

31/01/2023

PIAO 2023-2025

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori

via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Sommar

Premessa	2
Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto	3
Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	4
2.1 Valore pubblico	4
2.1.1 Obiettivi generali e specifici	5
2.1.2 Accessibilità	6
2.1.3 Semplificazione e Digitalizzazione	7
2.2 Performance	10
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	15
2.3.1 Contesto esterno	17
2.3.2 Contesto interno	19
2.3.3 Mappatura dei processi	22
2.3.4 Rischi corruttivi potenziali e concreti	24
2.3.5 Trattamento del rischio	25
2.3.6 Trasparenza	27
Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano	30
3.1 Struttura organizzativa	30
3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale	36
3.2.1 Consistenza del personale al 31.12.2022	36
3.2.2 Programmazione strategica 2023	37
3.2.3 Il Piano Triennale 2023-2025	40
3.2.4 Copertura del fabbisogno	40
3.3 Formazione del personale	41
3.4 Piano delle azioni positive	44
3.5 Organizzazione del lavoro agile	46
Sezione 4: Monitoraggio	47
4.1.1 Il monitoraggio del valore pubblico e della performance	47
4.1.2 Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza	48
4.1.3 Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano	50
4.1.4 Il monitoraggio della soddisfazione degli utenti	50
Contesto normativo	52



Premessa

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)**, è il documento unico di **programmazione e governance** che assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO, ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente.

Il PIAO è stato introdotto dal D.L. n.80 del 9 giugno 2021; tale quadro normativo è stato completato dal:

- DPR 81/2022 che individua gli adempimenti assorbiti dal PIAO: piano dei fabbisogni di personale; piano della performance; piano di prevenzione della corruzione; piano organizzativo del lavoro agile; piani di azioni positive.
- DM 24 giugno 2022 che definisce il contenuto del PIAO e fornisce lo schema di "piano-tipo" per le Amministrazioni pubbliche, con la guida alla compilazione allegata al decreto.

Il PIAO 2023-2025 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (da ora in poi "Istituto") declina in modo sintetico, integrando e coordinando, Piani e Documenti, adottati dall'Istituto nel rispetto delle direttive regionali e nazionali:

- a) **Piano della Performance** (D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150) adottato con Delibera del Consiglio di Amministrazione del 30/01/2023; è il documento di programmazione triennale che ha lo scopo di definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Istituto, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.
- b) **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, in base alla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione, adottato con Delibera del Consiglio di Amministrazione del 30/01/2023; è il documento di natura "programmatoria" con cui l'Istituto individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio.
- c) **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)**, adottato con Delibera del Consiglio di Amministrazione del 30/01/2023, che definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e del turn-over del personale dipendente nel prossimo triennio.
- d) **Piano della Formazione**, da adottare in base alle direttive regionali nei prossimi mesi, che individua, nell'ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale e gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali.
- e) **Documento di Organizzazione del Lavoro Agile**, che stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.
- f) **Piano Triennale delle Azioni Positive**, ha lo scopo di individuare misure specifiche per eliminare in Istituto le forme di eventuale discriminazione rilevate che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

I Piani e i Documenti su citati sono adottati dagli organi di governo dell'Istituto (CdA e/o Direttore Generale), i cui provvedimenti e la documentazione relativa, nonché gli allegati di dettaglio, sono pubblicati e disponibili per la consultazione agli atti d'ufficio, in base alle regole della Trasparenza.

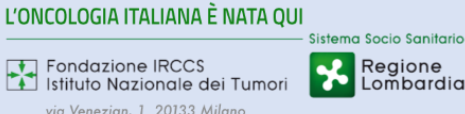
Il PIAO 2023-2025, infine, ricomprende anche le modalità di **monitoraggio degli esiti**, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.



Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Istituto

La **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori** (*da ora in poi Istituto*) è Ente di diritto pubblico, di rilevanza nazionale dotato di personalità giuridica, avente piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. La Fondazione non ha scopo di lucro e ha durata illimitata.

IDENTITÀ

Denominazione	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Fondatori	Ministero della Salute, Regione Lombardia, Comune di Milano
Forma giuridica	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sede legale	Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Sedi operative	Istituto Nazionale Tumori – Via Venezian 1, 20133 Milano Amadeo Lab - Via Amadeo 42, 20133 Milano Campus Cascina Rosa - Via Vanzetti 5, 20133 Milano Corso di Laurea in Infermieristica - Via Ponzio 46, 20133 Milano
Codice Fiscale	80018230153
Partita IVA	04376350155
Sito web	www.istitutotumori.mi.it
Disciplina giuridica	Legge n. 3 del 16.01.2003; D.Lgs. n. 288 del 16.10.2003; D.Lgs. n. 200 del 23.12.2022; Statuto Delibera CdA n. 42F del 17.11.2022
Logo	

ORGANIZZAZIONE

Presidente	Marco Votta
Consiglio di Amministrazione (CdA)	Alberto Bertagna; Roberto Comazzi; Rosaria Iardino; Paola Panzeri; Gianluca Rossi; Roberto Satolli;
Direzione Strategica	Carlo Nicora (<i>Dir. Gen.</i>); Giovanni Apolone (<i>Dir. Sc.</i>); Antonio Triarico (<i>Dir. San.</i>); Vincenzo Petronella (<i>Dir. Amm.</i>)
Dipartimenti	n. 7 -----> 4 sanitari, 2 di ricerca, 1 amministrativo
Strutture Complesse	n. 44 -----> 27 sanitarie, 5 di ricerca, 6 di staff, 6 amministrative
Strutture Semplici Dipartimentali	n. 18 -----> 11 sanitarie, 7 di ricerca
Strutture Semplici	n. 44 -----> 29 sanitarie, 6 di ricerca, 9 di staff

DIMENSIONE

Personale (<i>dotazione organica 01.01.2023</i>)	1.863 dipendenti (1.637 ospedale; 226 ricerca)
Produzione ospedaliera (<i>31.12.22</i>)	12.463 ricoveri ordinari (di cui trapianti 139); 4.533 ricoveri day hospital 1.215.989 prestazioni ambulatoriali;
Posti letto accreditati	462 posti letto accreditati
Sale Operatorie	12 sale operatorie; 1 sala procedure anestesilogica;
Ambulatori	140 ambulatori per visite, prelievi e diagnostica
Produzione scientifica	891 studi clinici; 860 pubblicazioni;
Formazione	136 eventi con lo sviluppo di 230 edizioni
Valore Bilancio	320 milioni €
Patrimonio	Indisponibile (<i>fabbricati a fini istituzionali</i>) e disponibile (<i>fabbricati e terreni</i>)



Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori riveste un ruolo di prestigio nel panorama internazionale, rappresentando il primo centro oncologico in Lombardia e in Italia, il maggior polo di oncologia pediatrica in Italia e tra i primi in Europa, nonché l'unico Centro per la cura dei tumori italiano ad essere autorizzato al trapianto di fegato.

L'importante storia, i numeri e i traguardi sin qui raggiunti devono spronare l'INT a migliorare i livelli qualitativi e a mantenere un ruolo di primo piano nella sanità regionale e nazionale e, tra gli IRCCS, nella ricerca nazionale e internazionale, a tutela della salute dei nostri pazienti e della comunità, attraverso il miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

Il **valore pubblico** dell'Istituto trova la sua applicazione:

nella **MISSION**:

- che è quella di garantire al paziente oncologico le cure migliori e maggiormente innovative, in un'ottica di presa in carico globale e personalizzata.

nella **VISION**:

- che è, invece, rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e di funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, rispetto ai bisogni e alle attese. Il sistema stesso è orientato così al miglioramento continuo della qualità, per garantire al paziente una linea prestazionale sia a livello ambulatoriale, sia di ricovero, tesa ad ottimizzare l'accessibilità, con soluzioni organizzative innovative, con utilizzo efficiente delle tecnologie e con impiego flessibile delle risorse umane.

La Fondazione IRCCS di diritto pubblico si pone gli **obiettivi generali** di:

- perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- effettuare prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- svolgere altre attività aventi i caratteri di eccellenza;

traducendo il valore pubblico nelle seguenti aree di azioni concrete:

- nella definizione e nel raggiungimento di obiettivi specifici;
- nell'accessibilità digitale e fisica;
- nella semplificazione e nella digitalizzazione.



2.1.1 Obiettivi generali e specifici

L'INT definisce i propri obiettivi individuando gli indicatori che consentono, al termine di ogni anno, di misurare e valutare il livello di performance raggiunto. A tal fine, sono stati identificati tre ambiti di performance che raccontano l'amministrazione:

1. Programmi strategici: Quali sono le priorità strategiche dell'Istituto Nazionale dei Tumori e in che modo tali priorità si articolano in programmi strategici?

2. Attività e servizi: Qual è lo stock di attività e servizi che l'Istituto Nazionale dei Tumori mette a disposizione di cittadini e utenti?

3. Stato di Salute: L'Istituto Nazionale dei Tumori è in grado di svolgere le sue attività garantendo un utilizzo equilibrato delle risorse, lo sviluppo dell'organizzazione e delle relazioni con cittadini, utenti e altri portatori di interesse?

Programmi strategici

Attività e Servizi

Stato di Salute

L'INT identifica, per ciascun obiettivo, una scheda (indicate nel Piano delle Performance approvato) che riassume le principali caratteristiche dell'obiettivo stesso e definisce gli indicatori sulla base dei quali avvengono la misurazione e la valutazione dell'effettivo raggiungimento dei risultati attesi.

- **Programmi strategici:** le schede obiettivo forniscono una breve descrizione del programma, articolano le fasi di svolgimento ed elencano una selezione di indicatori che servono a monitorare lo stato di attuazione. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e i target attesi per il triennio 2023-2025.
- **Attività e servizi:** le schede obiettivo forniscono una breve descrizione di ciò che INT intende realizzare e/o mantenere. Alla descrizione seguono una serie di indicatori raggruppati in quattro dimensioni: quantità, qualità, efficienza ed efficacia, anche secondo indicazioni regionali da DGR 351/2010. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e il target 2023-2025.
- **Stati di salute:** le schede obiettivo descrivono l'ambito a cui si rivolgono (finanziaria, organizzativa, delle relazioni) e forniscono una serie di indicatori attraverso i quali vengono misurate le diverse dimensioni in cui si articola ogni stato di salute. Per ogni indicatore sono definiti i valori storici e il target 2023-2025.

Gli obiettivi specifici di programmazione triennale, integrati tra Assistenza e Ricerca, si sviluppano su grandi temi che l'INT intende affrontare e consolidare attraverso la gestione e l'organizzazione e che, in sintesi, sono:

- ◆ Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente
- ◆ Sviluppo della rete d'offerta
- ◆ Ricerca clinica e la ricerca di base
- ◆ Epidemiologia e Data Science
- ◆ Innovazione tecnologica, organizzativa, professionale e della conoscenza
- ◆ Ospedale oncologico (hub)
- ◆ Cura e ricerca di genere
- ◆ Bambini e patologia oncologica
- ◆ Trapianti
- ◆ Terapie innovative
- ◆ Ricerca di base, preclinica, traslazionale e clinica
- ◆ Ricerca epidemiologica e data science
- ◆ Ricerca sulla qualità della vita dei pazienti oncologici.



