 novembre 2021, considerata la necessità aziendale e territoriale di fornire un'offerta adeguata nella cura di pazienti che non necessitano di cure cliniche intensive, è stata presentata istanza per l'accreditamento e messa in esercizio di nr. 32 posti tecnici per l'Attività di Cure Sub-Acute.



Fonte dato flusso SDO

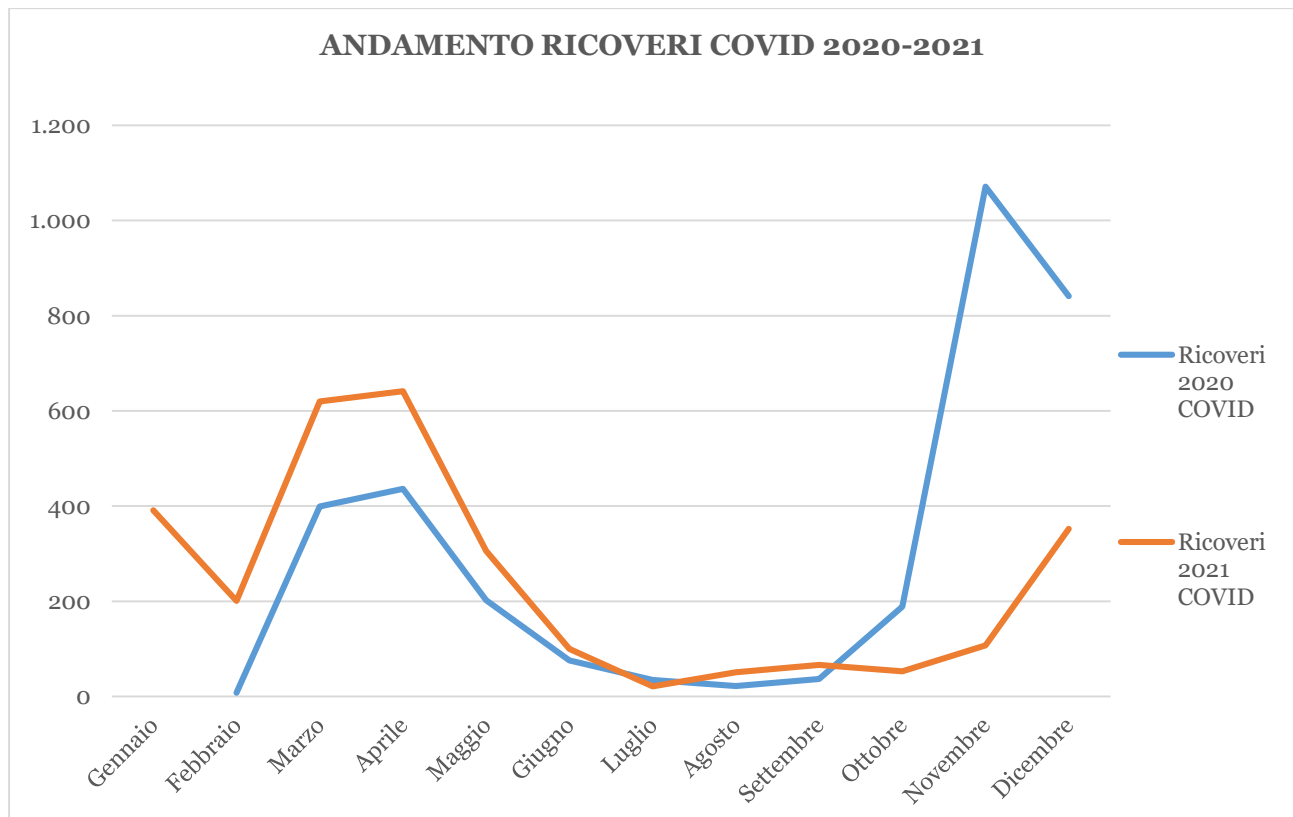


I ricoveri di area chirurgica fatti nell'anno 2021, nonostante siano inferiori rispetto a quelli degli anni pre pandemici, hanno subito meno l'impatto del COVID-19 grazie ai piani messo in atto dalla ASST Ovest Milanese. In particolare il piano di ripresa e la riapertura delle sale del secondo semestre hanno consentito di recuperare parte degli interventi rimandati l'anno precedente.

I ricoveri legati alla patologia COVID-19 complessivamente negli anni 2020 e 2021 sono stati rispettivamente 3.316 e 2.909. La differenza più significativa è legata all'ultimo trimestre dell'anno, infatti sono stati 1.589 ricoveri in meno, questo ha ovviamente contribuito al mantenimento delle attività chirurgiche elettive.

L'indice di case mix dei ricoveri COVID-19 nel 2021 risulta essere pari a 0.97, questo significa che i pazienti gestiti nel corso dell'anno sono stati meno complessi rispetto all'anno precedente. Diverso il valore dell'indice dei ricoveri per patologie diverse dal COVID-19 per i quali il valore è pari a 1.01 ovvero un lieve incremento di complessità rispetto all'anno 2020.

Di seguito si riporta l'andamento mensile dei ricoveri COVID-19.



Fonte dato flusso SDO

Attività Ambulatoriale

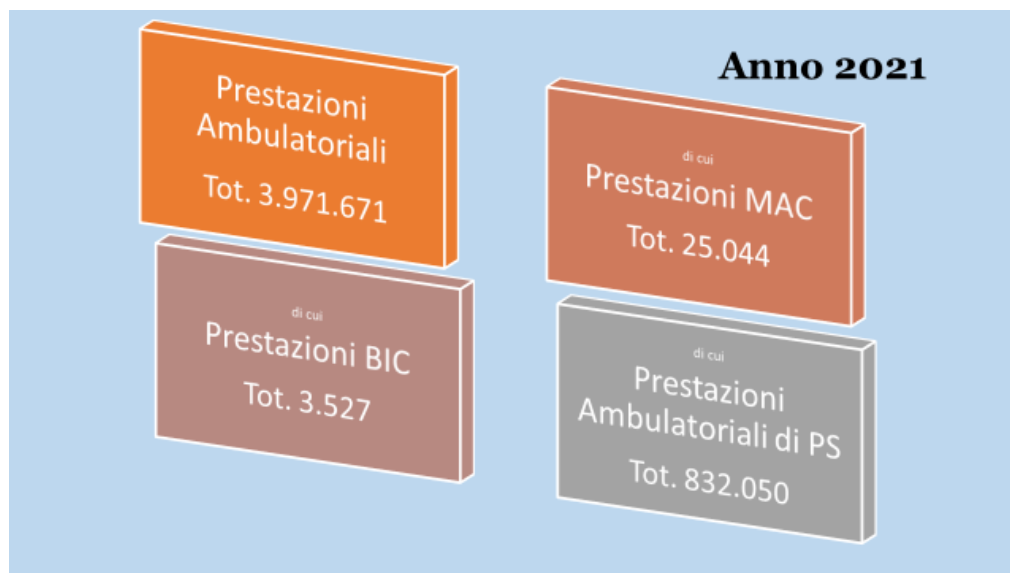
L'attività ambulatoriale del 2021, a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, non può essere argomento di confronto sia in termini di casistica che di valorizzazione della produzione, con l'andamento degli anni precedenti.



Nel 2021 con la graduale attenuazione della diffusione dei contagi si è dato avvio alla ripresa graduale delle attività ambulatoriali, tenendo in considerazione le regole necessarie per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività sanitarie.

Oltre a garantire le normali attività si è dato avvio al recupero delle prestazioni sospese tenendo conto di spazi e risorse disponibili. Il programma di potenziamento, ha previsto una particolare attenzione: alle prestazioni critiche per la tenuta dei tempi di attesa e al recupero di percorsi assistenziali dei pazienti cronici sospesi durante la pandemia, comprensivi anche di visite di controllo.

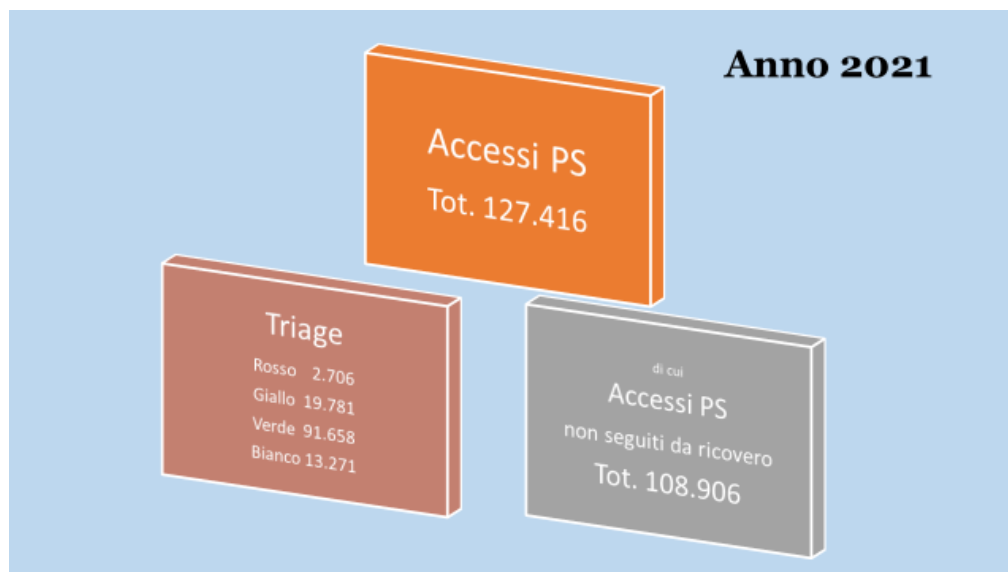
Il Piano di Ripresa ha mostrato il suo impatto sulla produzione ambulatoriale soprattutto sul quarto trimestre 2021, che ha visto un incremento della produzione rispetto ai mesi precedenti. L'andamento di ripresa è stato nuovamente rallentato dalla recrudescenza della pandemia intervenuta dal mese di novembre.



Fonte dato flusso 28/SAN

Attività di DEA, Pronto Soccorso e PPI

Nel corso del 2021 la progressiva ripresa rispetto al 2020, anno di esordio della pandemia, si è mantenuta costante nei mesi; dai dati riportati di seguito si evince un crescente numero di accessi - specialmente dei codici verdi che si assestano intorno al 72 % del totale degli accessi. Gli accessi non seguito da ricovero si assestano al 85,5% sul totale degli accessi.



Offerta Territoriale

La rete territoriale della ASST Ovest Milanese, secondo quanto disposto dalla L.R. n. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e prestazioni medico-legali.

La rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone e che erano erogate dalla ex ASL Milano 1, ad eccezione di quelle ad oggi espressamente attribuite alla ATS (Agenzia di Tutela della Salute).