2.1.2 Accessibilità

In attuazione della Legge n. 4 del 9 gennaio 2004, della Direttiva UE 2016/2102 e del D.Lgs n. 106 del 10 agosto 2018 avente ad oggetto *"Riforma dell'attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici"*, AgID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Accessibilità Digitale

Per "accessibilità digitale" si intende l'utilizzo di tecnologie digitali per rendere i servizi sanitari accessibili a una vasta gamma di utenti e, in particolare, agli utenti ultrasessantacinquenni e con disabilità. L'obiettivo principale dei servizi di sanità digitale è quello di rendere l'assistenza sanitaria più efficiente, accessibile e personalizzata per i pazienti.

Tra le soluzioni principali che l'INT ha applicato, e che intende potenziare nel triennio 2023-2025, per permettere all'utente di compiere in autonomia numerose operazioni (prenotazione dell'accesso alla struttura, self-accettazioni, pagamenti on line, accesso ai propri documenti e referti, ecc.), si evidenziano:

- **"Zerocoda"**: un'applicazione gratuita con cui è possibile accedere da remoto agli sportelli amministrativi dell'Istituto. Il servizio è stato acquisito dalla Fondazione per ridurre significativamente i tempi di attesa, evitando anche eventuali assembramenti, nonché per facilitare il rapporto con i cittadini, offrendo nuovi canali d'accesso ai servizi amministrativi in modo più semplice, veloce ed intuitivo.
- **il portale www.istitutotumori.mi.it**: attraverso cui, nella sezione "MyPage", è possibile accedere in modalità online ad alcuni servizi della Fondazione e, nello specifico:
 - visualizzare e scaricare i propri referti (ad eccezione di quelli di Anatomia Patologica) e le immagini di diagnostica degli ultimi 45 giorni come previsto dalle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali;
 - visualizzare la documentazione amministrativa relativa a prestazioni effettuate;
 - compilare uno spazio note riservato (Taccuino).
- **Fascicolo Sanitario Elettronico**: per i residenti in Lombardia è possibile consultare online il proprio referto, utilizzando lo SPID con esonero dal pagamento previsto in caso di mancato ritiro referto entro i 30 giorni dalla data indicata sul modulo.
- **Posta elettronica**: per i pazienti che non risiedono in Lombardia, è possibile ricevere i referti (ad eccezione di quelli genetici) per posta elettronica. La richiesta deve essere rivolta allo Specialista di riferimento in Istituto, che registra il consenso e l'indirizzo e-mail a cui inviare il referto. Nel rispetto della protezione dei dati, per prevenire l'acquisizione di dati da parte di altri soggetti, il referto è trasmesso in forma non leggibile (crittografato) ed è comunicata telefonicamente la password per aprire il file.
- **Totem**: presso i Totem dell'Area Accoglienza, nell'atrio della Fondazione, è possibile ritirare i Referti cartacei per gli esami di Laboratorio e quelli di Diagnostica per Immagini.

Accessibilità fisica

Per quanto riguarda, invece, l'accessibilità fisica, l'Istituto offre diversi punti informativi: Portineria, aperta 24 ore tutti i giorni dell'anno, il Banco Informazioni dei volontari della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Istituto riserva una particolare attenzione ai pazienti che presentano problematiche sensoriali, di comunicazione o di mobilità, facilitandone l'accesso e le cure mediante:

- **assistenza protetta**: attraverso cui l'accompagnatore può affidare il paziente con difficoltà motorie o sensoriali anche temporanee ai volontari della LILT mentre si reca a parcheggiare l'auto;



- la possibilità, per i pazienti con disabilità uditive, di attivare, su richiesta del Servizio Sociale della Fondazione, un interprete in grado di tradurre le conversazioni con la lingua italiana dei segni (LIS), permettendo un ottimale dialogo fra i clinici e i pazienti.

Per ulteriori dettagli in merito agli interventi dell'INT in materia di semplificazione e digitalizzazione della Fondazione si rimanda al successivo paragrafo 2.1.3.

Azioni	2023	2024	2025
App "Zerocoda"	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Portale istituzionale	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Fascicolo Sanitario Elettronico	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Posta elettronica	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Totem	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Assistenza protetta	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento

2.1.3 Semplificazione e Digitalizzazione

Semplificazione

L'Agenda per la semplificazione per la ripresa 2020-2026, adottata nel 2020 e aggiornata a marzo 2022 in linea con gli interventi del PNRR, ha previsto una serie di iniziative volte a ridurre gli adempimenti burocratici e le incombenze amministrative, in modo da rendere la Pubblica Amministrazione più semplice, veloce e vicina ai cittadini.

L'Istituto, calando tali obiettivi nella realtà sanitaria, ha adottato le misure di seguito elencate per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda per la semplificazione:

- *Digitalizzazione dei processi*: in ambito amministrativo, la Fondazione, nel corso del 2022, si è occupata di promuovere l'utilizzo di tecnologie digitali come la firma elettronica e la trasmissione digitale dei documenti, in modo da ridurre gli adempimenti burocratici per il personale. Per il 2023, il proposito dell'INT è quello di ampliare l'offerta dei servizi digitali e di incrementare ancora di più l'impiego di strumenti informatici, con l'obiettivo di ridurre al minimo necessario l'utilizzo degli ausili cartacei.
- *Semplificazione delle procedure*: con particolare riguardo alle procedure amministrative, l'Istituto, con il chiaro obiettivo di agevolare l'attività dei dipendenti e di aumentarne l'efficienza, ha avviato la digitalizzazione del processo di adozione dei provvedimenti amministrativi, progetto che sarà perfezionato nel 2023 anche con l'automazione della pubblicazione degli atti nelle diverse sezioni del rinnovando sito pubblico aziendale. La Fondazione, infatti, nell'ambito del servizio di hosting del sito web istituzionale, ha acquisito il servizio di pubblicazione automatica degli atti in Albo pretorio che garantisce un accesso più funzionale ed intuitivo a tutti gli atti pubblici, anche attraverso una sezione di consultazione storica fino a 5 anni. In programma, vi è anche il rinnovamento della intranet aziendale, oggi rivolta in particolare alla comunicazione interna, alla condivisione di documentazione ed all'accesso ai servizi per i dipendenti. L'aggiornamento, nel rispetto delle linee guida sull'accessibilità dei siti pubblicate da AgID, prevede la profilazione dei diversi settori ed utenti per la pubblicazione diretta ed aggiornata di informazioni e notizie.
- *Riduzione delle file*: in ambito sanitario, tra gli interventi che l'Istituto sta mettendo a punto per migliorare l'organizzazione degli ambulatori rientra l'installazione di totem per la consegna dei referti, di totem per



la self-accettazione e self-check-in (quest'ultimo ha la funzione di comunicare alle strutture interessate che il paziente è presente), lo sviluppo di sistemi di re-call per permettere la prenotazione di prestazioni in regime di Libera Professione e, tramite sms, per ricordare ai pazienti l'appuntamento, nonché l'attivazione di una casella di posta elettronica per segnalare eventuali disdette.

Per prenotazioni effettuate con qualsiasi canale (sportello, telefono, Call Center Regionale) è inoltre previsto l'invio email al paziente con promemoria prenotazione, modulo PagoPa per pagamento della prestazione/visita, eventuali note di preparazione, ricevute/fatture, nonché l'attivazione di servizi remoti per il cittadino con accesso tramite SPID o CIE a piattaforme per:

- download di documentazione sanitaria
 - iscrizione a concorsi pubblici
 - Telemedicina
- *Collaborazione* con altri enti pubblici e privati: l'Istituto dedica particolare attenzione all'aspetto collaborativo, perché ritiene che la cooperazione tra enti sia essenziale per la riduzione della duplicazione di lavoro. A dimostrazione di ciò, si riporta che l'Istituto, ad esempio, lato amministrativo, ha partecipato a numerose gare aggregate con altri istituti che si sono rivelate essenziali per un utilizzo più efficiente delle risorse e, lato ricerca scientifica, ha dedicato la struttura semplice Trasferimento Tecnologico (TTO) alla partecipazione, costituzione e consolidamento dei rapporti con associazioni, consorzi, società e altri organismi pubblici e privati, correlati all'attività di ricerca scientifica che si svolge presso la Fondazione.

Azioni	2023	2024	2025
Digitalizzazione dei processi	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
Semplificazione delle procedure	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Riduzione delle file	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Collaborazione con altri enti	Mantenimento	Miglioramento	A regime

Digitalizzazione

L'Agenda digitale italiana è un programma di governo nazionale che ha l'obiettivo di promuovere l'adozione e l'utilizzo delle tecnologie digitali. L'Agenda mira a migliorare la competitività del paese attraverso la creazione di infrastrutture e servizi digitali, la promozione dell'innovazione, la formazione e l'educazione digitale, nonché a rendere i servizi pubblici più facilmente accessibili per i cittadini e più efficienti, attraverso progetti per diverse aree come la banda larga, la sicurezza informatica, l'e-government e l'e-health.

La Fondazione, per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda digitale italiana e del PNRR (Missione 6 "Salute") ha messo in atto diverse azioni che mirano a favorire la ricerca e l'innovazione nel campo della sanità digitale:

- *Adozione di sistemi informatici*: la Fondazione favorisce l'utilizzo di sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari, la prenotazione di appuntamenti, la gestione delle cartelle cliniche e la comunicazione con i pazienti, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure.
- *Telemedicina*: consiste nell'utilizzo di tecnologie informatiche e telematiche per fornire assistenza sanitaria a distanza, attività che può includere la comunicazione tra medici e pazienti, la diagnostica a distanza e la gestione dei dati sanitari. La Televisita, introdotta in Istituto durante la fase pandemica da Covid-19 per garantire la continuità delle cure, viene effettuata per pazienti presi in cura, quali, ad esempio, quelli:
 - inseriti in un percorso di follow-up da patologia nota;
 - inseriti in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale formalizzato;



- che hanno bisogno di monitoraggio, conferma, revisione, o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo piano terapeutico o modifica dello stesso);
- che necessitano di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- che necessitano di chiarimenti, da parte del medico, sugli esiti di esami di diagnosi o stadiazione effettuati, cui può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, o di una terapia.

Al fine di estendere l'utilizzo della Telemedicina, l'Istituto sta ideando e mettendo a punto nuovi progetti, uno dei quali, denominato *"Televisita in Oncologia, strumento di triage per l'ottimizzazione della chemioterapia in ricovero ordinario"*, è rivolto ai pazienti in trattamento chemioterapico in ricovero ordinario e ha come obiettivo la valutazione anticipata dell'idoneità al trattamento e l'ottimizzazione (riduzione) della durata del ricovero attraverso le potenzialità della Telemedicina. L'obiettivo è quello di estenderne poi l'applicazione in altri Reparti e in altri setting assistenziali.

- **Gestione dei dati:** l'Istituto ha messo a punto un sistema di raccolta di informazioni sui pazienti e sul loro stato di salute, che può essere utilizzato per identificare tendenze e modelli, identificare aree di miglioramento e prendere decisioni cliniche più informate.
- **Formazione:** la Fondazione ha, nel 2022, organizzato e reso obbligatorio per i dipendenti il corso sviluppato dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione denominato "Syllabus per le competenze digitali per la PA". Il Syllabus è il documento che descrive l'insieme minimo delle conoscenze e abilità che ogni dipendente pubblico dovrebbe possedere e il suo obiettivo generale è fare in modo che tutti i dipendenti pubblici siano in grado di operare attivamente in modo sicuro, collaborativo e orientato al risultato all'interno di una pubblica amministrazione sempre più digitale. Al fine di consolidare ancora di più le competenze digitali apprese e di acquisirne di nuove, l'Istituto ha, per il 2023, in programma ulteriori corsi di formazione digitale per il personale sanitario e amministrativo, sia organizzati internamente sia permettendone la frequentazione all'esterno, in modo che i benefici della tecnologia digitale siano compresi e utilizzati in modo efficace.

Azioni	2023	2024	2025
Adozione di sistemi informatici	Miglioramento	Miglioramento	A regime
Telemedicina	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Gestione dei dati	Mantenimento	Miglioramento	A regime
Formazione	Mantenimento	Miglioramento	Miglioramento



2.2 Performance

Il Piano della Performance è stato adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio. La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (di seguito INT) ha scelto di rappresentare in tale documento i suoi indirizzi ed i suoi obiettivi strategici e operativi. Per ciascuno di tali obiettivi sono stati selezionati indicatori utili alla misurazione e alla valutazione della performance dell'amministrazione. La lettura dell'insieme di tali indicatori fornisce un quadro di come l'Istituto intende operare per i suoi cittadini e per coloro che usufruiscono dei suoi servizi.

Di seguito si propone una sintesi dei temi che l'INT intende affrontare e che sono presentati nelle linee di mandato 2023-2025:

1) L'ISTITUTO E LA QUALITÀ: miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente.

Obiettivo di quest'area strategica è il raggiungimento e il costante monitoraggio di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico:

- Programmi E-Health (attivazione di servizi al cittadino come invio mail di promemoria, nuove funzionalità totem, eProms e ePrems (dare voce al paziente);
- Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (OEI), che mira al miglioramento continuo della qualità della cura in oncologia, in riferimento alla ricerca, assistenza e formazione, applicando gli standard di Accreditamento Europeo per gli IRCCS (Comprehensive Cancer Center) certificato da OEI (*Organisation European Cancer Institutes*).

Indicatori di risultato	Formula	2022	Target 2023-2025
% Aderenza agli standard qualitativi OEI previsti dal piano di miglioramento triennale 2022-2025: ≥ 95 % entro 2025	N. Sub-standard OEI con score migliorato (score yes o mostly) nell'anno in corso / totale Sub-standard OEI da migliorare (score no/partially) nel piano di miglioramento triennale 2022-2025	30% (6/20)	2023:50% 2024:70% 2025: 98%

Obiettivo	Indicatore	Target 2023-2025
Notifica tramite mail di documentazione relativa all'appuntamento	data di avvio in produzione	entro 2023
Totem self accettazione e pagamento	data di avvio in produzione	entro 2023
ePROMs ed ePREMs: dare voce al paziente	data di avvio in produzione	finalizzazione e diffusione entro 2023

**2) L'ISTITUTO E LA CURA DEI PAZIENTI: lo sviluppo della rete d'offerta.**

L'innovazione applicata alla diagnosi e cura dei tumori ha modificato, da un lato, il modello di cura sempre più personalizzato e multidisciplinare, dall'altro, gli esiti dei trattamenti, tra cui la lunga sopravvivenza da gestire in modo simile alla cronicità.

La strutturazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che integrano, oltre alle discipline, l'offerta di cura di altre Istituzioni e del territorio, rappresenta la priorità di sviluppo organizzativo per la presa in carico globale del paziente, a garanzia dell'accessibilità e appropriatezza delle cure:

- Attività diagnostica multidisciplinare;
- Revisione dei percorsi di accesso e accoglienza.

Fasi	2022	2023	2024	2025
Potenziamento degli strumenti digitali rivolti al paziente di orientamento e accessibilità ai servizi (totem self-service, portale istituzionale e MyPage)				
Avvio di servizi di Telemedicina per migliorare i percorsi di cura e facilitare l'accessibilità				

3) L'ISTITUTO EFFICIENTE: il sistema di Governance dell'Istituto.

Il Presidente, rappresentante legale, presiede il Consiglio di Amministrazione che ha compiti di indirizzo e controllo, di amministrazione del patrimonio e di declinazione delle strategie complessive dell'Ente, anche nei rapporti con il mondo universitario e con gli stakeholders. Il Direttore Generale ha responsabilità tecnica e finanziaria della gestione dell'Istituto, mentre il Direttore Scientifico coordina l'attività di ricerca, operando nell'ambito del budget condiviso con il Direttore Generale e assegnatogli dal CdA.

Obiettivi di quest'area strategica sono:

- Programma Triennale per la prevenzione della corruzione (per rafforzare ulteriormente il controllo sulla effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e promozione della legalità e della trasparenza previste nel PTPC 2023-2025 della Fondazione);
- Ammodernamento tecnologico e strutturale (con l'obiettivo di realizzare le opere previste nel Piano Investimenti).

Obiettivo	Formula		2023	Target 2023-2025
Implementazione e rafforzamento delle misure specifiche previste nel PTPC 2023/2025 sia per quanto riguarda la prevenzione della corruzione che per quanto riguarda gli adempimenti in materia di trasparenza.	Numero delle misure di prevenzione la cui attuazione è stata effettivamente portata a termine entro l'anno / numero complessivo delle misure il cui completamento è previsto entro il 31.12.2025.	%	96%	100%



Fasi	2022	2023	2024	2025
1) TAC 128 strati n.1 (PNRR)				
2) TAC 128 strati n. 2 (PNRR)				
3) RMN 1,5T n.1 (PNRR)				
4) RMN 1,5T n.1 (PNRR)				
5) Acceleratore lineare (PNRR)				
6) Gamma camera (PNRR)				
7) Mammografo (PNRR)				
8) Ortopantomografo (PNRR)				
9) Sistema polifunzionale per radiologia digitale (PNRR)				

4) INT E LA RICERCA – INNOVAZIONE: la ricerca clinica e la ricerca di base.

La ricerca svolta dall'INT interessa tutti i momenti cruciali del *patient journey*: prevenzione primaria, secondaria, stadiazione, terapia farmacologica e non, sorveglianza post cure primarie, cure palliative e di fine vita:

- **Linea 1- Prevenzione:** programmi e ricerche per la prevenzione primaria, secondaria e la diagnosi precoce.

Indicatore	Formula		Target 2023	Target 2024	Target 2025
Pazienti arruolati in programmi di prevenzione	Incremento % pazienti arruolati in programmi di prevenzione	%	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022
Pubblicazioni scientifiche	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022	Mantenimento +/- 20% rispetto al 2022
Eventi formativi	N° eventi formativi nell'anno	n°	1	1	5



- **Linea 2- Medicina di precisione:** l'obiettivo è quello di personalizzare e orientare le decisioni mediche, applicare strategie diagnostiche e terapeutiche innovative e valutarne l'efficacia, le ricadute sociosanitarie e il valore in termini di utilità e costo-efficacia.

Indicatore	Formula		Target 2023	Target 2024	Target 2025
Arruolamento e follow-up dei pazienti negli studi clinici di fase I-II e con terapie avanzate	Incremento % pazienti arruolati	%	5%	10%	10%
Pubblicazioni scientifiche	N° pubblicazioni scientifiche nell'anno	n°	>2	>5	>10
Implementazione della cartella clinica elettronica e di un Datawarehouse clinico-scientifico	Incremento % dei campi compilati nel DWH	n°	1%	5%	7%

- **Linea 3- Innovazione:** l'obiettivo è lo sviluppo e l'attuazione di programmi e interventi per l'internalizzazione e la cooperazione nella ricerca biomedica.

Indicatore	Formula		2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025
Progetti presentati in ambito internazionale	Incremento %	%	34	5%	6%	7%
Collaborazioni e partnership scientifiche	Numero collaborazioni e partnership scientifiche	n°	21	2	2	3
Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	N° Percorsi di mobilità in ingresso e in uscita per i ricercatori	n°	14	1	1	1

5) LA SALUTE FINANZIARIA DELL'ISTITUTO

Verso un rafforzamento dell'equilibrio economico: l'obiettivo dell'Istituto è quello di migliorare l'equilibrio economico-finanziario contenendo il debito a parità di servizi erogati.

Economico gestionale	Indicatore	Formula		Trend ultimo triennio	Target 2023 - 2025
	Incidenza costi diretti sanitari	Costi per beni e servizi / Ricavi gestione caratteristica	%	69,71%	Mantenimento
		Farmaci ed emoderivati/Ricavi gestione caratteristica	%	40,51%	Mantenimento
		Presidi chirurgici e materiali sanitari /Ricavi gestione caratteristica	%	0,49%	Mantenimento
		Materiali protesici/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,48%	Mantenimento



Economico gestionale	Indicatore	Formula		Trend ultimo triennio	Target 2023 - 2025
	Incidenza costi diretti non sanitari	Acquisto beni non sanitari/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,32%	Mantenimento
		Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) / Ricavi gestione caratteristica	%	4,19%	Mantenimento
		Godimento beni di terzi/ Ricavi gestione caratteristica	%	0,63%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Ricavi gestione caratteristica	%	114,64%	Mantenimento
		Costi caratteristici/ Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	%	104,91%	Mantenimento
	Ricavi Libera Professione	Ricavi LP/Ricavi gestione caratteristica	%	7,56%	Mantenimento
Finanziari	Indicatore	Formula		Trend ultimo triennio	Target 2023 - 2025
	Indice secco di liquidità	Liquidità immediata/ debiti a brevissimo termine	%	34,37	Mantenimento
	Indice di liquidità	Attivo circolante meno scorte/ Debiti a breve	%	290,85	Mantenimento
Patrimoniali	Indicatore	Formula		Trend ultimo triennio	Target 2023 - 2025
	Elasticità dell'attivo	Attivo circolante/totale attivo	%	69,31	Mantenimento
	Indebitamento	Debiti/Fonti di finanziamento	%	23,36	Miglioramento
	Durata media dei debiti	Debiti verso fornitori / Fatture d'acquisto	gg	38,95	Mantenimento
	Giacenza media delle scorte	Rimanenze finali/fatture di vendita	%	4,83	Mantenimento
	Durata media dei crediti	Crediti verso clienti/fatture di vendita	gg	53,23	Mantenimento



2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

I contenuti della presente sezione del PIAO analizzano le tematiche relative alla prevenzione della corruzione e trasparenza, per le quali si rimanda al Piano Triennale (PTPCT) vigente, consultabile al seguente link:

<https://www.istitutotumori.mi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

Con Legge 6 novembre 2012 n. 190, entrata in vigore in data 28 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La citata Legge, oltre ad introdurre preziosi strumenti per la prevenzione della corruzione, ha previsto l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (di seguito PTPCT) e dei successivi aggiornamenti annuali da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Tutte le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono finalizzate ad assicurare la legalità e l'integrità dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

Legalità e Integrità sono intese come attuazione del "principio democratico e dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Esse sono condizioni di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali; integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino" D.Lgs. n. 33/2013.