La rete socio sanitaria dell'ASST Ovest Milanese eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le seguenti strutture:

Descrizione	Descrizione attività	Sede
CONSULTORIO FAMILIARE – CUGGIONO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Cuggiono - via Rossetti 3 (ang. Via Roma)
CONSULTORIO FAMILIARE - CASTANO PRIMO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Castano Primo - via Moroni 12 ang. via Acerbi
CONSULTORIO FAMILIARE - ABBiateGRASSO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Abbiategrasso - via De Amicis 1
CONSULTORIO FAMILIARE - LEGNANO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Legnano - via Ferraris 30 (già via Colli di Sant'Erasmo 29)



Descrizione	Descrizione attività	Sede
CONSULTORIO FAMILIARE – PARABIAGO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Parabiago - via XI febbraio 31
CONSULTORIO FAMILIARE - BUSTO GAROLFO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Busto Garolfo - via XXIV maggio 17
CONSULTORIO FAMILIARE - MAGENTA	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Magenta - Viale Rossini 31
CONSULTORIO FAMILIARE - ARLUNO	Attività previste nel tariffario ex DGR 4597/2012	Arluno - via Mauthausen
SER.T PARABIAGO	Accoglienza diagnosi e presa in carico dell'utente predispongono per ciascuno un programma terapeutico riabilitativo individualizzato. Le componenti specialistiche in seguito alla valutazione diagnostica rilasciano la certificazione che attesti la necessità di intervento residenziale. Inoltre sono garantiti in ogni Ser.T. i Livelli Essenziali di Assistenza.	Parabiago - Via Spagliardi 19
SER. T. MAGENTA	Accoglienza diagnosi e presa in carico dell'utente predispongono per ciascuno un programma terapeutico riabilitativo individualizzato. Le componenti specialistiche in seguito alla valutazione diagnostica rilasciano la certificazione che attesti la necessità di intervento residenziale. Inoltre sono garantiti in ogni Ser.T. i Livelli Essenziali di Assistenza.	Magenta - via al Donatore di Sangue 50 (via Rossini) - Palazzina Q
N.O.A. LEGNANO	Accoglienza diagnosi e presa in carico dell'utente predispongono per ciascuno un programma terapeutico riabilitativo individualizzato. Le componenti specialistiche in seguito alla valutazione diagnostica rilasciano la certificazione che attesti la necessità di intervento residenziale. Inoltre sono garantiti in ogni Ser.T. i Livelli Essenziali di Assistenza.	Legnano – via Canazza (Vecchio Ospedale) servizio spostato dal 27 settembre 2018
N.O.A.	Accoglienza diagnosi e presa in carico dell'utente predispongono per ciascuno	Abbiategrosso - via Donatori di Sangue -



Descrizione	Descrizione attività	Sede
ABBIATEGRASSO	un programma terapeutico riabilitativo individualizzato. Le componenti specialistiche in seguito alla valutazione diagnostica rilasciano la certificazione che attesti la necessità di intervento residenziale. Inoltre sono garantiti in ogni Ser.T. i Livelli Essenziali di Assistenza.	edificio N 1 (piazza Mussi)
C.D.D. RESCALDINA	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Rescaldina - via Tintoretto 2
C.D.D. CASTANO PRIMO	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Castano Primo - vicolo dei fiori 1
C.D.D. MAGNAGO	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Magnago - via N. Bixio 1
C.D.D. BUSTO GAROLFO	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Busto Garolfo - via S. Giovanni Bosco 16
C.D.D. MAGENTA	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Magenta - via dei Mille 2
C.D.D. VITTUONE	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Vittuone - via volontari della Libertà 8
C.D.D. PONTE VECCHIO	Accoglienza ospiti a ciclo diurno con grave disabilità	Pontevecchio di Magenta - via Isonzo 57

È possibile consultare la Carta dei Servizi di ciascuna struttura territoriale sul sito aziendale.

Qualità e sicurezza delle cure

In ASST Ovest Milanese, Qualità e Risk Management sono considerati un processo a gestione strategica, trasversale ed orientato allo sviluppo di politiche e strategie in linea con quanto definito da Regione Lombardia.

L'Azienda ha ormai consolidato l'attività del gruppo aziendale "Gruppo di coordinamento per le attività di gestione del rischio, qualità e miglioramento dell'organizzazione", che si riunisce periodicamente al fine di condividere aggiornamenti in tema di rischio e qualità.

I processi sono agiti con la costante attenzione verso rischi ed opportunità (risk based thinking), monitorando specifici indicatori, definendo obiettivi da raggiungere ed analizzando eventuali non conformità, il tutto finalizzato al miglioramento continuo delle proprie prestazioni.



In ambito di Certificazione ISO 9001:2015, è stato condotto dall'ente di certificazione, nel mese di giugno 2021 l'audit esterno. In data 28 settembre 2021, con determina n. 2020, è stato stipulato un contratto ponte per 12 mesi con l'ente di certificazione Certiquality, con nomina di nuovo DEC, non essendosi ancora conclusa la gara regionale indetta da ARIA, a cui la nostra ASST ha aderito. Nel contratto è prevista l'estensione della certificazione al processo relativo all'accertamento invalidità civile, in capo all'UOC Medicina Legale.

Nel corso del 2022 saranno condotti pertanto audit interni secondo un programma dedicato e verranno affiancate le organizzazioni che hanno presentato criticità nel mantenimento del proprio Sistema Gestione Qualità secondo i requisiti della norma ISO di riferimento. Resta altresì prevista la formazione specifica sui requisiti della Norma ISO 9001:2015; è stata proposta nel piano formativo la ripetizione del corso tenuto dall'ente di certificazione anche nell'anno 2021.

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO), adottato da Regione Lombardia (DGR n. X/3652 del 5 giugno 2015) come strumento di governo del sistema sanitario, è applicato dal 2017 all'interno dell'azienda al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria. La nostra ASST recepirà indicazioni e proseguirà nelle attività di monitoraggio secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia per l'implementazione del Programma stesso.

Annualmente, in funzione dell'evoluzione organizzativa delle attività che si svolgono in ASST, viene deliberato il piano di Risk Management, fondato su un'attenta analisi del contesto di sviluppo dell'ASST a partire dagli indirizzi della Direzione Strategica, dall'analisi interna del profilo di rischio aziendale coerentemente con le disposizioni dell'OMS, del Ministero della Salute e delle linee operative annuali di Regione Lombardia.

Nell'ambito della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico, alla luce dell'evento pandemico, le attività normalmente pianificate e gestite sono state riorganizzate in funzione dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV2. L'Azienda ha adeguato il proprio modello di monitoraggio del rischio al mutato quadro di riferimento, con particolare attenzione all'analisi dei rischi specifici derivanti dalla pandemia e all'aggravamento dei rischi a seguito dell'organizzazione di nuovi servizi ed attività.

Customer Satisfaction

La normativa vigente prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative attraverso la comunicazione del proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. Tale soddisfazione viene rilevata attraverso il monitoraggio delle segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché attraverso indagini di Customer Satisfaction ad hoc.

Nel 2021 l'azienda ha ricevuto n. 199 segnalazioni/reclami e n. 66 encomi.

Inoltre la rilevazione della soddisfazione degli utenti viene effettuata, per le prestazioni di natura ambulatoriale e per le degenze, mediante la somministrazione di questionari volti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction). I dati di riepilogo dei questionari relativi ad ogni singola U.O., vengono inseriti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico in una scheda riassuntiva che viene successivamente inviata ad ogni singolo Responsabile dell'U.O. affinché i dati di sintesi ricevuti siano utilizzati come spunti di miglioramento per la propria attività.



A fronte dell'emergenza sanitaria COVID-19, la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia ha deciso di non avviare, fino a nuova data, la rilevazione dei flussi di Customer Satisfaction (procedura in SMAF) e il processo di ricezione del flusso dei reclami e delle azioni di miglioramento (obiettivo previsto DGR 2672 del 16.12.2019).

Nel corso del 2021 è stato attivato lo Sportello URP presso l'Ospedale di Magenta al fine di rispondere alle istanze dei cittadini dell'ambito magentino/abbiatese che necessitano rapidamente di informazioni sull'offerta sanitaria dell'ASST Ovest Milanese.

Performance

Il ciclo di gestione della performance attivato dall'Azienda in questi ultimi anni di esercizio, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009, basato sul "Sistema di misurazione e valutazione della performance", prevede lo sviluppo del processo di valutazione sui tre livelli (aziendale, organizzativo e individuale), secondo le fasi:

1. definizione degli obiettivi

- a) obiettivi di interesse regionali in ordine alla gestione del servizio sociosanitario;
- b) obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
- c) obiettivi di budget assegnati ai Centri di Responsabilità (CdR) su cui è misurata la performance organizzativa;

2. monitoraggio per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi;

3. misurazione e valutazione, nel dettaglio:

- a) della performance aziendale da parte della Regione;
- b) della performance organizzativa – Area dirigenza da parte del Nucleo di Valutazione;
- c) della performance organizzativa – Area comparto da parte del Nucleo di Valutazione;
- d) della performance individuale - Area dirigenza da parte dei valutatori;
- e) della performance individuale - Area comparto da parte dei valutatori.

Definizione degli obiettivi

L'anno 2021 è stato caratterizzato dal perdurare della pandemia, un periodo segnato dal successo dei vaccini, ma anche dallo sviluppo di varianti sempre più contagiose.

La pandemia ha riportato all'attenzione la necessità di intervenire e rinnovare alcuni punti chiave del Servizio Sanitario Nazionale per dare risposta, in termini di servizi integrati, ad una sempre più crescente domanda di salute e bisogni complessi, attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale e lo sviluppo di soluzioni tecnologiche e digitali a supporto dell'assistenza sanitaria in tutti i setting assistenziali.

La realizzazione di tali interventi, che mirano a valorizzare l'assistenza territoriale ed il ruolo del paziente in un approccio "One health", trova applicazione grazie alle risorse finanziarie assegnate



alle singole amministrazioni dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare dalla MISSION 6 Salute che prevede due componenti:

- M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione delle Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.
- M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali.

È in questo contesto in cui si inserisce la riforma sanitaria lombarda, approvata dal Consiglio Regionale il 30 novembre 2021, che si è posta l'obiettivo di mettere a sistema un modello di intervento che integri le strutture preesistenti con quelle introdotte con le risorse del PNRR. Il nuovo assetto porterà al potenziamento dell'assistenza sociosanitaria e sociale territoriale tramite la realizzazione di nuove strutture più vicine al cittadino, appunto le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

A tale scopo, Regione Lombardia, con DGR n. XI/5373 del 11/10/2021 e successivamente con DGR n. XI/5723 del 15/12/2021, ha approvato la localizzazione delle Case di Comunità (CDC), degli Ospedali di Comunità (ODC) e delle Centrali Operative Territoriali (COT) relative alla Missione 6C1 del PNRR.

In particolare, i provvedimenti regionali sopra richiamati, individuano nell'ambito della ASST Ovest Milanese, i terreni e gli immobili da destinare allo sviluppo territoriale dell'area di Legnano, Cuggiono, Magenta e Abbiategrasso.

Il programma di avvio delle strutture individuate avverrà con graduale e progressiva attivazione dei servizi sulla base del cronoprogramma definito da Regione Lombardia, anche attraverso cabina di regia con ATS.

La riforma lombarda, in stretta connessione con il PNRR, prevede che il potenziamento della rete territoriale dovrà essere completato entro tre anni dalla data di entrata in vigore della Legge Regionale del 14 dicembre 2021, n. 22.

Tra le misure portanti per il potenziamento della rete territoriale è prevista l'istituzione dei distretti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. I distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale. I distretti con la direzione sociosanitaria della ASST assicurano l'erogazione delle prestazioni distrettuali e contribuiscono, nell'ambito delle risorse assegnate, alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale. Il potenziamento della rete territoriale prevede come misura altresì l'istituzione presso le ASST del dipartimento di cure primarie e di prevenzione.

Per dare avvio a tutte le azioni necessarie a raggiungere i risultati sopra esposti, Regione Lombardia, con DGR n. XI/5832 del 29/12/2021, ha approvato gli obiettivi dei Direttori Generali rinviando la loro valutazione esclusivamente in relazione al grado di raggiungimento degli adempimenti articolati nella scheda Matrice obiettivi – Indicatori di performance.



In via prioritaria, nel 2022, l'Azienda si impegnerà a mettere in campo tutte le azioni necessarie ad implementare le misure di potenziamento della rete territoriale attraverso il rispetto del cronoprogramma per la realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità e l'istituzione dei distretti, peraltro già avviate nel mese di dicembre 2021, ed ad attuare il Piano di contrasto al Covid-19 attraverso il rispetto delle indicazioni definite da Regione Lombardia in tema di vaccinazioni e tamponi.

Inoltre, in continuità con il 2021, l'Azienda perseguirà l'obiettivo del rispetto dei tempi massimi di attesa dei ricoveri chirurgici, in particolare quelli oncologici e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo i target numerici definiti da Regione Lombardia nella DGR sopra richiamata.