Alla luce di tali principi devono essere indicate le iniziative previste per garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dall'ANAC;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

▪ Il valore pubblico dell'anticorruzione e della trasparenza

Le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica definiscono il valore pubblico in senso stretto come "il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica".

La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce a una rinnovata sensibilità culturale in cui la "prevenzione e la trasparenza" devono essere intese non come oneri aggiuntivi all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma come valore aggiunto nel migliorare il funzionamento dell'ente, con la conseguente miglioria del servizio ai cittadini e alle imprese.

Con il PNA 2022 la stessa ANAC ha ribadito che, se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione.

In quest'ottica, per la sua natura trasversale, la prevenzione della corruzione crea valore pubblico tramite tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

La stessa qualità delle pubbliche amministrazioni è obiettivo trasversale, premessa generale per un buon funzionamento delle politiche pubbliche. Il contrasto e la prevenzione della corruzione sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico, anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza.



▪ Integrazione e raccordo con il Piano Performance

Una integrazione degli strumenti di programmazione può realizzarsi in diversi modi, avendo tuttavia presente che, nel percorso avviato con l'introduzione del PIAO, va mantenuto il patrimonio di esperienze della Fondazione maturate nel tempo.

L'intento del legislatore è quello di evitare un'impostazione del PIAO quale mera giustapposizione di Piani assorbiti dal nuovo strumento, arrivando a una reingegnerizzazione dei processi delle attività delle PP.AA., in cui gli stessi siano costantemente valutati sotto i diversi profili della performance e dell'anticorruzione, assistiti da adeguate risorse, sia finanziarie che umane.

Il Piano della Performance definisce gli elementi fondamentali su cui si imposta la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

ANAC ha sottolineato la necessità di integrare il ciclo delle performance con gli strumenti e i processi relativi alla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità. A tal fine, il Piano della Performance prevede tra i propri obiettivi anche quelli in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza assegnati al personale dirigenziale della Fondazione.

A questo proposito, va senza dubbio valorizzato il lavoro che da tempo la Fondazione ha già svolto nella mappatura dei processi proprio per la elaborazione dei PTPCT.

Quanto all'integrazione fra la mappatura per la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la performance, seppure obiettivo da potenziare, essa va, tuttavia, sviluppata in una logica di gradualità.

▪ Obiettivi strategici

La prevenzione della corruzione si basa sostanzialmente su un modello di regolazione che prevede attività di pianificazione e controllo, con una programmazione "a cascata" che interessa tutti i livelli di governo e poggia su quattro principali strumenti: trasparenza, formazione, codici di comportamento e analisi del rischio. Le finalità perseguite sono:

- ridurre le eventualità di manifestazione di casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nell'ambito delle suddette finalità sono stati individuati dal Consiglio di Amministrazione specifici obiettivi strategici della Fondazione per il triennio 2023-2025, da realizzare mediante specifiche misure di prevenzione:

- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare nel periodo di validità del PTPCT attraverso la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori previsti dal D.Lgs. n. 33/2013;
- promozione di iniziative di formazione (generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità.

Al fine favorire ulteriormente la cultura della legalità, della correttezza e della trasparenza, annualmente sono assegnati specifici obiettivi, sia alla dirigenza che al personale del comparto della Fondazione, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza correlati agli obiettivi di performance aziendali.

Le finalità sono le seguenti:

- vigilare e attuare le misure di prevenzione di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste negli allegati al PTPCT;
- partecipare alle iniziative di formazione;



- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

2.3.1 Contesto esterno

Nell'ottica del legislatore, il PIAO diventa uno strumento strategico unitario e integrato; in questa visione l'analisi del contesto esterno (ed interno) diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO stesso.

Ne risulta, in questo senso, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance, prevenzione della corruzione e governo del capitale umano.

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è, dunque, quella dell'analisi del contesto (esterno ed interno), attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie per comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno della Fondazione per via delle specificità dell'ambiente in cui esso opera in termini di strutture, rapporti con le altre realtà territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

▪ Il rischio corruzione connesso al contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha l'obiettivo di "evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento [...], sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni" (PNA 2016).

Per ciascuna area sono stati identificati degli indicatori che sono positivamente o negativamente correlati al fenomeno corruttivo (vedi tabella sotto riportata).

Una relazione positiva prevede che all'aumento di un determinato fattore (ad esempio: tasso di reati di peculato, malversazione, concussione, corruzione) sia correlato un aumento del rischio corruzione. Viceversa, una relazione negativa prevede che all'aumentare di un determinato fattore (ad esempio: numero di POS pro capite) sia associata una diminuzione del rischio corruzione. Di seguito, i principali indicatori scelti per ciascuna area verranno brevemente descritti in relazione alla loro connessione con il fenomeno corruttivo.

Con l'intento di dare riscontro alle numerose sollecitazioni, emerse in diversi incontri con i Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza degli Enti del sistema sanitario regionale, Regione Lombardia ha programmato degli incontri con esperti qualificati dell'Università Cattolica di Milano, incaricati da Polis Lombardia per fornire supporto agli enti per una elaborazione qualificata del contesto esterno ed interno del PTPCT.

Il Focus Group composto da cinque Enti del SSR, del quale la Fondazione è componente, è stato tra l'altro occasione di condivisione e di scambio di esperienze. Dal lavoro congiunto del Focus Group è emersa la condivisione dei seguenti punti:



- Criminalità
- Economia e mercato del lavoro
- Efficienza della pubblica amministrazione
- Demografia e società
- Relazioni con enti esterni.

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
Criminalità	Tasso di procedimenti penali per delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di peculato, malversazione, concussione, corruzione per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di procedimenti penali per riciclaggio di denaro calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di delitti di riciclaggio di denaro per cui l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale calcolato sulla popolazione residente o sul totale dei procedimenti	Positiva
	Tasso di denunce per riciclaggio di denaro sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione per delinquere sulla popolazione residente	Positiva
	Tasso di denunce per associazione di tipo mafioso sulla popolazione residente	Positiva
	Amministrazione comunale sciolta per infiltrazione mafiosa o numero di amministrazioni sciolte per infiltrazione mafiosa nella provincia	Positiva
	Tasso di denunce sulla popolazione residente	Positiva
Economia e mercato del lavoro	Perdita di gettito fiscale (<i>Tax gap</i> – misura di evasione fiscale)	Positiva
	Percentuale transazioni in contante sul totale delle transazioni	Positiva
	Numero di terminali POS pro capite	Negativa
	Numero di segnalazioni di transazioni sospette	Positiva
	Valore aggiunto pro capite	Negativa
	Prodotto interno lordo pro capite	Negativa
	Spesa socio-sanitaria sul totale della spesa pubblica provinciale/regionale	Negativa
	Indice di equilibrio economico generale	Negativa
	Tasso di imprese attive sul totale delle imprese	Negativa
	Tasso di mortalità aziendale (rapporto tra il numero di imprese cessate nell'anno e la popolazione di imprese nate/attive nell'anno)	Positiva
	Tasso di disoccupazione	Positiva
Efficienza delle PA	Indice di ricambio delle risorse umane o turnover delle risorse umane	Negativa
	Tasso di pazienti che si curano in un'altra provincia	Positiva
	Indice sulla Qualità delle Istituzioni – Institutional Quality Index (IQI)	Negativa
	Indicatori sulla soddisfazione degli utenti di aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, policlinici e IRCCS	Negativa

Area di rischio	Misura	Tipo di associazione
Demografia e società	Percentuale di donne attive sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Tasso di femminilizzazione del personale	Negativa
	Numero di giovani (18-35) attivi sul mercato del lavoro sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Personale con meno di 35 anni di età sul totale del personale	Negativa
	Numero di persone attive sul mercato del lavoro con titolo di studio superiore sul totale dei lavoratori attivi	Negativa
	Personale laureato o con titolo superiore sul totale del personale	Negativa
Relazioni con enti esterni	Sistema centralizzato di raccolta delle informazioni degli enti controllati	Negativa
	Presenza di un sistema di controllo sulle nomine negli enti controllati	Negativa
	Presenza di aziende sanzionate per corruzione tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse	Positiva
	Presenza di aziende collegate a persone politicamente esposte (PEP) tra gli enti controllati e/o i portatori di interesse	Positiva

Fonte: Polis-Lombardia



▪ Soggetti e ruoli

Al fine di attuare le strategie volte alla repressione della corruzione e dell'illegalità, la Legge n. 190/2012, i PNA e i PTPCT hanno individuato i soggetti esterni all'amministrazione di riferimento.

A livello nazionale e regionale vengono individuati i seguenti soggetti:

- ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione;
- ORAC: Organismo Regionale Anti Corruzione (Regione Lombardia);
- A.G.E.N.A.S. (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali);
- Corte dei Conti, attraverso le proprie funzioni di controllo, contribuisce ad individuare misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi;
- Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione (istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013): elabora e adotta le linee di indirizzo in materia di prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione;
- Conferenza Unificata Stato-Regioni;
- Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Prefetto che, ai fini della predisposizione del piano della prevenzione della corruzione, fornisce, su richiesta, il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA.

▪ Ascolto degli Stakeholder (portatori di interessi)

Particolarmente importante per l'Amministrazione è rilevare il grado di soddisfazione dei cittadini e degli stakeholder (portatori di interessi) per poter effettuare scelte più consapevoli, corrette e mirate nello svolgimento dell'attività di aggiornamento del Piano.

Per soddisfare tale necessità è opportuno che la Fondazione raccolga i feedback dei cittadini e degli stakeholder circa il livello di utilizzo e di utilità dei dati pubblicati e i reclami su ritardi e inadempienze riscontrate ovvero sulla qualità delle informazioni pubblicate.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo della comunità e degli stakeholder, la Fondazione intende coinvolgerli e dialogare con loro attraverso:

Modalità indirette:

- le segnalazioni e le valutazioni pervenute tramite posta elettronica o presentate direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che ricopre un ruolo fondamentale in tema;
- customer satisfaction: questionari volti a raccogliere il grado di soddisfazione dei degenti e dei pazienti ambulatoriali per le prestazioni sanitarie erogate dal Policlinico, distribuiti all'interno della Fondazione e messi a disposizione sul sito web istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente.
- da ultimo si è aggiunto anche il questionario volto a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi offerti in rete, in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività.