Ancora, in via prioritaria, verrà garantita l'attuazione del Piano di Ripresa 2022 relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, così come definito dalla DGR n. XI/6002 del 21 febbraio 2022 ad oggetto "Determinazioni in merito al Piano per le liste di attesa 2022".

Regione Lombardia, con una serie di provvedimenti, ha definito, infatti, misure specifiche atte a ridurre i tempi di attesa dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In particolare, con DGR n. XI/6279 del 11 aprile 2022, Regione Lombardia ha avviato una sperimentazione di 12 mesi che prevede un ampliamento dell'offerta di prestazioni sanitarie attraverso l'estensione dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali. Dal 7 maggio 2022, l'Azienda ha avviato il progetto sperimentale di 12 mesi, prevedendo l'ampliamento dell'offerta di prestazioni sanitarie ambulatoriali nei giorni festivi nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e nella fascia oraria serale dei giorni feriali, da erogare ai cittadini/assistiti residenti o domiciliati nel territorio di Regione Lombardia.

Questo progetto segue la DGR n. XI/5883 del 24 gennaio 2022 che prevede, a partire dal 1 aprile, un meccanismo di penalizzazione e premialità legato al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni relative ai ricoveri chirurgici oncologici. Questo meccanismo è stato esteso dalla DGR n. XI/6255 del 11 aprile 2022, anche ad altri ambiti:

- prestazioni di specialistica ambulatoriale (diagnostica per immagini: radiologia, neuroradiologia e medicina nucleare), erogate a partire dal 1 luglio 2022.
- prestazioni di ricovero chirurgico programmato non oncologico, erogate a partire dal 1 settembre 2022.
- prestazioni di specialistica ambulatoriale (prime visite), erogate a partire dal 1 settembre 2022.

Con DGR n. XI/ 6387 del 16 maggio 2022, Regione Lombardia ha definito gli indirizzi di programmazione del SSR per l'esercizio 2022 all'interno del quadro economico di finanziamento approvato con la DGR n. XI/5941 del 7 febbraio.

Al fine di garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi regionali, l'ASST declina i medesimi alle strutture aziendali coinvolte mediante il processo di budget.

**Matrice obiettivi ex DGR. n. XI/5832 del 29/12/2021– Indicatori di Performance**

Obiettivi	Classe	Risultati	Indicatori/Modalità di valutazione	Peso	Strutture coinvolte
Piano di contrasto al Covid-19	Prioritario	1-Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari. 2-Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi. 3-Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi.	Rendicontazione mensile: il mancato rispetto dei target stabiliti dall'Unità di Crisi e delle indicazioni della Task Force Tamponi comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	20	Direzione Strategica/UOS Servizio per le vaccinazioni e rapporti con PLS/UOC SITRA/UOC Centrale Servizi/UOC Laboratorio Analisi
Potenziamento rete territoriale	Prioritario	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare.	Rendicontazione bimestrale: il mancato rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	20	Direzione Strategica/UOC Tecnico Patrimoniale/UOC SITRA/UOC Fragilità



Obiettivi	Classe	Risultati	Indicatori/Modalità di valutazione	Peso	Strutture coinvolte
Attuazione legge regionale n. 22/2021	/	1-Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto 2-Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare.	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 2,5 punti.	10	Direzione Strategica
Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Prioritario	1-Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa 2022, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori. 2-Per gli erogatori dotati di sistema di chirurgia robotica rispetto dei target previsti con DGR n. XI/5450 del 3.11.2021. 3-Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.	Rendicontazione quadrimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati quadrimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	15	Direzione Strategica/ UU.OO.CC Direzioni Mediche di Presidio/ UOC Programmazione e Controllo/UOC Centrale Servizi/Dipartimenti Sanitari



Obiettivi	Classe	Risultati	Indicatori/Modalità di valutazione	Peso	Strutture coinvolte
Liste d'attesa	Prioritario	Rispetto del tempo massimo di attesa: - Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%. - Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%. - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti.	20	Direzione Strategica/ UU.OO.CC Direzioni Mediche di Presidio/ UOC Programmazione e Controllo/UOC Centrale Servizi/Dipartimenti Sanitari



Obiettivi	Classe	Risultati	Indicatori/Modalità di valutazione	Peso	Strutture coinvolte
Investimenti	/	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	Rendicontazione trimestrale: il mancato raggiungimento dei risultati trimestrali comporterà una penalizzazione per ciascun periodo di rendicontazione di 5 punti	15	UOC Acquisti e Appalti/UOC Tecnico Patrimoniale/ Ingegneria Clinica
Attività di donazione di organi e tessuti	/	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.	Rendicontazione quadrimestrale Decurtazione 5 Punti sul totale del risultato	0	Direzione Strategica/UU.OO.CC. Direzioni Mediche di Presidio/ Donor Manager
Tempi di pagamento	/	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	Rendicontazione annuale Decurtazione 5 Punti sul totale del risultato	0	UOC Contabilità Generale e Risorse Finanziarie
Trasparenza	/	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza	Rendicontazione annuale Decurtazione 5 Punti sul totale del risultato	0	RPCT Aziendale

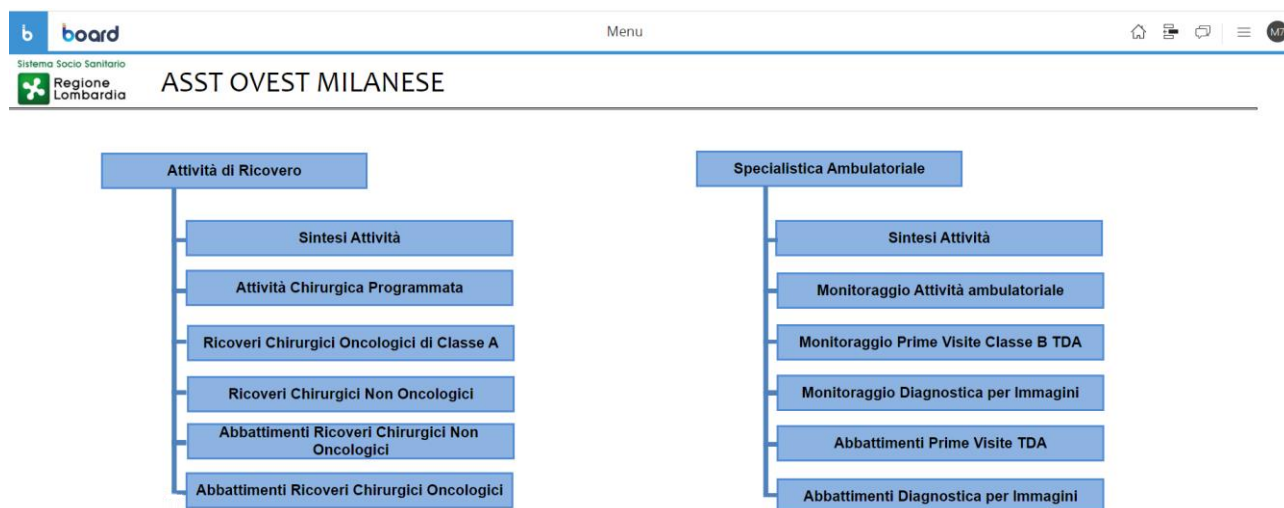


Monitoraggio per lo stato di attuazione degli obiettivi

Nel corso del 2022 l'Azienda, in considerazione dell'evoluzione del quadro pandemico procederà sulla base delle indicazioni pervenute da Regione Lombardia con DGR n. XI/5832 del 29 dicembre 2021 e, successivi provvedimenti intervenuti a:

- Monitorare costantemente la qualità degli indicatori e dei dati raccolti;
- Aggiornare, ove necessario, il presente Piano per assicurare la coerenza con l'evoluzione normativa e nel caso in cui emergessero correttivi in materia di programmazione finanziaria e/o di bilancio e darne eventuale evidenza nella Relazione della Performance – Anno 2023 ai sensi dell'articolo 10, comma 1 del D.lgs. n. 150/2009 e smi.

L'azienda ai fini del monitoraggio degli obiettivi del Direttore Generale ha implementato un cruscotto accessibile alla direzione strategica che viene alimentato e aggiornato con cadenza mensile in corrispondenza dell'invio dei flussi delle SDO e 28SAN.



Gli indicatori implementati sono legati al monitoraggio della produzione e al rispetto dei tempi di attesa delle classi di priorità, sia per i ricoveri elettivi che per l'attività di specialistica ambulatoriale.

Inoltre sono riportate le simulazioni relative agli abbattimenti del rimborso regionale in seguito al non rispetto dei tempi di attesa come previsto nelle DGR n. XI/5883 del 24/01/2022 e DGR n. XI/6255 del 11/04/2022.

Come di consueto, l'Azienda, a seguito della verifica del raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati, procede ad individuare eventuali disallineamenti dei processi rispetto agli indicatori previsti, individuando le necessarie misure di miglioramento.

Misurazione e valutazione

La performance organizzativa si riferisce al contributo che ciascun Centro di Responsabilità (CdR) dà alla performance complessiva dell'Azienda. Si tratta di un momento molto importante del ciclo della performance poiché la misurazione della performance dell'unità organizzativa rappresenta il



collegamento fondamentale per ancorare la misurazione della performance individuale a quella organizzativa. Il raggiungimento dei risultati e la misurazione della performance organizzativa si svolge, quindi, attraverso processi quantitativi/qualitativi di rilevazione, tramite un sistema di monitoraggio che prevede la puntuale misurazione degli indicatori.

L'Azienda si è dotata di una procedura specifica relativa al processo di budget ed ha per oggetto la disciplina del processo di negoziazione del budget e dei connessi obiettivi delle strutture della ASST Ovest Milanese definiti sulla base delle indicazioni nazionali e regionali in cui intervengono diversi attori tra i quali, la Direzione Aziendale, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, la struttura complessa Programmazione e Controllo e i Centri di Responsabilità.

La suddetta procedura è consultabile al seguente link: <http://www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente> - Sistema di misurazione e valutazione della Performance.

In merito alla misurabilità e valutazione finale dei risultati in termini di performance organizzativa, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge un ruolo fondamentale.

L'ASST Ovest Milanese, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, con Deliberazione n. 335 del 30/07/2021, ha nominato il nuovo Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP). Secondo quanto stabilito dal regolamento di funzionamento approvato con provvedimento aziendale n. 454 del 12/11/2021, detto organismo ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso al riguardo alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, alla economicità ed all'efficacia della gestione.

La correlazione tra valutazione della performance, retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell'Area del Comparto e la RSU.

Per quanto riguarda l'anno 2022 si è provveduto:

- per l'Area del Comparto a sottoscrivere in data 01 marzo 2022 specifico accordo in materia di produttività;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità a sottoscrivere in data 16 febbraio 2022 specifico accordo in tema di retribuzione di risultato;
- per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 17 febbraio 2022, specifico accordo in tema di retribuzione di risultato.

Nei predetti accordi si è provveduto, tra l'altro, a quantificare l'entità economica degli specifici fondi, a definire i criteri di ripartizione dei fondi nonché le percentuali di rapporto le percentuali di rapporto tra performance organizzativa e performance individuale, a determinare la maggiorazione del premio individuale per le valutazioni più elevate e a specificare gli strumenti per la valutazione della performance individuale (per quanto riguarda la performance organizzativa la percentuale di raggiungimento degli obiettivi viene validata dal Nucleo di Valutazione).

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all'anno 2021, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come



previsto dai contratti integrativi aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza e con il saldo relativo alla performance individuale.

Per il personale della Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica, così come previsto dal CCNL del 17/12/2020, con deliberazione del Direttore Generale n. 185 del 13/05/2021 è stato approvato – con decorrenza 1/06/2021 – il nuovo Regolamento in materia di incarichi dirigenziali e di valutazione dell'Area delle Funzioni Locali – Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale; il nuovo Regolamento agli artt. 6 e seguenti ha ridefinito la metodologia e gli strumenti di valutazione sia per quanto riguarda la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati che delle capacità/competenze professionali.

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla l. 190/2012 si realizza attraverso un'azione coordinata tra un livello nazionale ed uno decentrato.

La strategia, a livello nazionale, si realizza mediante il PNA adottato da ANAC, il quale costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei propri PTPCT. A livello decentrato, invece, ogni amministrazione o ente definisce un PTPCT predisposto annualmente. Il PTPCT individua il grado di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012).

Il PTPCT è adottato dall'organo di indirizzo su proposta del RPCT, sebbene il Piano abbia durata triennale, deve comunque essere adottato ogni anno entro il 31 gennaio, in virtù di quanto previsto dall'art. 1, co. 8, della l. 190/2012. Il Piano è un documento programmatico, che definisce la strategia di prevenzione dalla corruzione adottata, prevede l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione individuati e indica gli interventi organizzativi predisposti dall'Azienda per la loro prevenzione e risoluzione.

Nella stesura del Piano si è tenuto conto delle linee guida contenute nel PNA, di tutte le prescrizioni poste a tutela della Pubblica Amministrazione, derivanti da norme primarie e secondarie, da provvedimenti collegati e da disposizioni organizzative interne, idonee a garantire tutela da prescrizioni penalmente rilevanti.

Il Piano tiene conto dei principali provvedimenti emessi in materia sanitaria da Regione Lombardia. Importante, infine, è il coordinamento tra il presente Piano e gli altri strumenti di controllo e di verifica già operativi presso questa Azienda.

Il Piano si caratterizza come uno strumento per l'individuazione di misure concrete finalizzate alla prevenzione degli eventi corruttivi, intendendo la nozione di "corruzione" in senso ampio, quale condotta lesiva dei principi di legalità, buon andamento, efficienza ed efficacia indipendentemente dalla sanzione applicata alla violazione, sia essa di natura penale, sia essa civile o amministrativa e disciplinare. L'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione avviene preliminarmente attraverso la mappatura dei processi aziendali.



Con l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nel dare attuazione alla normativa di prevenzione della corruzione, il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, novellando l'art. 10 del d.lgs. 33/2013, ha unificato in un solo strumento, il PTPCT, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità.

I destinatari del Piano sono coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'Amministrazione (art.1, co. 2-bis, l. 190/2012). La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (l. 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, co. 44 della l. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare.

Il Piano deve avere la massima pubblicità e pertanto, deve essere pubblicato sul sito istituzionale dell'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione"

Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC), è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa.

In particolare l'articolo 1, comma 7 prescrive che venga individuato dall'organo di indirizzo di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio. La competenza di tale figura è stata poi rafforzata dal d.lgs. 97/2016 che ha attribuito alla stessa anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n.4 del 10/01/2020 ha disposto il rinnovo dell'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2020/2022 al dirigente amministrativo dr.ssa Marta Guffanti.

Spetta al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre alla Direzione Generale aziendale l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPC), differito - per l'anno 2022 - al 30 aprile.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza provvede alla diffusione del Piano ed alla verifica dell'efficace attuazione dello stesso. Al fine di realizzare una fattiva azione sinergica di prevenzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione potrà avvalersi della collaborazione di Referenti, che saranno individuati da ciascun Dirigente responsabile delle aree a rischio, con il compito di fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione informazioni e collaborazione nel monitoraggio dell'attuazione del Piano.

Spetta inoltre, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre ogni dovuta modifica ed aggiornamento del Piano sia quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, sia quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha anche un ruolo propulsivo sulla formazione del personale in ordine alla diffusione della conoscenza della l. 190/2012 e degli strumenti individuati dalla vigente normativa ai fini di prevenzione della corruzione.

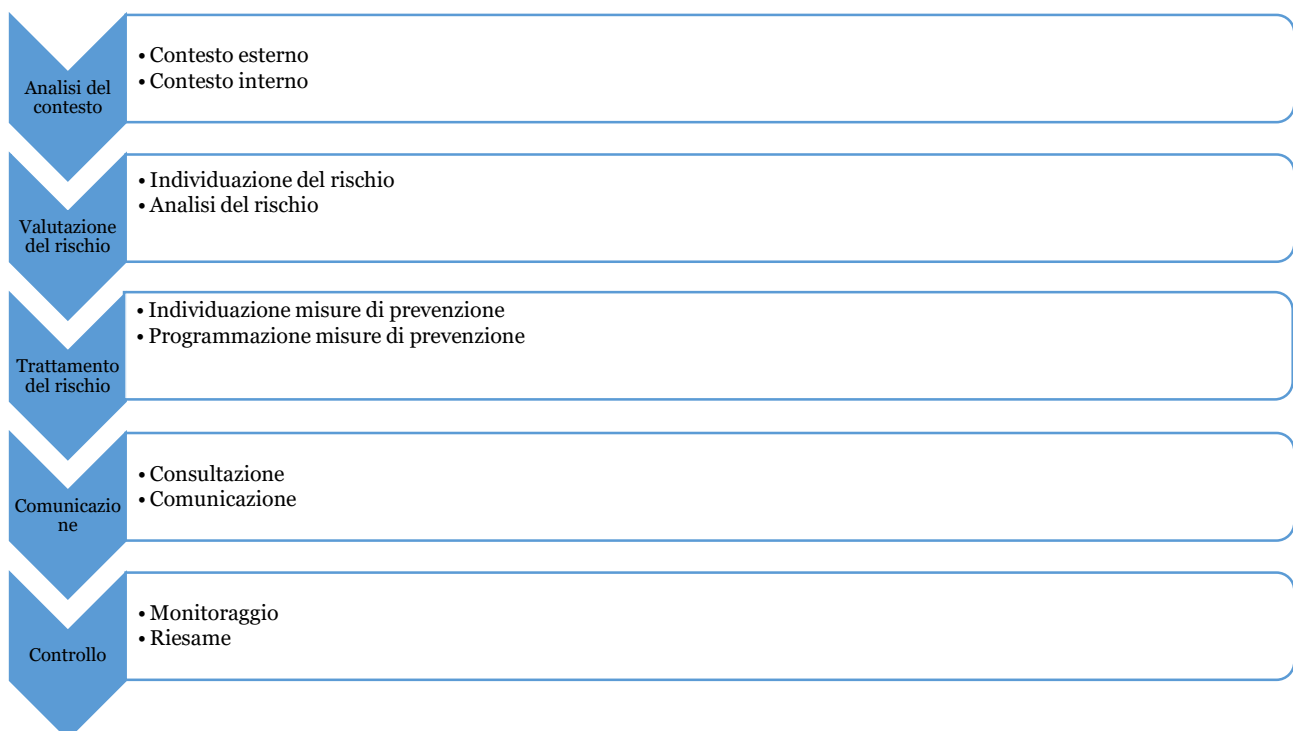
In ultimo, al fine di garantire il sinergico collegamento dei diversi ambiti ed aree considerate a maggior rischio, nelle more di approvazione del POAS, si richiama l'opportunità di costituire il



Comitato di coordinamento dei controlli, presieduto, come auspicato nelle Linee Guida regionali, dal RPCT.

Processo di gestione dei rischi

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.



Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema).

Analisi del contesto

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Si tratta di una fase preliminare indispensabile, se opportunamente realizzata, in quanto consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo anche, e non solo, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e dell'ambiente in cui opera. In



particolare, l'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Da un punto di vista geografico ed economico questa ASST si colloca nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano, suddiviso nei seguenti distretti:

Distretto Abbiatense, con sede nel Comune di Abbiategrasso, comprendente i Comuni di: Abbiategrasso; Besate; Morimondo; Motta Visconti; Ozzero; Albairate; Bubbiano; Calvignasco; Cassinetta di Lugagnano; Cislino; Gaggiano; Gudo Visconti; Rosate; Vermezzo con Zelo. (Popolazione residente 82.343)

Distretto Castanese, con sede nel Comune di Castano Primo, comprendente i Comuni di: Castano Primo; Magnago; Nosate; Robecchetto con Induno; Turbigo; Vanzaghella; Arconate; Bernate Ticino; Buscate; Cuggiono; Inveruno. (Popolazione residente 68.731)

Distretto Legnanese, con sede nel Comune di Legnano, comprendente i Comuni di: Legnano; Rescaldina; Busto Garolfo; Canegrate; Dairago; San Giorgio su Legnano; Villa Cortese; Cerro Maggiore; Nerviano; Parabiago; San Vittore Olona. (Popolazione residente 186.866)

Distretto Magentino, con sede nel Comune di Magenta, comprendente i Comuni di: Boffalora Sopra Ticino; Corbetta; Magenta; Marcallo con Casone; Mesero; Robecco sul Naviglio; Arluno; Bareggio; Casorezzo; Ossona; Santo Stefano Ticino; Sedriano; Vittuone. (Popolazione residente 128.904)

Questa zona riveste particolare rilevanza nel panorama economico nazionale e rappresenta un polo strategico a livello industriale ed imprenditoriale anche per i facili collegamenti vari ed aeroportuali con l'estero. Il Servizio Sanitario Regionale lombardo si contraddistingue per eccellenza dei servizi e delle prestazioni cliniche erogate, che attrae numerosi utenti e pazienti da altre Regioni del Paese che migrano per ricevere cure sanitarie di alta qualità.

L'imprevista diffusione della pandemia da Covid-19 verificatasi nel corso dell'ultimo biennio ha portato il paese in una situazione di emergenza sanitaria che da crisi inizialmente sanitaria è diventata crisi economica e sociale.

Si richiama a tal fine la relazione del secondo semestre 2020 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) che riporta "(.....) Si è operata una celere ricognizione delle principali fonti di rischio legate all'emergenza e sono stati individuati i flussi informativi necessari ad ORAC per supportare gli enti durante la crisi. Le principali fonti di rischio sono state individuate nella gestione e rendicontazione delle rilevanti entrate derivanti da erogazioni liberali, nelle procedure di affidamento in deroga al codice dei contratti, pur consentite dalla legislazione emergenziale, e nelle varianti ai contratti in corso di esecuzione".

Come noto, per fronteggiare le conseguenze pregiudizievoli dovute alla pandemia è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), volto a pianificare la gestione dei finanziamenti



che verranno erogati dall'Unione Europea. In particolare è prevista a favore dell'Italia l'erogazione di 220 miliardi di euro. Data l'ingente somma, che rappresenta un'opportunità fondamentale per il rilancio dell'economia del paese, appare evidente il rischio della diffusione di fenomeni corruttivi. Per questa ragione appare opportuno valutare l'attivazione di specifiche misure di prevenzione e controllo, con riferimento in particolare alla materia degli appalti pubblici e dell'antiriciclaggio. Il decreto legge n. 77/2021 ha disciplinato agli artt. 7 e 8 il meccanismo di controlli sull'attuazione del PNRR attraverso la definizione di strutture a ciò deputate presso le Amministrazioni centrali titolari degli interventi.

Considerato che il quadro operativo per l'attuazione del PNRR si innesta su un sistema amministrativo di prevenzione della corruzione, si pone l'esigenza di un efficace coordinamento che possa garantire il migliore perseguimento degli obiettivi di prevenzione, sia in termini generali sia con mirato riferimento alla realizzazione del PNRR.

A tal proposito, in previsione dell'attuazione degli interventi relativi alla Mission 6 Salute – Componente 1 del PNRR, con particolare riferimento al potenziamento della telemedicina, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e l'Autorità Nazionale Anticorruzione hanno siglato un protocollo che disciplina lo svolgimento dell'attività di vigilanza collaborativa-preventiva, finalizzata a verificare la conformità degli atti di gara per la realizzazione della Piattaforma della telemedicina alla normativa di settore. L'obiettivo è individuare clausole e condizioni volte a prevenire tentativi di infiltrazione criminale. Oltre a quanto sopra, si evidenzia che la condizione di emergenza richiede rapidità e snellezza delle procedure, condizioni difficili da rispettare operando secondo le consuete procedure della pubblica amministrazione che prevedono procedure formali e di verifica preventiva della legittimità di atti e contratti.