Modalità dirette:

- le osservazioni pervenute all'esito della pubblicazione del PTPCT in consultazione.

2.3.2 Contesto interno

Altro elemento fondamentale per la gestione del rischio è l'analisi del contesto interno che riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo.



Per contesto interno si intende l'ambiente interno nel quale l'organizzazione persegue i propri obiettivi. Esso è rappresentato da:

- struttura organizzativa, ruoli, responsabilità;
- attività, strategie, politiche, obiettivi;
- capacità, risorse e conoscenze (persone, processi, tecnologie);
- cultura dell'organizzazione.

L'analisi del contesto interno è basata sulla rilevazione e analisi dei processi organizzativi; essa tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura a rischio di corruzione.

La Fondazione è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ha natura giuridica di diritto pubblico ed è classificata come struttura sanitaria di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'oncologia.

Essa svolge, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, confermandosi quale centro di riferimento nazionale e ponendosi quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale, clinica e di assistenza.

La Fondazione, al fine esclusivo di reperire risorse aggiuntive da destinare alla ricerca e alla qualificazione del personale, può inoltre svolgere, in proprio o con altri soggetti pubblici e privati, in forma societaria o con altre forme di collaborazione attività strumentali, anche produttive, nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti per gli enti no-profit.

Sono organi della Fondazione: il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e il Collegio Sindacale.

▪ **Organizzazione**

Ai fini dell'espletamento della propria attività (core e no-core) che si estrinseca in offerta assistenziale, attività di ricerca, sperimentazione, studio e didattica, la Fondazione ha articolato l'organizzazione in tre macro-aree: area clinica, area di ricerca, area amministrativa che hanno, tra loro, punti di intersezione gestionali, funzionali e di processo che originano sia dalla natura e dagli scopi della Fondazione sia dalle correlate scelte strategiche di indirizzo economico-finanziario dell'ente. Per ulteriori dettagli in merito all'organizzazione dell'Istituto si rimanda al successivo paragrafo 3.1.

▪ **Rapporto di collaborazione con Università e Associazioni**

Università: con DGR n. X/1563/2014, la Regione Lombardia ha deliberato di integrare il Polo universitario centrale individuato per l'Università degli Studi di Milano con l'inserimento della Fondazione quale Istituto di riferimento per l'oncologia.

La relativa Convenzione ha lo scopo di regolamentare gli aspetti gestionali ed organizzativi per lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche dei corsi di studio pre e post-laurea dell'area medico/sanitaria e delle funzioni assistenziali ad esse connesse.

Associazioni no profit: presso la Fondazione svolgono la loro attività numerose Organizzazioni no-profit che operano all'interno dell'ente e che sostengono le attività di assistenza, di ricerca scientifica, di formazione e di informazione sanitaria a favore di pazienti e/o cittadini. I rapporti tra la Fondazione e le Associazioni no-profit sono disciplinati da apposito Regolamento.

Le Associazioni che a vario titolo collaborano con la Fondazione si caratterizzano per le differenti finalità: assistenza ospedaliera, supporto ai pazienti e loro familiari, diffusione delle conoscenze sulle malattie oncologiche specifiche e sullo sviluppo della ricerca scientifica.



▪ Rapporto di collaborazione tra amministrazioni

La collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni che operano nello stesso comparto o nello stesso territorio favorisce la sostenibilità economica e organizzativa del processo di gestione del rischio, anche tramite la condivisione di metodologie, di esperienze, di sistemi informativi e di risorse.

La Fondazione è stata inserita nel Focus Group ristretto di Regione Lombardia per l'analisi del contesto esterno e interno, collabora con il Gruppo Interaziendale spontaneo dei RPCT "Lombardia Ovest", del quale fanno parte i rappresentanti di n. 35 enti del SSR e fa parte al gruppo "ristretto" dei RPCT del territorio di Milano.

Nell'ambito della progettazione, "fare rete" vuol dire "capacità di soggetti simili e/o di varia natura di unire risorse, persone e conoscenze per raggiungere degli obiettivi comuni".

Tale caratteristica, richiesta ad esempio in molti bandi scientifici nazionali ed europei, può rendere più efficaci le attività e conseguentemente facilitare il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nella pratica "fare rete" vuol dire:

- condividere obiettivi comuni;
- concertare le azioni da svolgere;
- coinvolgere tutti i partner nella realizzazione del progetto.

In tale ottica, a titolo esemplificativo:

- è stato attivato un gruppo di lavoro permanente dei RPCT dei quattro IRCCS pubblici lombardi che ha portato alla definizione di criteri condivisi per la predisposizione dei rispettivi Piani Triennali e per la gestione/controllo di determinate aree di rischio presenti nei rispettivi Piani. Gli incontri e i momenti di scambio e comunicazione tra i 4 enti hanno portato alla creazione di modelli e documenti, all'individuazione di indicatori di anomalia e aree di rischio comuni con analoghe misure di prevenzione dei rischi;
- sono state sottoscritte molteplici convenzioni sanitarie con altri enti del SSR;
- i quattro IRCCS pubblici lombardi, con il coinvolgimento di Regione Lombardia, hanno fruttuosamente coltivato interlocuzioni istituzionali e tecniche tra loro e con la società Arexpo S.p.A., dalle quali è emerso un comune interesse, conformemente alle rispettive finalità istituzionali, in ordine alla costituzione della Fondazione per l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico (FITT).

▪ Soggetti della Fondazione coinvolti nella prevenzione della corruzione

- Organi di indirizzo: Presidente e Consiglio di Amministrazione;
- Direzione Strategica: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico
- Altri soggetti:
 - Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT): è la figura cardine su cui si regge il sistema di anticorruzione di livello aziendale delineato con la legge del 6 novembre 2012, n. 190.
 - I Dirigenti: per area di competenza svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono misure di prevenzione, assicurano l'osservanza del Codice Etico e verificano eventuali ipotesi di violazione, adottano le relative misure gestionali quali l'avvio di procedimenti disciplinari ove di competenza, ed osservano le misure contenute nel presente Piano.
 - I Referenti per la prevenzione e la trasparenza: individuati dai Dirigenti, svolgono, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione.



- Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: partecipa al processo di gestione del rischio nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e attesta altresì l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della Fondazione in ottemperanza al dettato normativo in tema di trasparenza.
- Il Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti (RASA): è il responsabile della verifica e/o della compilazione e dei successivi aggiornamenti (almeno annuali) delle informazioni e dei dati identificativi delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.
- Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio (GSA): ha il compito d'inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio.
- Il Comitato di coordinamento dei controlli interni: è presieduto dal RPCT, al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità attraverso strumenti qualificati di orientamento dei sistemi di gestione. Tale organismo è chiamato a perseguire la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo strumento strategico che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente con le strategie aziendali.
- L'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.): svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; propone inoltre l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento.
- L'Internal Auditing: è una funzione di controllo che risponde direttamente al Direttore Generale e mantiene i rapporti con le omonime funzioni degli altri IRCCS pubblici per la progettazione della formazione e la pianificazione dei controlli annuali.
- La funzione di controllo della Qualità delle prestazioni e dei servizi: è attivata presso la s.c. Qualità e Risk management, responsabile di attuare i programmi di valutazione e miglioramento della qualità secondo procedure validate a livello regionale e a livello internazionale.
- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) rappresenta il punto di incontro tra la Fondazione, i pazienti e i loro familiari.
- I dipendenti della Fondazione partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. e segnalano al proprio dirigente casi di potenziale conflitti di interesse.
- I Collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione osservano le misure contenute nei PTPCT, segnalano le situazioni di illecito al dirigente di riferimento ovvero mediante l'utilizzo della procedura di whistleblowing.

2.3.3 Mappatura dei processi

La fase dell'analisi del contesto risulta fondamentale per passare alla fase successiva, denominata mappatura dei processi, che consente di individuare i processi svolti, i loro collegamenti e le relazioni interconnesse. Attraverso la mappatura dei processi l'immagine dell'amministrazione da statica e articolata si trasforma in un corpo sociale in movimento al cui interno le persone cooperano per realizzare i processi e l'interesse collettivo.

Essa consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, presenti nell'ente. L'obiettivo finale è che l'intera attività svolta dalla Fondazione venga gradualmente esaminata, così da identificare aree che, per ragioni della natura e peculiarità delle stesse, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è stata articolata in tre fasi ben distinte:



- Identificazione
- Descrizione
- Rappresentazione

Nella prima fase (identificazione) è stata individuata e definita, con l'ausilio dei dirigenti e referenti delle strutture coinvolte dal PTPCT, la lista dei processi da esaminare e descrivere.

Una volta identificati i processi, è stato necessario comprendere le modalità di svolgimento del processo, attraverso la "descrizione" (fase 2). Tale procedimento è particolarmente rilevante perché consente di identificare le criticità del processo, in funzione delle sue modalità di svolgimento. La scelta della Fondazione è stata quella di giungere a una descrizione analitica dei processi identificati, in maniera progressiva, nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, tenendo conto delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili.

L'ultima fase della mappatura dei processi è stata la rappresentazione degli elementi descrittivi di ogni specifico processo preso in esame.

Alla luce di quanto descritto, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha individuato i processi e i sottoprocessi rientranti in determinate aree tematiche in cui potenzialmente si possono annidare fenomeni antigiuridici o inopportuni; successivamente, ha sottoposto tali processi all'analisi del rischio.

ANALISI DEL RISCHIO

L'attività di analisi del rischio, oltre a rappresentare uno degli adempimenti previsti nel PTPCT, costituisce la base per la classificazione e l'aggiornamento dei settori a rischio corruzione.

L'attività di analisi è stata eseguita per ogni processo mappato.

Al fine di individuare i rischi corruttivi, con l'ausilio dei dirigenti e degli operatori sono stati ipotizzati eventi potenzialmente dannosi legati ai processi analizzati. Successivamente, sono state individuate le cause di ogni rischio (a titolo esemplificativo, tra le cause più diffuse ci sono regolamenti eccessivamente discrezionali, controlli assenti o poco puntuali, responsabilità connesse ad un singolo soggetto o assenza di competenza, conflitto di interessi).

L'analisi del rischio ha portato a un maggior dettaglio dei processi analizzati e a una più efficace individuazione delle misure correttive collegate.

L'aggiornamento per l'anno 2023 è stato il frutto della collaborazione sistematica tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) e i Responsabili delle strutture delle aree a maggior rischio. Tale collaborazione ha consentito di introdurre nel PTPCT misure ulteriori rispetto a quelle generali o di sistema previste dai PNA.