E' quindi necessario rivedere processi e procedure per contemperare la legittimità delle azioni con la risposta efficiente e tempestiva all'emergenza, a tutela dell'interesse pubblico.

Tutto ciò espone le Strutture sanitarie ad un rischio medio/alto di fenomeni corruttivi e impone alle stesse di mantenere costantemente un elevato livello di guardia e di introdurre meccanismi dinamici di prevenzione e deterrenza tali da contrastare e impedire detti fenomeni.

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'Azienda, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (mappatura dei processi).

Si rinvia a quanto esposto nei rispettivi paragrafi contenuti nel documento.

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari. Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

Valutazione del rischio

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi.



La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento di Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT. Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali. In particolare i dirigenti, 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 e tutti i dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D. P.R. 62/2013, prestano collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione.

L'ASST Ovest Milanese ha adottato un criterio di mappatura delle aree maggiormente a rischio, ossia quelle che vengono ritenute di significativo impatto sul rischio di commissione di reati, prendendo a riferimento sia la Legge 06 novembre 2012, n. 190 che le indicazioni di cui al PNA.

Nello specifico l'Azienda, oltre alle aree di rischio generali, obbligatorie e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, ha individuato ulteriori aree di rischio specifiche considerato anche il fatto che l'identificazione delle stesse è rimessa all'autonomia e alla responsabilità dell'amministrazione.

Per l'individuazione di queste ultime, l'Azienda ha tenuto conto di tutte le prescrizioni/raccomandazioni pervenute dagli Organi di Controllo di Regione Lombardia, dando attuazione a tutti i rilievi in esse contenute. Il cambiamento di scenario prodotto dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, ha indotto le Pubbliche amministrazioni ad introdurre nuove modalità organizzative e di lavoro diverse da quelle ordinarie. Questo scenario ha reso necessario valutare eventuali nuovi rischi connessi al fenomeno corruttivo, non presenti in situazione di normalità, e prevedere delle ulteriori azioni di prevenzione.

Per ogni processo sono stati individuati i possibili eventi rischiosi, le misure per contrastare il rischio e la relativa responsabilità, le modalità di monitoraggio. L'analisi del livello/grado di rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore, che si determina applicando i precisi criteri e parametri forniti dall'allegato 5 al PNA del 2013. L'utilizzo di tale metodologia ha dato come esito valori di rischio "basso", "medio" e "alto". I risultati della mappatura dei processi e la conseguente analisi di valutazione sono riportati nel Registro dei Rischi.

La valutazione del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholder*. Pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.



La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. La programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale il Piano risulterebbe privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della l. 190/2012. Le misure di prevenzione sono riportate nel Registro dei Rischi.

Controllo

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

È opportuno che l'attività di monitoraggio sia adeguatamente pianificata e documentata in un piano di monitoraggio annuale che dovrà indicare:

- ✓ i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- ✓ le periodicità delle verifiche;
- ✓ le modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT dovrà tener conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del *Whistleblowing* o con altre modalità.

La ASST Ovest Milanese attua l'attività di monitoraggio a più livelli:

- ✓ monitoraggio di primo livello, in capo ai Dirigenti apicali delle strutture organizzative, tenuti ad assicurare, per i procedimenti di rispettiva competenza, la verifica della piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza contenute nel PTPCT ed a segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate;
- ✓ monitoraggio di secondo livello, in capo al RPCT, chiamato a verificare, attraverso la richiesta e l'acquisizione di documenti e informazioni, la funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio";
- ✓ monitoraggio di terzo livello, attraverso l'esecuzione di audit, nelle aree a più alto rischio di corruzione, individuate annualmente nel Piano di Audit.

L'attività di monitoraggio a più livelli, quindi, implica una piena collaborazione dei responsabili degli uffici nei confronti del RPCT. Nel dettaglio, il RPCT, con cadenza semestrale, procede al controllo dello stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nell'Allegato Registro dei Rischi, mediante la richiesta ai responsabili degli uffici della rendicontazione rispetto agli indicatori attraverso relazioni specifiche di periodo.

Coordinamento con altri piani

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che i Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione. L'esigenza



di integrare alcuni aspetti del PTPCT e del Piano della Performance è stata chiaramente indicata dal legislatore.

Così l'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il legame, inoltre, è rafforzato dalle disposizioni contenute nell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 in cui si prevede, in primo luogo, che l'OIV ed altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della Performance e valutino l'adeguatezza dei relativi indicatori; in secondo luogo, che le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione siano utilizzati sempre dagli OIV ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

È dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti già vigenti per il controllo, nonché quelli individuati dal d.lgs. 150/2009 ossia:

- ✓ il Piano e la Relazione annuale sulla Performance (art. 10 del d.lgs. 150/2009);
- ✓ il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150/2009).

Il Piano delle Performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel PTPC, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

Il Nucleo di Valutazione dell'Azienda (con funzioni di O.I.V.) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che nella valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'Anticorruzione e alla trasparenza.

Trasparenza e obblighi di informazione

Con la l. 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

L'art. 1 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" definisce la Trasparenza come "l'accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche."

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il d.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di



applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Di fondamentale importanza per la stesura della presente sezione del Piano, rivestono le seguenti deliberazioni dell'ANAC:

La deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 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";

La deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".

Come disposto dall'art. 10, comma 3 del d.lgs. 33/2013, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali tale per cui, il tema della Trasparenza costituisce obiettivo inserito nel Piano della Performance e posto a carico di ciascun responsabile di unità operativa che detiene dati oggetto di pubblicazione.

I dati oggetto di pubblicazione sul sito internet aziendale sono quelli declinati dal d.lgs. 33/2013 e delle linee guida ed analiticamente e puntualmente elencati nella griglia allegata alla delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016.

In ossequio a quanto disposto dalla normativa citata, è stata inserita nella home page del sito istituzionale dell'Azienda:

www.asst-ovestmi.it

una sezione denominata "Amministrazione Trasparente". Tale sezione è stata suddivisa, così come richiesto dal d.lgs. 33/2013, nelle sotto-sezioni espressamente richiamate da detto decreto legislativo. All'interno di ciascuna sotto-sezione sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

L'Azienda è tenuta ad assicurare la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza, è l'indicazione dei nominativi dei soggetti e uffici responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni.

Tutti i documenti pubblicati devono riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato. Ogni soggetto dell'Azienda, in qualità di "Fonte Responsabile", fornirà i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto e accessibile. L'aggiornamento dei dati contenuti nella



sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. La struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale entro tre giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta.

Attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli Stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La verifica periodica della Sezione Trasparenza, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli Stakeholder.

Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengono anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, la l. 190/2012 contiene riferimenti al formato aperto (art. 1, commi 32, 35 e 42). In particolare, il comma 35 stabilisce che "per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la ridistribuzione senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità".

L'Azienda, al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, si impegna ad un progressivo allineamento alle previsioni normative, avendo come riferimento le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, in particolare le sezioni relative agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati, e i documenti tecnici della ANAC.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 8, comma 3 del d.lgs. 33/2013, sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative.

Un' importante modifica è quella apportata all'art.8 comma 3 dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini stabiliti dall'art.14, comma 2 e art. 15, comma 4, gli atti e i dati non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno.

Responsabilità e misure organizzative

La modifica apportata all'art.1 comma 7 della l. 190/2012 dal d.lgs. 97/2016, in cui si è previsto che siano assegnate ad un unico soggetto le due responsabilità, comporta che il RPCT dovrà svolgere la regia complessiva della predisposizione del PTPC, in costante coordinamento con le strutture dell'amministrazione. Al Responsabile sono attribuiti i le funzioni previste dall'art.43 del d.lgs. 33/2013, così modificato dall'art.34 del d.lgs. 97/2016 e nello specifico svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.



Spetta ai Dirigenti responsabili/referenti delle unità operative individuate adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti dal presente PTPC.

In particolare, i Dirigenti, nell'esercizio della propria funzione di responsabile del procedimento:

- ✓ Curano la selezione, la raccolta dei dati da pubblicare ed il successivo invio degli stessi all'unità operativa preposta all'aggiornamento del sito internet aziendale;
- ✓ Garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- ✓ Garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- ✓ Controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico istituito regolamentato dall'art.5 del presente decreto;
- ✓ Partecipano alle iniziative di formazione sul tema della trasparenza e curano la formazione sul tema del proprio personale, promuovendo la diffusione della conoscenza delle norme di riferimento e la cultura della trasparenza all'interno della propria unità operativa.

Ciascun Responsabile avrà la facoltà di individuare un "Titolare della funzione operativa", ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta e pubblicazione dei dati, dandone comunicazione al Responsabile per la Trasparenza. Il Responsabile svolge le proprie funzioni in stretto raccordo con i Responsabili per materia, dei Sistemi Informativi, i Responsabili del sito istituzionale e della Comunicazione al fine di costantemente garantire l'efficacia dell'azione e il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

L'OIV ha il compito di verificare la coerenza degli obiettivi di trasparenza con quelli indicati nel Piano delle Performance, valutando l'adeguatezza degli indicatori ivi contenuti e di tenere conto dell'apporto delle diverse strutture alla attuazione del Programma Trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa, sia individuale, del Responsabile e dei Dirigenti degli uffici deputati a mettere a disposizione i dati.

L'organismo di valutazione è altresì tenuto a fornire attestazione all'ANAC circa le verifiche dalla stessa richieste sugli adempimenti dell'Azienda.

Per l'anno 2022 l'attestazione a cura del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni è avvenuta nella seduta del 14/06/2022.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il responsabile non risponde se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Accesso civico e Accesso generalizzato

L'Accesso civico è disciplinato dall'art. 5, comma 1 del d.lgs. 33/2013. Si tratta di uno strumento che la normativa fornisce ai cittadini per ottenere dalla Pubblica Amministrazione il rispetto dell'obbligo di pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti dal Decreto stesso.



La richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione circa il soggetto che vi fa ricorso, è gratuita e non richiede motivazione. La richiesta di accesso civico riguarda esclusivamente i casi previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e non può comportare l'obbligo per la Azienda di pubblicare informazioni diverse, peraltro ottenibili con altre modalità. Essa si realizza mediante la presentazione di richiesta scritta indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza avente ad oggetto "Accesso Civico" (trasparenza@ASST-ovestmi.it), in alternativa: direttamente con consegna al Protocollo Aziendale (protocollo@pec.ASST-ovestmi.it), in entrambe le ipotesi la richiesta di accesso dovrà essere corredata di copia del documento di identità richiedente.

Nella sezione Trasparenza del sito aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.1 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

La richiesta di accesso deve essere riscontrata dall'Amministrazione entro 30 giorni, con risposta scritta, ovvero con pubblicazione diretta dei dati richiesti, fermo restando il rispetto delle regole di cui alla normativa sulla privacy.

L'Accesso civico generalizzato introdotto con il d.lgs.97/2016. Esso riguarda i dati ed i documenti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, detenuti dall'Amministrazione; può essere avanzata da chiunque, senza necessità di specifica legittimazione e senza obbligo di motivazione.

Si tratta di un diritto, che deve essere esercitato nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso deve essere presentata all'Ufficio o Servizio che detiene i dati o i documenti di interesse. Qualora tale informazione non sia nota, la richiesta può essere presentata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (protocollo@pec.ASST-ovestmi.it), che la inoltra alla struttura competente.

Nella sezione Trasparenza del sito aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.2 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

È stato istituito a cura dell'UOC Affari Generali e Legali il registro degli accessi i cui esiti sono pubblicati con cadenza semestrale, nella sezione Trasparenza- dati ulteriori-accesso civico.

Il Responsabile Protezione Dati (RPD) costituisce per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento anche per il RPCT anche se non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Ad esempio, nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato, che per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise come disposto dall'art. 5 comma 7, del d.lgs. 33/2013, dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali. In questi casi se ritenuto necessario, il RPCT secondo quanto disposto dal PNA 2019 può avvalersi limitatamente a profili di carattere generale, di un supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra uffici.

Questa Azienda nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore generale n.42 del 1 febbraio 2018.



Organizzazione e capitale umano

Piano organizzativo del lavoro agile

L'art. 14 della Legge nr. 124 del 07 agosto 2015, in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche e la L. nr. 81 del 22 maggio 2017 *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”*, hanno disciplinato nell'ordinamento italiano una nuova modalità di svolgimento della prestazione lavorativa denominata smart working, di seguito anche "lavoro agile".

Il lavoro agile è un metodo di lavoro dinamico, attraverso il quale il dipendente può svolgere la propria attività lavorativa al di fuori dell'Azienda, gestendo in maniera autonoma il proprio tempo, concentrandosi al meglio nello svolgimento dei propri compiti e con lo scopo di favorire un miglior equilibrio tra vita privata e professionale.

In particolare:

- il predetto art. 14 ha stabilito che: *le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. L'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente comma costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche. Le amministrazioni pubbliche adeguano altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associati.*
- l'art. 18 della Legge 81/2017, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ha promosso il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di 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, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il DPCM 4 marzo 2020 e la Direttiva Ministro per la PA 1/2020, in forza della sopra indicata normativa e al fine di meglio contrastare l'emergenza Covid-19, hanno stabilito le indicazioni per l'attivazione e adozione dello smart working nella fase emergenziale.

L'ASST Ovest Milanese, nel corso del 2020 al fine di contrastare e contenere la pandemia COVID-19, così come previsto dalla normativa intervenuta in materia di emergenza epidemiologica da



COVID, ha provveduto ad attivare la modalità di lavoro agile – smart working, dandone informativa anche alle OO.SS. e alla RSU.

In particolare, a partire dal mese di marzo 2020, si è provveduto a coinvolgere i Dirigenti Responsabili delle Strutture interessate nell'effettuazione della mappatura delle attività che potevano essere svolte in modalità agile (deliberazione Direttore Generale n. 135 del 16/04/2020); in seguito, così come dettato dai DPCM vigenti e dalle circolari di Funzione Pubblica, sono stati individuati i dipendenti che – su base volontaria – hanno aderito allo smart working e sono state predisposte le modalità organizzative ed operative per l'effettuazione del lavoro agile.

La gestione e l'attività di monitoraggio rispetto al lavoro agile è stata demandata ai singoli Dirigenti Responsabili di Struttura.

Tale attività, nell'anno 2020, ha coinvolto n. 215 dipendenti appartenenti alla Dirigenza PTA, alla Dirigenza Sanitaria non Medica, al personale Sanitario, Tecnico ed Amministrativo del Comparto; tale coinvolgimento rappresenta il 30% circa del personale appartenente alle predette aree.

Con il Decreto del 23 dicembre 2020, il Ministro per la pubblica amministrazione ha prorogato al 31/01/2021 le disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante “*Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale*” e, successivamente, il Decreto Legge n. 183 del 31/12/2020 (c.to Mille Proroghe), ha disposto la proroga al 31 marzo dei termini di cui all'art. 263, comma 1 del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Nel corso del 2021 l'Azienda ha mantenuto, ove necessario, le modalità organizzative ed operative per l'effettuazione del lavoro agile, attivate nel 2020 così come la gestione e l'attività di monitoraggio rispetto al lavoro agile, che sono state confermate in capo ai singoli Dirigenti Responsabili di Struttura. Tale attività, nell'anno 2021, ha coinvolto n. 168 dipendenti appartenenti prevalentemente all'Area del Comparto, che rappresenta il 5 % circa del personale appartenente alla predetta Area.

Nel corso del 2022 l'Azienda, sulla base delle disposizioni normative vigenti, ha continuato a garantire, con particolare riferimento ai lavoratori fragili, le modalità di lavoro agile definite ed attuate nel corso del 2020 e 2021.

Definizione di una proposta di modello permanente di smart working

Si richiama il Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021, ad oggetto “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle PP.AA”, in particolare art.1, comma 3 che demanda la definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile alla contrattazione collettiva (CCNL).

L'ASST Ovest Milanese, nelle more di quanto sopra, nell'ottica di sviluppare una proposta che permetta l'adozione dello smart working quale modalità permanente di governo e sviluppo delle risorse umane, intende perseguire le seguenti fasi:

- definizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da risorse interne, che comprenda l'insieme delle conoscenze e competenze necessarie per una regia attenta al raggiungimento del risultato prefissato e al coordinamento delle risorse. In tale gruppo devono essere ricomprese competenze quali l'organizzazione e il change management, l'innovazione e sviluppo ICT, formazione, controllo di gestione, sicurezza sul lavoro e comunicazione;



- valutazione dell'esperienza pregressa rispetto a forme di lavoro a distanza, attraverso momenti di confronto con altri soggetti pubblici;
- analisi del contesto interno;
- raccolta ed elaborazione delle informazioni in merito al fabbisogno aziendale, ai bisogni dei dipendenti nonché analisi sulla più recente normativa in materia;
- individuazione degli obiettivi del progetto e degli indicatori di valutazione;
- elaborazione della documentazione relativa ai controlli di sicurezza, agli aspetti contrattuali, alla gestione riservatezza dei dati e alle specifiche INAIL;
- verifica degli strumenti tecnologici esistenti e definizione della dotazione informatica necessaria;
- definizione del cronoprogramma per la realizzazione del progetto nonché per il suo monitoraggio, sia per quanto riguarda la realizzazione che i risultati raggiunti.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

L'art. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 prevede l'adozione, da parte di ciascuna Pubblica Amministrazione, del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che viene adottato annualmente al fine di recepire eventuali modifiche legate alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

Il PTFP si basa sull'assunto fondamentale di coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, pertanto, i costi ivi rappresentati, che hanno carattere programmatorio, devono essere compatibili con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale.

PTFP deve essere determinato nel rispetto delle risorse assegnate annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e servizi". Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi. Inoltre il PTFP deve considerare anche le eventuali esternalizzazioni di servizi autorizzate dalla DG Welfare.

Il Piano triennale dei fabbisogni riporta per ogni anno:

- Il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia esso strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- Il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale;
- La dotazione organica (espresso in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, che include anche il personale previsto nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Con deliberazione nr. 108 del 17.03.2022, integrata dalla deliberazione n. 184 del 04.05.2022, è stato approvato in via definitiva il piano triennale dei fabbisogni di personale 2021-2023 di questa ASST; la Giunta Regionale, con deliberazione nr. XI/6062 del 07.03.2022, nell'approvare il Piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2021-2023 dell'ASST Ovest Milanese ha stabilito che:

- per l'anno 2021, la dotazione organica e FTE rispettano il reale andamento dell'attività ordinaria e dell'attività COVID e i costi sono allineati con il bilancio di assestamento 2021;



- per l'anno 2022:
 - il limite economico relativo alla attività ordinaria deve essere ricondotto ai valori del Decreto della Presidenza nr. 1492 dell'11.02.2022;
 - la dotazione organica 2022 deve essere ricondotta a quella presentata per l'anno 2021 nei PTFP 2020 – 2022, già approvati con specifiche DGR, ovvero in linea con l'anno 2022 dello stesso PTFP 2020 – 2022, se inferiore al 2021, come da indicazioni riportate nelle modalità di compilazione del PTFP 2021 – 2023 di cui alla DGR 5658/2021;
 - la programmazione dell'attività COVID presentata nel PTFT 2021-2023 sarà riconosciuta solo se strettamente necessaria per far fronte all'emergenza e al programma vaccinale, per il periodo deliberato dal Consiglio dei Ministri;
- il Piano, essendo uno strumento programmatico, flessibile e rimodulabile annualmente, potrà essere adeguato per il triennio 2022-2024 anche a seguito delle eventuali indicazioni normative e/o direttive regionali che interverranno in materia di PTFP;
- entro dieci giorni dall'approvazione del Piano da parte della Regione, ciascuna Azienda dovrà provvedere con apposito provvedimento alla sua adozione in via definitiva e alla successiva trasmissione ai competenti Uffici della Direzione Generale Welfare.

Di seguito, si riportano le relative tabelle:



PTFP 2021		ORDINARIO						COVID						RICERCA	
	ruolo	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario
FTE															
1	DIRIGENZA MEDICA	S	654,6	-	28,1	-	9,4	-	1,1	-	-	-	4,5	5,9	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	60,9	-	3,9	-	28,4	-	0,8	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	16,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTALE DIRIGENZA		739,9	-	32,0	-	35,8	-	2,1	-	-	-	4,5	5,9	-
	PERSONALE INFERMERISTICO	S	1.667,1	-	-	1,7	-	-	14,2	-	-	-	0,1	0,8	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	214,6	-	-	-	1,0	-	0,2	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	12,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	155,7	-	-	-	13,8	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	39,5	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-
3	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	238,6	-	-	8,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	531,3	-	-	6,0	-	-	13,8	-	-	-	-	-	-
	AUSILIARI	T	31,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	338,2	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTALE COMPARTO		3.230,7	-	-	17,0	14,8	-	28,5	-	-	-	6,1	0,8	-
	TOTALE COMPLESSIVO		3.970,6	-	32,0	17,0	50,6	-	30,6	-	-	-	4,7	6,7	-

COSTI															
1	DIRIGENZA AREA SANITA'		79.411.041	-	2.117.044	-	1.378.000	-	156.741	-	-	-	265.890	369.909	-
2	DIRIGENZA PTA		2.036.577	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTALE DIRIGENZA		81.447.618	-	2.117.044	-	1.378.000	-	156.741	-	-	-	265.890	369.909	-
3	COMPARTO SANITA'		139.661.024	-	-	637.209	422.000	-	934.696	-	-	-	6.267	37.132	-
4	COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTALE COMPARTO		139.661.024	-	-	637.209	422.000	-	934.696	-	-	-	6.267	37.132	-
	TOTALE COMPLESSIVO		221.008.642	-	2.117.044	637.209	1.800.000	-	1.091.436	-	-	-	272.127	407.040	-

DOTAZIONE ORGANICA 2021		DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
	ruolo	TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA
TESTE						
1	DIRIGENZA MEDICA	S	649	-	-	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	62	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	16	-	-	-
	TOTALE DIRIGENZA		735	-	-	-
	PERSONALE INFERMERISTICO	S	1.762	38	2	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	220	-	-	-
	PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	S	13	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	160	-	3	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	44	-	8	-
3	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	243	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	553	-	5	-
	AUSILIARI	T	34	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	3	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	369	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-
	TOTALE COMPARTO		3.401	38	16	-
	TOTALE COMPLESSIVO		4.136	38	16	-



PTFP 2022			RUOLO	ORDINARIO						COVID						RICERCA	
1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN		4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario	3 - Convenzionato ACN	4 - Somministrazione lavoro	5 - Incarichi di lavoro autonomo	6 - Co.co.co.	1 - Dipendente	2 - Convenzionato universitario			
FTE																	
1	DIRIGENZA MEDICA	S	714,0	-	30,3	-	10,9	-	2,0	-	-	-	4,5	5,9	-	-	
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA SANITARIA	S	82,3	-	3,9	-	30,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA TECNICA	T	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	17,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	TOTALE DIRIGENZA		892,9	-	34,2	-	41,3	-	2,0	-	-	-	4,5	5,9	-	-	
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.746,5	-	-	1,7	-	-	-	-	-	-	0,1	0,8	-	-	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	222,6	-	-	-	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE VIGILISPEZIONE	S	17,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	178,0	-	-	-	18,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ASSISTENTI SOCIALI	T	45,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	247,0	-	-	15,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	556,0	-	-	5,3	-	-	12,0	-	-	-	-	-	-	-	
	AUSILIARI	T	33,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	346,0	-	-	9,6	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTALE COMPARTO			3.393,1	-	-	31,7	17,4	-	13,0	-	-	-	0,1	0,8	-	-	
TOTALE COMPLESSIVO			4.196,0	-	34,2	31,7	58,6	-	15,0	-	-	-	4,7	6,7	-	-	