Inoltre, questa modalità di lavoro ha consentito a dirigenti e agli operatori di rivedere i processi sui quali abitualmente intervengono, per migliorarli dal punto di vista della trasparenza e dell'anticorruzione.

L'applicazione di tale metodo di lavoro ha pertanto condotto:

- all'aggiornamento della mappatura delle aree a maggior rischio corruzione e della relativa valutazione di rischio;
- all'aggiornamento e sviluppo di ulteriori misure di prevenzione della corruzione e relativi indicatori individuati con i dirigenti delle strutture interessate.



2.3.4 Rischi corruttivi potenziali e concreti

Per “rischio” o “evento rischioso” si intende l’evento che, in relazione ai processi considerati potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi.

Pertanto, per quanto riguarda i sistemi di gestione del rischio corruttivo, data l’ampiezza delle situazioni che possono rientrare nella categoria di “rischio”, chiedere a un’amministrazione di elaborare una strategia di prevenzione del rischio corruttivo significa chiedere alla stessa di attuare scelte organizzative razionali, nella consapevolezza che tali scelte sono comunque correlate alle informazioni disponibili.

In ogni caso, la normativa anticorruzione ha portato la Fondazione ad analizzare le dinamiche che possono favorire un contesto corruttivo, adottando un sistema di gestione del rischio ex ante che non può essere completo solo con i principi delineati dalla stessa legge 190/2012, ma necessita di approfondire il sistema di attori e relazioni interne ed esterne alle singole amministrazioni, al fine di costruire una strategia preventiva adeguata.

Pertanto, l’Amministrazione ha posto come riferimento per le strategie di prevenzione del rischio corruttivo elementi che puntano a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, nonché che agevolino la scoperta di fenomeni di corruzione e, inoltre, in grado di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

A tal fine, come già rappresentato nei paragrafi precedenti è stato sviluppato un processo di valutazione e gestione del rischio comprendente diverse fasi, al fine di attuare un ciclo di risk management efficace:

- Analisi del contesto
- Mappatura dei processi
- Analisi del rischio
- Trattamento del rischio
- Monitoraggio

Il risultato è riscontrabile nello sviluppo delle misure di prevenzione dei rischi previste nei PTPCT della Fondazione, e in particolare:

- Trasparenza
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici
- whistleblowing (Regolamento adottato con Determinazione n. 89DG del 9 marzo 2022 e pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web della Fondazione);
- pantouflage
- formazione per i dipendenti della Fondazione
- gestione dei conflitti di interessi
- inconfiribilità e l’incompatibilità degli incarichi
- rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA 2019 per il triennio 2023/2025 sono state individuate ulteriori misure di prevenzione quali:

- assegnazione di specifici obiettivi al personale dirigenziale e del comparto della Fondazione in materia di anticorruzione e trasparenza;
- obbligo di sottoscrizione dei “patti di integrità” negli appalti e “avvisi per la trasparenza preventiva”.

L’elaborazione e la conseguente attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, tutela della legalità e trasparenza tiene conto dei seguenti vincoli:



- vincolo culturale connesso al prevalente carattere “innovativo” della disciplina che richiede, da un lato, interventi di tipo interpretativo, dall’altro, l’applicazione progressiva e graduale dei nuovi istituti previsti;
- vincolo derivante dall’invarianza finanziaria che impone di realizzare gli obiettivi sopra indicati con le limitate risorse economiche, umane e strumentali a disposizione. Con riferimento alla invarianza finanziaria è necessario, in relazione agli obiettivi da raggiungere e al miglioramento delle performance, individuare le priorità di investimento in ambito formativo, organizzativo e gestionale;
- vincolo organizzativo: l’attività di contrasto alla corruzione prevede incombenze aggiuntive per i responsabili delle strutture interessate e per lo stesso RPCT che si sovrappongono alle normali attività di rispettiva competenza.

2.3.5 Trattamento del rischio

La fase di “trattamento del rischio” è costituita dalle attività di individuazione delle azioni identificate come idonee a prevenire l’accadimento di un determinato rischio definito in fase di analisi.

In questa fase si è proceduto a mitigare il rischio con azioni costruite ad hoc, costituite da misure obbligatorie e da misure ulteriori la cui decisione di applicazione deriva dalla sopra richiamata mappatura. Per garantire che le misure previste siano sostenibili, concrete e realizzabili, con riferimento a ciascuna di esse, è stata individuata una tempistica di attuazione che si sviluppa nel rispetto dell’arco temporale di vigenza del PTPCT. Le misure individuate sono programmate con l’indicazione di tempi, indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Le aree di rischio analizzate sono le seguenti:

Aree Generali

- Contratti pubblici / Affidamento di Lavori, Servizi e Forniture
- Incarichi e nomine / Acquisizione e progressione del personale
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni / Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari

Aree specifiche

- Ricerca
- Attività libero professionale e liste di attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

La valutazione del rischio avviene in tre fasi: identificazione, analisi e ponderazione.

IDENTIFICAZIONE

Ai fini dell’identificazione del rischio, si è provveduto a definire l’oggetto di analisi, definire le tecniche di identificazione e fonti informative e Individuare i rischi.

ANALISI

Si riporta di seguito l’elenco dei FATTORI ABILITANTI considerati:

- Mancanza parziale o totale di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in questo caso, l’analisi dovrà dare conto se vi sia totale mancanza di misure di rischio in atto e/o inefficaci;
- Mancanza di trasparenza;
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;



- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- Scarsa responsabilizzazione interna (intesa come scarso senso di responsabilità degli operatori);
- Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- Inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

PONDERAZIONE

Come meglio specificato nel PTPCT, la Fondazione ha iniziato un percorso di analisi e ponderazione del rischio applicando una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in "Ottimo – Buono – Sufficiente – Mediocre – Scarso", in base a motivate valutazioni sulla base di:

- **Specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori:**

- Livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio.
- Grado di discrezionalità del decisore: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale, determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
- Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità.
- Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.
- Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi.

- **Dati oggettivi, a supporto della valutazione:**

- Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione.
- I reati contro la PA;
- I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.
- Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità.
- I reclami e le risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.)

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata da un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso la Fondazione (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi. Di seguito la tabella con i relativi indicatori:



L'analisi del rischio aggiornata, anche attraverso l'elaborazione di un "registro dei rischi", ha portato ad una valutazione complessiva che il rischio si verifichi "accettabile", evidenziando all'interno della Fondazione poche aree a rischio "critico".

REGISTRO DEI RISCHI			
A= discrezionalità B= presenza di interessi economici/personali C= segnalazioni pervenute/pregressi giudiziari D= livello di partecipazione del responsabile di Struttura alla predisposizione del PTPCT E= partecipazione alla cultura della legalità F= controlli programmati	A: valore da 1 a 5 B: valore da 1 a 5 C: valore da 1 a 5 D: valore da 5 a 1 E: valore da 5 a 1 F: valore da 5 a 1		Valutazione rischio qualitativo 6-10 marginale 11-16 accettabile 17-23 rilevante 24-30 critico

2.3.6 Trasparenza

Nel corso dell'anno 2022 è proseguita l'attività di implementazione della sezione nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Tale attività è stata condotta mediante un monitoraggio periodico dei documenti e dei dati pubblicati con la finalità di accertare la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento e la conformità delle informazioni presenti nella sezione oltre che l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di pubblicità.

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta, infatti, uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.

Il D.Lgs. n. 150/2009 definisce la trasparenza come "accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle Amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità" (art. 11).

La Legge 190/2012 in materia di prevenzione della corruzione ha costituito un ulteriore tassello nel progetto di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e diffusione delle informazioni degli enti pubblici, introducendo aggiuntivi e rilevanti obblighi ed elevando i livelli di visibilità, nella convinzione che la trasparenza sia tra le principali armi con cui combattere il fenomeno della corruzione.

Il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione e ha previsto la pubblicazione, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni dei documenti, dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti stessi direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione (art.2).

A seguito dell'emanazione del D. Lgs. n. 97/2016 è stato rafforzato il concetto di trasparenza inteso quale "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche



Amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma anche come strumento di partecipazione all'attività amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini.

Il presente Piano contiene, in questo paragrafo e nella tabella Allegata al Piano Anticorruzione che ne costituisce parte integrante e sostanziale, la programmazione delle azioni e dei flussi informativi attivati o da attivare nel triennio 2023/2025 per dare attuazione, da un lato agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013, dall'altro a misure ulteriori di trasparenza individuate dai Responsabili delle aree a maggior rischio di corruzione, nell'ambito degli incontri periodici con il RPCT, in attuazione dell'obiettivo strategico inerente la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

La Fondazione si prefigge, attraverso l'attuazione di tali azioni, di garantire il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati e l'accessibilità alle notizie ed informazioni della Fondazione, al fine di consentire l'attiva partecipazione dei cittadini, la piena conoscenza dei servizi resi, le caratteristiche qualitative e le modalità di erogazione degli stessi, promuovendo al tempo stesso l'integrità e la legalità dell'attività amministrativa.

Il processo di formazione e di attuazione della programmazione in materia di trasparenza si articola in una serie di fasi tra loro strettamente collegate per ognuna delle quali sono stati identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Nel Piano Anticorruzione al presente piano è riportato, in formato tabellare:

- a) l'elenco dei dati, documenti e informazioni soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi delle leggi vigenti;
- b) l'indicazione delle tempistiche per pubblicare ed aggiornare i suddetti dati documenti e informazioni;
- c) l'indicazione dei soggetti responsabili della predisposizione/raccolta di dati e documenti e della loro pubblicazione;
- d) la periodicità del monitoraggio.

I dirigenti di struttura sono individuati, secondo competenza, quali responsabili della predisposizione/raccolta di dati e/o documenti, in formato aperto e accessibile secondo le disposizioni vigenti, e dell'inoltro degli stessi all'ufficio deputato alla pubblicazione, mediante utilizzo di apposita casella di posta elettronica (redazione sito web). Il dirigente responsabile della predisposizione e trasmissione dei dati e/o documenti verifica l'effettiva corretta pubblicazione di dati e informazioni da parte dell'ufficio deputato alla pubblicazione, dandone riscontro allo stesso nonché al RPCT.

Il sito web della Fondazione svolge la funzione di informazione agli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, etc.), sulle attività e sull'erogazione dei servizi, secondo quanto indicato nelle delibere CIVIT n. 105/2010, n. 2/2012 e nelle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali 2 marzo 2011 e 15 maggio 2014 e successive modifiche.

Nel caso in cui le informazioni contengano anche dati personali, sono rispettati i principi di cui al Regolamento UE 679/2016, recepito con D.Lgs. n. 101/2018.

La Fondazione in attuazione al D.Lgs. n. 33/2013, ha realizzato sin dal 2013, sulla home page del proprio sito internet www.istitutotumori.mi.it, la sezione "Amministrazione Trasparente".



In tale sezione sono pubblicati i dati e i documenti per i quali le disposizioni normative prevedono l'obbligo di pubblicazione nonché le ulteriori misure di trasparenza individuate dal presente piano come misure di specifica prevenzione della corruzione.