COSTI

1	DIRIGENZA AREA SANITA'		81.370.199	-	2.226.257	-	1.573.000	-	128.223	-	-	-	265.860	369.909	-	-
2	DIRIGENZA PTA		1.947.245	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			83.317.444	-	2.226.257	-	1.573.000	-	128.223	-	-	-	265.860	369.909	-	-
3	COMPARTO SANITA'		143.431.594	-	-	1.095.187	482.000	-	398.151	-	-	-	6.267	37.132	-	-
4	COMPARTO SANITA' - RUOLO RICERCA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			143.431.594	-	-	1.095.187	482.000	-	398.151	-	-	-	6.267	37.132	-	-
TOTALE COMPLESSIVO			226.749.038	-	2.226.257	1.095.187	2.055.000	-	526.374	-	-	-	272.127	407.041	-	-

DOTAZIONE ORGANICA 2022	RUOLO	DIPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI			
		TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)

TESTE

1	DIRIGENZA MEDICA	S	731	-	-	7	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	63	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	18	-	-	-	-
	TOTALE DIRIGENZA		822	-	-	7	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.834	75	4	21	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	233	-	2	-	-
	PERSONALE VIGILISPEZIONE	S	18	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	185	-	14	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	46	-	6	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	258	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	563	-	6	-	-
	AUSILIARI	T	34	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	3	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	A	384	-	-	-	-
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	P	-	-	-	-	-
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			3.558	75	32	21	-
TOTALE COMPLESSIVO			4.380	75	32	28	-

[illegible]

COSTI

[illegible]

DOTAZIONE ORGANICA 2023	TUGO	DEPENDENTI E CONVENZIONATI UNIVERSITARI				
		TOTALE	... di cui INFERMIERE DI FAMIGLIA (DL 34 art.1)	... di cui ADI (DL 34 art.1)	... di cui TERAPIE INTENSIVE (DL 34 art.2)	... di cui RICERCA

TESTE

1	DIRIGENZA MEDICA	S	731	-	-	7	-
	DIRIGENZA VETERINARIA	S	-	-	-	-	-
	DIRIGENZA SANITARIA	S	63	-	-	-	-
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	S	4	-	-	-	-
2	DIRIGENZA PROFESSIONALE	P	4	-	-	-	-
	DIRIGENZA TECNICA	T	2	-	-	-	-
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	A	18	-	-	-	-
TOTALE DIRIGENZA			822	-	-	7	-
3	PERSONALE INFERMIERISTICO	S	1.834	75	4	21	-
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	S	233	-	2	-	-
	PERSONALE VIGIL ISPEZIONE	S	18	-	-	-	-
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	S	195	-	14	-	-
	ASSISTENTI SOCIALI	T	46	-	6	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	T	258	-	-	-	-
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	T	563	-	6	-	-
	AUSILIARI	T	34	-	-	-	-
	ASSISTENTE RELIGIOSO	P	3	-	-	-	-
	PERSONALE AMMINISTRATIVO-INFORMAZIONE	P	384	-	-	-	-
4	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	R	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO			3.558	75	32	21	-
TOTALE COMPLESSIVO			4.380	75	32	28	



Piano formativo aziendale

Nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Ovest Milanese, l'ambito formativo è posto in capo all'Ufficio Formazione, afferente alla UOC Gestione Risorse Umane. L'ASST Ovest Milanese è accreditata come Provider ECM/CPD presso Ente Regione con il codice 7171.

L'Ufficio Formazione opera nell'ottica delle strategie formulate dalla Direzione Aziendale, persegue come obiettivi il miglioramento dei propri livelli d'efficienza ed efficacia, risponde esaurientemente, in base alle proprie caratteristiche e potenzialità alle domande dei dipendenti aziendali, analizzandone i bisogni e il gradimento dei prodotti offerti nell'ottica del continuo accrescimento della soddisfazione delle parti interessate. Si assume inoltre l'impegno di mettere in sicurezza le attività risultate critiche dall'analisi dei processi, di monitorarle nel tempo e di attivare, quando possibile, gli interventi di miglioramento al fine di accrescere la capacità di governo dei processi.

L'Ufficio Formazione, coadiuvato dal Comitato Tecnico Scientifico, si occupa dell'analisi dei bisogni, della progettazione, della realizzazione e della valutazione dell'attività formativa quale strumento privilegiato per lo sviluppo professionale del personale in quanto a conoscenze, competenze tecnico-scientifiche, competenze relazionali, consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità.

La formazione continua concorre alla crescita di tutto il sistema salute consentendo di offrire ai professionisti percorsi per accrescere le proprie competenze, così da rispondere in maniera appropriata alle richieste dei cittadini in termini di salute.

A questo scopo, l'Ufficio Formazione predispone annualmente il Piano delle attività di formazione del personale che per l'anno 2022 è stato approvato con Deliberazione n.103 del 10/03/2022.

L'analisi del fabbisogno formativo per l'anno successivo – il cui processo è descritto nelle Procedure richieste dal Sistema Qualità – viene condotta dall'Ufficio Formazione dopo aver esaminato i dati di esito e lo stato di attuazione del piano formativo dell'anno in corso (svolgimento effettivo degli eventi, eventuali criticità, risultati di apprendimento e di gradimento della formazione programmata) e dopo aver definito, in collaborazione con la Direzione Strategica, le tematiche formative ritenute strategiche e prioritarie entro le quali declinare le iniziative formative.

L'Ufficio Formazione trasmette ai Direttori di Dipartimento e ai Responsabili degli Uffici di Staff la scheda di raccolta del fabbisogno formativo unitamente agli obiettivi formativi e strategici di cui sopra e ai criteri da utilizzare per la strutturazione delle proposte formative (esempio: numero massimo di iniziative, tipologie, grado di priorità, ecc.). La valutazione delle proposte ricevute viene condotta dall'Ufficio Formazione con particolare riguardo al rispetto degli obiettivi e dei criteri indicati ed ove necessario si richiede di apportare modifiche/integrazioni.

Al Comitato Tecnico Scientifico spetta il compito di valutare il Piano Formativo e di approvarlo sia in prima seduta che dopo aver richiesto e valutato ulteriori modifiche/integrazioni. Dopo la comunicazione al Sindacato Aziendale, il Piano viene deliberato e trasmesso a Ente Regione attraverso il portale ECM.

La realizzazione del Piano formativo approvato testimonia la capacità progettuale in ambito formativo, ma è importante sottolineare l'importanza della capacità di rispondere in maniera efficace e puntuale alle nuove esigenze formative che si possono presentare in corso d'anno, eventualità che la gestione dell'emergenza Covid-19 ha reso sempre più reale.



Per questo motivo, l'Ufficio Formazione esamina, verifica e valida, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico, tutte le iniziative che vengono proposte Fuori Piano.

Le tematiche approvate per l'anno 2022, identificate anche sulla base delle indicazioni ministeriali e regionali nonché dei fabbisogni aziendali, sono le seguenti:

1. TEMATICHE AZIENDALI E REGIONALI:

1.1. Gestione del paziente cronico e fragile:

- formazione sul campo
- comunicazione efficace
- modelli organizzativi e gestionali

1.2. Telemedicina

1.3. Applicazione D.M. 70/2015

1.4. Il modello delle reti: reti di offerta e reti territoriali

1.5. Politiche di governo e sviluppo delle risorse umane

1.6. La comunicazione, il benessere organizzativo e la gestione dei conflitti

1.7. Sviluppo del PNRR

1.8. Revisione L.R. 23/15

1.9. Piano regionale della prevenzione – vaccinazioni

1.10. La nuova rete dei servizi sociosanitari territoriali

1.11. Le basi del Rischio Clinico: da un approccio relativo a un approccio proattivo (Safety I e Safety II)

1.12. Organizzazione e gestione della documentazione aziendale

2. TEMATICHE PROFESSIONALI:

2.1. Addestramenti su tecniche specifiche

2.2. Ricerca e innovazione

2.3. La ventilazione e sviluppo competenze cliniche e organizzative nell'assistenza al malato pneumologico

2.4. La corretta gestione delle infezioni e della terapia antibiotica

3. TEMATICHE DI SISTEMA E NORMATIVE:

3.1. Radioprotezione

3.2. Sicurezza dei lavoratori e dei luoghi di lavoro

3.3. Fine vita, etica e trapianti

3.4. Gestione emergenza intraospedaliera ed extraospedaliera

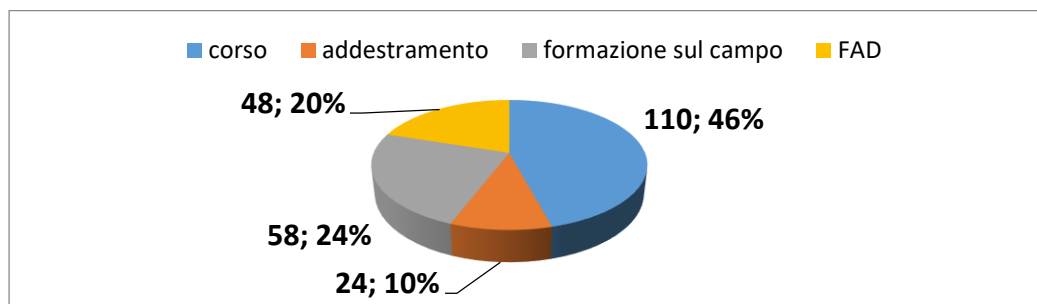
3.5. Procedure per l'appropriatezza del setting assistenziale dal PS ai reparti e tra reparti

3.6. Innovazione farmacologica, nuove tecnologie e raccomandazioni ministeriale



3.7. SGQ: sistemi di gestione per la qualità

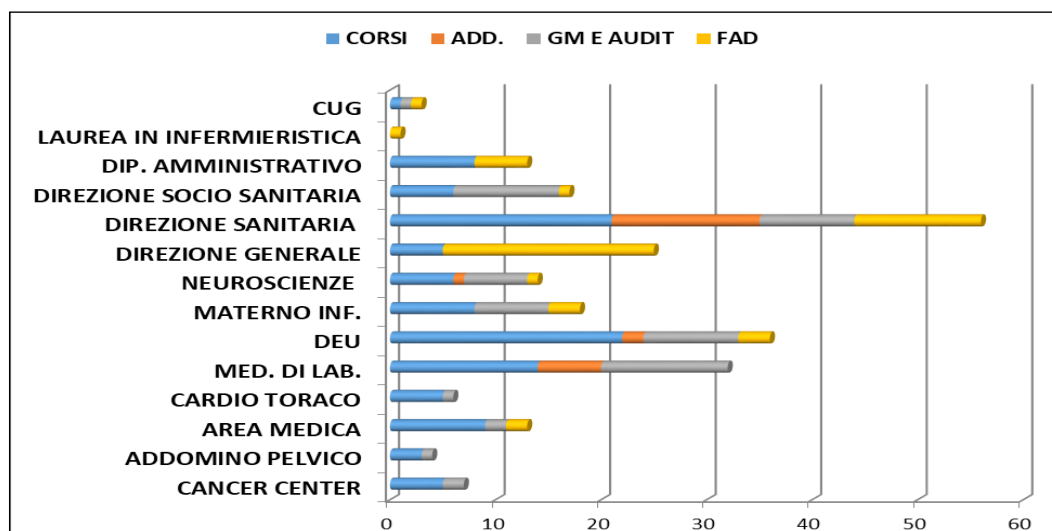
Il Piano di Formazione anno 2022, approvato dal Comitato Tecnico Scientifico viene sintetizzato nella metodologia formativa e nel numero di proposte approvate, come di seguito riportato:



Come si evince dal grafico, una percentuale significativa delle iniziative viene erogata in modalità FAD.

Infatti nell'anno 2021, per rispondere adeguatamente alle nuove esigenze formative ed alla loro erogazione, sorte anche a seguito dell'emergenza pandemica Covid-19, l'Ufficio Formazione ha provveduto ad implementare l'utilizzo della piattaforma Moodle che viene gestita autonomamente nelle fasi di progettazione, realizzazione, erogazione, valutazione. Nell'anno 2022 è stato acquistato ed implementato anche il pacchetto Scorm che ha consentito di progettare e strutturare percorsi FAD sempre più interattivi ed efficaci.

Le iniziative formative sono state presentate da tutti i Dipartimenti/Servizi/Uffici di Staff, come di seguito rappresentato e coinvolgono tutte le professioni sanitarie presenti in Azienda:



Il Piano Formativo 2022 registra un budget di Euro 163.870,00 comprensivo del finanziamento regionale relativo al progetto dell'area delle Malattie Infettive in materia di L.R. 135/90, per docenza ed organizzazione del corso.



La valorizzazione delle risorse umane viene realizzata anche attraverso la partecipazione del personale ad iniziative di aggiornamento fuori sede che si suddividono in obbligatorie, facoltative e sponsorizzate sia in presenza che a distanza e che risultano essere di particolare interesse per l'organizzazione.

In particolare si segnalano l'adesione all'iniziativa proposta da Polis Lombardia per la formazione di Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) ed il corso di formazione proposto da Regione Lombardia in collaborazione con AREU per formatori in Triage intraospedaliero. Allo stesso modo, sulla base del regolamento approvato con Deliberazione n.118 del 18/04/2018, vengono gestite anche le partecipazioni ad eventi sponsorizzati: nell'anno 2021 le partecipazioni sono state n.181 per la Dirigenza e n.30 per il comparto.

L'Ufficio Formazione gestisce e coordina tutte le attività amministrative nonché di rapporto con Istituti, Scuole ed Università, finalizzate allo svolgimento di stage e tirocini curriculari e professionalizzanti, attraverso la stesura e sottoscrizione di appositi rapporti convenzionali. Nell'anno 2021 risultavano attive convenzioni con le seguenti Università, sia statali che private e con Enti di qualificazione professionale:

- ✚ HUMANITAS
- ✚ UNIV.DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE
- ✚ UNIV.SAN RAFFAELE
- ✚ UNIV. DI PAVIA
- ✚ UNIV. DEGLI STUDI DI BRESCIA
- ✚ UNIV.DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
- ✚ ASST 7 LAGHI – UNIV.INSUBRIA
- ✚ UNIV. DEGLI STUDI DI MILANO
- ✚ UNI. TELEMATICA PEGASO
- ✚ UNIV.TELEMATICA E CAMPUS
- ✚ UNI. BICOCCA MILANO
- ✚ FOND.DON GNOCCHI
- ✚ IRCCS CA GRANDA
- ✚ UNI.CATTOLICA MILANO
- ✚ UNIV. CATTOLICA ROMA FOND POLIAMBULANZA
- ✚ UNIV. UNITELMA ROMA
- ✚ UNIV. LUM
- ✚ UNIV. DI CAGLIARI
- ✚ IRCCS IEO
- ✚ ASST FATEBENE FRATELLI - SACCO
- ✚ UNIV. DEGLI STUDI DI PARMA
- ✚ UNIV. CATTANEO LIUC
- ✚ UNIV. UNICAMILLUS



SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI IN PSICOTERAPIA E IN PSICOLOGIA COGNITIVA

ENTI PER CORSI OSS E RIQUALIFICAZIONE ASA OSS

L'Ufficio Formazione considera poi una risorsa preziosa per l'aggiornamento continuo del personale la possibilità di consultare costantemente la documentazione scientifica attraverso l'adesione al circuito SBBL (Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo) e alla conseguente gestione della rete bibliotecaria, la diffusione delle modalità di accesso a tutti i professionisti appartenenti alle strutture aziendali e la formazione finalizzata alla promozione dell'utilizzo della rete bibliotecaria biomedica.

Piano di Azioni positive

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) dell'ASST Ovest Milanese istituito con deliberazione n. 434 del 28 ottobre 2021, come previsto dalla vigente normativa in materia e, in particolare, dalla direttiva 26 giugno 2019 recante "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle pubbliche amministrazioni", ha predisposto il Piano di Azioni Positive per il triennio 2022-2024.

Tale piano è stato pensato ed elaborato partendo dal presupposto che la promozione della parità e delle pari opportunità in Azienda, necessita innanzitutto di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione di azioni concrete che tendano a sviluppare una cultura organizzativa di qualità volta a promuovere il rispetto della dignità delle persone all'interno dell'Azienda.

Sulla base di tale presupposto il CUG, nell'ambito della funzione propositiva che gli è riconosciuta e delle note macro-aree di sua competenza (pari opportunità e cultura di genere; benessere organizzativo; conciliazione vita-lavoro), ha elaborato una serie di azioni formative ed informative che sono state approvate nella seduta plenaria del 17 gennaio 2022, successivamente con deliberazione n. 83 del 01/03/2022, è stato adottato il "Piano Triennale di Azioni Positive 2022-2024 per promuovere le pari opportunità ed il benessere lavorativo".

Nel Piano, vengono indicate le azioni positive programmate, l'anno di avvio dei lavori per la realizzazione, gli obiettivi che si intendono perseguire, i referenti a cui ne è affidata l'attuazione (individuati prevalentemente tra i componenti del CUG) e le strutture aziendali chiamate a collaborare per l'attuazione dello stesso.

Ritenendo prioritario dare la massima diffusione alla cultura organizzativa orientata al rispetto della parità, alla prevenzione di qualsiasi forma di discriminazione o violenza e al miglioramento della performance aziendale, alcune delle attività del Piano, pur nei limiti imposti dal perdurare dell'emergenza pandemica, sono state previste come eventi formativi da ripetersi nel triennio:

1. "Medicina di Genere" in modalità FAD asincrona (cultura di genere);
2. "Comunicazione efficace e l'arte di ascoltare" corso previsto in presenza che intende fornire ai lavoratori gli strumenti utili alla gestione di una comunicazione efficace e finalizzata al miglioramento del clima organizzativo (benessere organizzativo) e alla de-escalation dei conflitti;
3. "La violenza sulle donne, le discriminazioni e il mobbing" corso finalizzato a informare il personale sulla dimensione dei citati fenomeni, sulle forme di prevenzione, di intervento e sugli strumenti di tutela messi a disposizione dalle strutture socio-sanitarie, dal legislatore e dai CCNL di categoria (benessere organizzativo, pari opportunità e cultura di genere);



4. Implementazione del programma relativo al corso predisposto dall'Azienda per i neo-assunti con un modulo dedicato al CUG e alle sue funzioni (informazione/formazione nuovi dipendenti);

5. Proposta di estendere il corso per i neo-assunti anche al personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, lunghe malattie) al fine di favorirne il reinserimento;

Il CUG ha inoltre previsto nel Piano delle azioni positive concrete e finalizzate:

- al contrasto della violenza di genere e ad ogni tipo di discriminazione diretta o indiretta attraverso la presenza di un/a Consigliere/a di Fiducia. Tale figura verrà individuata con apposita procedura sulla base della definizione del profilo culturale e professionale elaborato dal CUG e, concorrerà a dare concretezza all'azione di tutela svolta dal Comitato nei confronti di tutti i dipendenti che segnalino comportamenti molesti o violenti, garantendo loro un canale d'ascolto sicuro e protetto, nel pieno rispetto della privacy (benessere organizzativo- pari opportunità);

- alla tutela della maternità e paternità mediante predisposizione di un "vademecum" che ha l'obiettivo di rendere agevole la conoscenza e la comprensione della vigente normativa in materia, con particolare riguardo a quella relativa alla fruizione dei congedi parentali, favorendo in tal modo concrete opportunità di conciliazione tra vita familiare e professionale (pari opportunità e conciliazione vita- lavoro);

- alla tutela delle lavoratrici e dei lavoratori disabili o con famigliari affetti da disabilità mediante la predisposizione di un "vademecum" che, anche in questo caso, ha l'obiettivo di rendere agevole la conoscenza e la comprensione della copiosa normativa vigente in materia, favorendo in tal modo la piena integrazione dei lavoratori disabili nell'organizzazione aziendale (benessere organizzativo- pari opportunità);

- alla realizzazione di uno studio sulla fattibilità di un'indagine sul clima organizzativo aziendale tramite la somministrazione di questionari anonimi per individuare eventuali situazioni di malessere interne all'organizzazione. (benessere organizzativo). Lo studio che si intende realizzare, deve prendere in considerazione sia aspetti di natura tecnico/organizzativa che di natura economica (analisi costi-benefici), in ordine alla fattibilità dell'indagine.

Il Piano, prevede iniziative che si ripeteranno ogni anno (es. eventi formativi sulla medicina di genere e sulla comunicazione) per garantirne la più ampia diffusione, altre invece che prenderanno l'avvio nell'anno indicato nel prospetto saranno comunque oggetto di aggiornamenti ed implementazioni negli anni a venire (es: i vademecum sulla maternità e sulla disabilità).

Il Comitato si riserva poi di avanzare ulteriori proposte e/o di effettuare integrazioni al presente documento al verificarsi di situazioni contingenti e/o rilevanti che rendano necessario un aggiornamento delle azioni positive presentate per il triennio.

Collegato al benessere organizzativo, durante il 2021 sono state organizzate attività rivolte ai dipendenti, quasi tutte legate alle esigenze COVID-19, che sono proseguite nel 2022:

1. Workplace Health Promotion (WHP): in continuità con gli anni precedenti avranno seguito per tutto il 2022 le ordinarie pratiche raccomandate relative all'aerea alimentazione, fumo di tabacco e attività fisica.



L'Azienda ha dato attuazione nel 2020/2021 e proseguirà altresì nel 2022, alla diffusione dei consigli trasmessi da ATS Milano Città Metropolitana, contenuti in alcune schede informative (denominate pillole di salute) finalizzate alla promozione della salute dei lavoratori. Le schede sono pubblicate nell'intranet aziendale nella sezione salute e sicurezza sul lavoro area WHP.

2. Attività di formazione e informazione riguardante la sicurezza dei dipendenti nel periodo dell'emergenza Covid: in continuità con l'anno precedente, è stato riproposto il corso FAD "Conoscere e difendersi dal nuovo coronavirus", destinato a tutto il personale dipendente.

Per aggiornare regolarmente il personale in tema di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, è stato aggiornato lo spazio nel portale aziendale dedicato alla Salute e Sicurezza sul Lavoro.

Dotazioni strumentali e informatiche

In riferimento al piano di sicurezza informatica aziendale che prevede una serie di iniziative tecnologiche, organizzative e procedurali per elevare il livello di maturità delle infrastrutture e degli strumenti IT, si prevede nel prossimo biennio di:

- attivare una gestione strutturata ed automatica degli asset informatici al fine di razionalizzare le dotazioni hardware e software tenendo sempre in considerazione il principio di minimalità, ossia la fornitura di dotazioni strettamente necessarie allo svolgimento delle attività lavorative;
- effettuare un censimento e una verifica delle infrastrutture dei data center aziendali volte sia ad individuare eventuali servizi da trasferire in cloud, sia a studiare la razionalizzazione delle infrastrutture computazionali e di storage, anche a vantaggio della sicurezza e della continuità operativa dell'ente.

Monitoraggio

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

- Piano performance
- Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- Piano Triennale dei Fabbisogni
- Piano delle Azioni Positive

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

Allegati

- 1. Registro dei rischi 2022-2024 PTPCT**
- 2. Obblighi di informazione-PTPCT**
- 3. Tabelle Azioni positive 2022-2024**
- 4. Relazione annuale CUG 2022**