La realizzazione del sito web della Fondazione e della sezione "Amministrazione Trasparente" hanno tenuto conto dei concetti di:

- usabilità, per rispondere meglio alla "reperibilità" di informazioni, in modo completo, chiaro, affidabile e semplice;
- accessibilità, nel rispetto dei parametri previsti dalle disposizioni vigenti per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici;

Nel rispetto di tali principi, la Fondazione:

- persegue la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto;
- individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e di non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di cittadini e di portatori di interesse, adoperandosi per favorire l'accesso ai dati anche a soggetti che non utilizzano le tecnologie informatiche.

Tra gli adempimenti di trasparenza rientra inoltre la previsione dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

La Fondazione si è dotata di caselle istituzionali PEC ed è censita nell'IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni). Sulla home page del sito istituzionale vi è un'apposita sezione "Posta Elettronica Certificata" nella quale è pubblicato l'elenco delle caselle di posta elettronica certificata (PEC) attive presso la Fondazione, con l'indicazione specifica dell'indirizzo di ogni struttura.

L'istituto dell'accesso civico, come inizialmente previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, è stato significativamente ampliato dal D.Lgs. n. 97/2016 che lo ha articolato in due fattispecie:

- accesso civico "semplice", preesistente all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 97/2016, concernente dati e documenti soggetti a pubblicazione obbligatoria;
- accesso civico "generalizzato", introdotto con il D.Lgs. n. 97/2016, concernente invece dati, documenti e informazioni ulteriori non soggetti ad obbligo di pubblicazione.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (Freedom of Information Act) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013.

L'accesso può essere esercitato dal cittadino mediante un'istanza presentata facendo uso della modulistica predisposta dalla Fondazione, a seconda della tipologia di accesso, come previsto dal Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato della Fondazione pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web della Fondazione (Deliberazione C.d.A. n. 146F del 31 ottobre 2017).



Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura organizzativa

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il **modello organizzativo** dell'INT, nel 2022, è stato modificato con il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con Delibera del CdA n. 28F seduta n. 43 del 25 maggio 2022. Tale modello abbraccia la visione innovativa proposta dalla D.G.R. n. XI/6278/2022 che, pur mantenendo in vita la tradizionale relazione univoca verticale, valorizza l'importanza delle relazioni funzionali trasversali alle diverse componenti di area sanitaria e area amministrativa, al fine di garantire un costante raccordo tra gli ambiti di responsabilità delle Direzioni strategiche aziendali e di realizzare la piena integrazione delle conoscenze e delle risorse umane, strumentali, logistiche ed economiche.

Il sistema di governo dell'INT si fonda su un insieme complesso di principi, di procedure e di regole di ogni livello (leggi, regolamenti etc.) e si pone come obiettivo la direzione del processo di creazione di valore all'interno dell'Istituto, così da rispondere alle aspettative dei diversi portatori di interesse.

La **governance** viene esercitata attraverso gli organi della Fondazione:

- Il *Consiglio di Amministrazione (CdA)* a cui spetta con il Presidente l'azione di indirizzo e governo
- Il *Presidente* a cui compete la legale rappresentanza della Fondazione
- Il *Direttore Generale*, a cui compete il potere datoriale (datore di lavoro), insieme al Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo (la Direzione Strategica) esercita l'azione di direzione e controllo ai fini dell'organizzazione e della gestione dell'Istituto
- Il *Direttore Scientifico* a cui compete la direzione e controllo dell'attività di ricerca
- Il *Collegio Sindacale* a cui spetta l'attività di controllo amministrativo-contabile
- Il *Collegio di Direzione* è un organo collegiale che supporta in modo consultivo il Direttore generale nelle linee di programmazione e sviluppo dell'Istituto

La nuova legge regionale conferma nell'articolazione del SSL le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico come enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, in campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Ad essi è garantita piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, secondo la disciplina dei relativi statuti, concorrendo all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7 della L.R. 22/2021.

La **gestione** dell'Istituto si basa su un nuovo modello che vede un insieme coordinato di operazioni che l'Istituto compie per raggiungere gli obiettivi prefissati, attraverso una gestione per processi e un'organizzazione gestionale e produttiva a matrice nel rispetto delle attività di indirizzo e controllo, dei rapporti e delle relazioni con l'esterno. Tale modello è basato sull'unitarietà di azione della Direzione Strategica, che si avvale di uno staff unico (denominato Tecnostruttura gestionale), distinguibile e riconducibile gerarchicamente in strutture di staff e line della direzione generale, amministrativa, sanitaria, di ricerca, ma funzionalmente operano in modo trasversale, integrato e diretto con la direzione strategica. Il modello organizzativo è a matrice, modello finalizzato ad agevolare la gestione delle attività per processo e non solo per funzione.

Il modello organizzativo dell'Istituto, in coerenza con le direttive regionali, evidenzia i rapporti esistenti tra Organi, Organismi, Strutture, Soggetti Istituzionali, Stakeholders etc. ed è così articolato:



- **Strutture e funzioni di staff** afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica.
- **Dipartimenti** articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici. I Dipartimenti previsti per l'INT sono sia di tipo gestionale che interaziendali:
 - **Dipartimenti Gestionali** sono costituiti da strutture complesse semplici e semplici dipartimentali.
 - **Dipartimenti Interaziendali** derivano dall'aggregazione di unità o servizi appartenenti ad un unico ospedale e ospedali diversi volti alla gestione integrata di attività assistenziali.
- **Strutture Complesse:** unità organizzative dotate di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico e in possesso di requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza.
- **Strutture Semplici:** unità organizzative afferenti ad una struttura complessa o in staff alla Direzione Aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite al Direttore sovraordinato.
- **Strutture Semplici Dipartimentali:** unità organizzative afferenti gerarchicamente al Dipartimento e dotate di autonomia gestionale e organizzativa e specificità professionale.
- **Incarichi professionali di altissima professionalità e specialità e /o funzionali:** incarichi funzionali che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici.

L'ORGANIGRAMMA

Staff Direttore Generale

Struttura e Funzioni	Tipo
Sistemi Informativi	Struttura Complessa
Controllo di Gestione	Struttura Semplice
URP	Ufficio
Prevenzione e Protezione Aziendale - SPP	Ufficio
Trasparenza e Anticorruzione	Responsabile
Internal Auditing – Sistemi di Controlli Interni	Responsabile
Privacy e DPO	Responsabile
Ufficio Pubblica Tutela	Referente
Medico competente e Attività di Sorveglianza sanitaria	Funzione
Funzioni di culto	
CUG	
CCCI	

Staff Direttore Scientifico

Struttura	Tipo
Clinical Trial Center	Struttura Semplice
Trasferimento Tecnologico (TTO)	Struttura Semplice
Grant Office e Servizi alla Ricerca	Struttura Semplice

Staff **Direttore Sanitario**

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Direzione Medica di Presidio	Accreditamento e Certificazioni Internazionali
Direzione Professioni Sanitarie	
Ingegneria Clinica	
Farmacia Ospedaliera	Centrale preparazioni farmaci
	Farmaeconomia e acquisti
Qualità e Risk Management	
	Nutrizione Clinica
	Gestione Operativa

i Dipartimenti Gestionali:

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

Struttura	Tipo
Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Struttura Complessa
Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Struttura Complessa
Gestione Acquisti	Struttura Complessa
Affari Generali e Legali	Struttura Complessa
Accoglienza - CUP e Libera Professione	Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale	Struttura Complessa

Dipartimento Chirurgia Oncologica

Strutture Semplici Dipartimentali	
Chirurgia Generale Oncologica 6 – Oncologia Pediatrica	
Laser Terapia	
Day Surgery Oncologico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Chirurgia Generale Oncologica 1 – Epato-gastro-pancreatica	Trapianti di fegato
Chirurgia Generale Oncologica 2 - Colonretto	Tumori Ereditari Apparato Digerente
	Tumori Peritoneali
Chirurgia Generale Oncologica 3 – Senologia	Senologia Chirurgica Integrata
Chirurgia Generale Oncologica 4 - Melanomi	Chirurgia Oncologica oculare
Chirurgia Generale Oncologica 7 – Sarcomi	
Chirurgia Plastica	
Chirurgia Toracica	
Ginecologia Oncologica	
Otorinolaringoiatria Oncologica	Chirurgia Maxillo Facciale
Urologia Oncologica	Tumori Pene e Testicolo
Anestesia Rianimazione	Anestesia e Blocco Operatorio
	Terapia Intensiva



Dipartimento Oncologia ed Ematologia

Strutture Semplici Dipartimentali	
Genetica Medica	
Oncologia Medica 4 – Cure supporto internistico e geriatrico	
Day Hospital Oncologico	
Oncologia Medica Genitourinaria	
Farmacologia Clinica	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Cure Palliative - Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione	
Ematologia	
Oncologia Medica 1	Oncologia Medica Gastroenterologica
	Oncologia Medica Toracopolmonare
	Oncologia Medica Melanomi
	Oncologia Medica Senologica
	Immunoterapia Clinica dei Tumori e Terapie Innovative
Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari	
Oncologia Medica 3 - Tumori Testa Collo	
Oncologia pediatrica	

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

Strutture Complesse	Strutture Semplici
Fisica Sanitaria	Radioprotezione
Medicina Nucleare	Diagnostica PET
	Terapia Medico Nucleare
Radiologia Diagnostica e Interventistica	Ecografia Interventistica
	Radiologia Senologica
	Interventistica Oncologica
	Diagnostica Oncologica Muscolo Scheletrica
	Diagnostica Oncologica Pediatrica
Radioterapia	Radioterapia Tumori Mammella
	Radioterapia Tumori Genitourinari
	Radioterapia Pediatrica

Dipartimento Servizi e Diagnostica avanzata

Strutture Semplici Dipartimentali	
Psicologia Clinica	
Pneumologia	
Biobanca	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Anatomia Patologica 1	Digital Pathology
Anatomia Patologica 2	Emopatologia Molecolare
	Diagnostica e Ricerca Molecolare
	Tumori dei Tessuti Molli



Cardiologia	
Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	
Medicina di laboratorio	
Servizio Immunoematologia Trasfusionale (SIMT)	

Dipartimento Oncologia Sperimentale

Strutture Semplici Dipartimentali	
Immunologia Traslazionale	
Stabulario	
Biologia Integrata Tumori Rari	
Ricerca Nutrizionale e Metabolomica	
Medicina Predittiva Basi Molecolari e Rischio Genetico	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Farmacologia Molecolare	
Epigenomica e Biomarcatori dei Tumori Solidi	Epigenomica Molecolare
Immunologia Molecolare	Microambiente e Biomarcatori Tumori Solidi

Dipartimento Epidemiologia e Data Science

Strutture Semplici Dipartimentali	
Epidemiologia Valutativa	
Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario	
Strutture Complesse	Strutture Semplici
Data Science	Bioinformatica e Biostatistica
	Biostatistica per la Ricerca Clinica
Epidemiologia e Prevenzione	Registro Tumori
	Epidemiologia Ambientale

SISTEMI DEGLI INCARICHI

Il sistema degli incarichi di posizione dirigenziale, realizzato in Fondazione nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi. Tale sistema, che si basa sui principi di autonomia, di responsabilità e di valorizzazione del merito e della prestazione professionale nel conferimento degli incarichi, è:

- volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti;
- funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria nazionale e regionale nonché a promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

Il conferimento delle deleghe si basa su criteri che, coerentemente con l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale introdotto dalla legge regionale e con il modello organizzativo a matrice del POAS,



identificano nei dirigenti dello staff della Direzione Strategica e delle linee la responsabilità nelle fasi di attuazione delle politiche gestionali dell'IRCCS, nell'ottica dell'integrazione e del graduale superamento di un modello gerarchico/funzionale.

La Direzione Strategica assume unitariamente la responsabilità di indirizzo generale e di controllo/supervisione e si avvale per la gestione dell'Istituto di uno staff che incorpora e fonde diverse competenze, riorganizzate in aree di bisogno gestionale, per favorire il "governo" delle attività per processo.

Tutti gli incarichi, sia di natura gestionale sia di natura professionale, nonché quelli di responsabile di incarico funzionale, saranno attribuiti, con provvedimento motivato, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa, dal CCNL, dagli accordi decentrati e dalla regolamentazione aziendale.

Ai sensi del CCNL del 17 maggio 2018 riferito al Comparto Sanità, la disciplina riferita agli incarichi di coordinamento e di Posizioni Organizzative, che potrebbe essere modificata con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 2019-2021, è confluita in quella degli incarichi di funzione.

In particolar modo, l'art. 14 del CCNL ha istituito, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale,

demandando alle singole realtà il compito di definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nel CCNL stesso;

La mappatura degli incarichi di funzione specifica, per ciascun incarico, la denominazione, la tipologia, la Direzione/Dipartimento di appartenenza e l'appartenenza gerarchica/struttura.

L'identificazione degli incarichi di funzione è avvenuta in coerenza con l'assetto organizzativo interno della Fondazione come scaturente dal POAS.

Completano, infine, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti e delle strutture gli *incarichi professionali di alta specialità*, che assicurano prestazioni di altissima specializzazione, e da *incarichi funzionali*, con rilevanza all'interno della struttura di assegnazione per la loro competenza specialistico-funzionale.



3.2 Piano triennale di fabbisogni di personale

La programmazione proposta per il PTFP 2023-2025 tiene conto degli assetti organizzativi del nuovo POAS, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri recepiti nelle DGR regionali.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 - 2025 riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non strutturato;
- il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra;
- la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria.

La Fondazione, in quanto Ente pubblico, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezioni pubbliche, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 487/1994 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"
- DPR 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"
- DPR 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi ed avvisi pubblici, la Fondazione, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e c.d. "stabilizzazione" ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i.).

3.2.1 Consistenza del personale al 31.12.2022

La consistenza del personale al 31.12.2022 è rappresentata nella tabella seguente mostrando, oltre ai profili professionali presenti in Istituto, distinti tra dirigenza e comparto, l'effettivo personale reclutato e attivo al 31.12.2022, nonché la previsione dei reclutamenti per la sostituzione delle cessazioni e dei pensionamenti che avverranno nei primi mesi del 2023, così da completare l'organico previsto nella dotazione autorizzata per il 2022.

La dotazione organica 2022, distinta per personale destinato all'attività ospedaliera e quello per la ricerca, è il punto di partenza per la programmazione strategica del 2023 e per lo sviluppo del Piano Triennale di Fabbisogni di personale 2023-2025.



Profili	OSPEDALE			RICERCA			COMPLESSIVO
	31.12.2022	Turn Over 2022	Dotazione Organica 2022	31.12.2022	Turn Over 2022	Dotazione Organica 2022	Dotazione Organica 2022
DIRIGENZA MEDICA	283	+3	286	4		4	290
DIRIGENZA SANITARIA	42		42	18		18	60
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2		2				2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4		4				4
DIRIGENZA TECNICA	3		3	2		2	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6		6				6
TOTALE DIRIGENZA	340	+3	343	24	-	24	367
PERSONALE INFERMIERISTICO	457	+8	465				465
PERSONALE TECNICO SANITARIO	181	+2	183				183
ASSISTENTI SANITARI	2		2				2
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1		1				1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	17	+1	18				18
ASSISTENTI SOCIALI	2		2				2
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	123	+2	125				125
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	165	+3	168				168
PERSONALE AMMINISTRATIVO	263	+7	270				270
RICERCATORE E COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				153		153	153
TOTALE COMPARTO	1.211	23	1.234	153	0	153	1.387
TOTALE COMPLESSIVO	1.551	26	1.577	177	0	177	1.754

3.2.2 Programmazione strategica 2023

Nel Piano Triennale dei fabbisogni del personale sono state inserite le nuove dotazioni organiche per gli anni 2023, 2024 e 2025 e i nuovi fabbisogni espressi in FTE e relativi costi per le suddette annualità.

Come da indicazioni regionali, la scheda della dotazione organica di ogni anno è stata distinta in 2 sezioni:

- Ospedale
- Ricerca

Il Piano è costruito prevedendo la completa sostituzione del turn over nel triennio considerato.

Le figure in incremento per il 2023 sono espresse in FTE e costi per metà anno, prevedendone il reclutamento verso la metà dell'anno. Per le figure di dirigenti per i quali si propone il passaggio da sezionale ricerca a sezionale assistenza e per 5 dei 14 infermieri di ricerca che si propone di stabilizzare sul sezionale assistenza, FTE e Costi sono esposti per l'intero anno. Per gli anni 2024 e 2025 tutte le figure in incremento sono considerate per intero.

Il Piano prevede il reclutamento nel limite del budget dei costi autorizzati nel PTFP e di quelli necessari che dovranno essere autorizzati nel BPE ovvero in sede di assestamento con decreti successivi.

La Dotazione Organica è stata determinata, per la parte Ospedale e per la parte di Ricerca, secondo quanto previsto ai successivi punti 4 e 5.

Il numero di teste della dotazione organica 2023 della Fondazione è stato individuato tenuto conto come base di partenza della Dotazione Organica 2022 di INT approvata con D.G.R. 7 marzo 2022, n. XI/6062 e adottato in via definitiva con Decreto Presidenziale 4 aprile 2022, n. 30DP, adeguandola secondo i criteri indicati nelle istruzioni di compilazione della proposta PTFP 2023-2025, per gli ambiti compatibili con la natura di INT.

Gli incrementi richiesti sono motivati principalmente dalla necessità di garantire il Rispetto dei Tempi d'Attesa.



L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che devono essere garantiti in modo equo e trasparente all'utenza.

La Conferenza Stato-Regioni ha redatto le linee guida di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato al fine di garantire di rendere omogeneo sul territorio italiano l'approccio al governo di tale percorso.

Regione Lombardia ha preso atto dell'importanza strategica che riveste il rispetto dei tempi massimi di attesa dei ricoveri chirurgici, in particolare quelli oncologici organizzando negli ultimi anni una serie di azioni finalizzate a raggiungere questo obiettivo.

A decorrere dal mese di gennaio 2022, la Direzione Strategica dell'INT ha avviato il processo di ridefinizione degli obiettivi, dei livelli di responsabilizzazione e di coinvolgimento del personale relativamente ai tempi d'attesa attraverso un controllo di gestione efficace nonché di meccanismi di integrazione organizzativa tra le singole strutture ospedaliere, in grado di affrontare e risolvere le problematiche che attraversano trasversalmente più Unità Operative.

L'INT, data la sua peculiarità di IRCCS mono-specialistico oncologico di riferimento nazionale, tratta un numero elevatissimo di pazienti in classe A e quindi presenta un'altissima complessità nella gestione delle liste di attesa dovendo coniugare più esigenze assistenziali.

L'integrazione di personale all'interno delle singole unità operative ha tra i principali obiettivi quello di erogare un più alto numero di ricoveri/ prestazioni ambulatoriali rispettando i tempi di attesa previsti dalla classe di priorità.

Di seguito, in sintesi, i progetti che hanno portato alla richiesta e all'ottenimento degli incrementi di personale nel piano triennale.

▪ **Anestesia e Blocco Operatorio**

La standardizzazione avviata nel corso del 2022 sul percorso del paziente chirurgico, e il conseguente riordino dell'attività del Blocco Operatorio al fine di adeguarlo agli standard di attività previsti da Agenas, ha determinato la necessità di rideterminare l'organico, pur mantenendo attività incentivate che rappresentano un punto di attrattività per la struttura da parte dei professionisti.

▪ **Chirurgia Oncologica Oculare**

Lo sviluppo del progetto di Oncologia Oculare presso INT, ha portato in pochi anni alla creazione di una struttura semplice volta al trattamento di pazienti affetti da Melanomi e altri tumori. La struttura è un riferimento regionale che evita le cure all'estero. Inoltre, al fine di garantire il rispetto dei requisiti di accreditamento, si impone il potenziamento del Team di chirurghi oculisti che consentirà di rispondere alla crescente domanda di salute di pazienti pediatrici e adulti e un'ottimizzazione della presa in carico dei pazienti già trattati negli ultimi anni.

▪ **Chirurgia Sarcomi**

Con l'approvazione del nuovo piano di organizzazione aziendale strategica (POAS) è stata prevista la creazione di un'unità operativa complessa di chirurgia dei sarcomi, portando in evidenza la presenza presso la Fondazione di un centro ad alta specialità, già punto di riferimento a livello nazionale e internazionale per il trattamento chirurgico dei sarcomi. La peculiarità della patologia e la necessaria expertise dei professionisti coinvolti rende necessario l'ampliamento del team per garantire l'offerta di risposta ai bisogni di salute della popolazione e la corretta presa in carico del paziente.



▪ Chirurgia Plastica

Il nuovo piano di organizzazione aziendale strategica (POAS) ha previsto la creazione di un'unità operativa complessa di chirurgia plastica atta a garantire la risposta alla crescente necessità di interventi ricostruttivi e correttivi per tutto il dipartimento di chirurgia oncologica, non solo in partnership con la Senologia nell'ambito della Breast Unit, ma trasversalmente a tutto il dipartimento di chirurgia oncologica.

▪ Laboratorio

Al fine di garantire la continuità delle cure nel percorso clinico assistenziale di diagnosi e cura, volto ad intercettare i bisogni di salute dei pazienti ricoverati, si rende necessaria la possibilità di accedere alla diagnostica di laboratorio h24 con l'istituzione di una Guardia Attiva laboratoristica anche ai sensi della DGR 7044/2022.

▪ Oncologia medica - Cure di supporto internistico e geriatrico

Al fine di prevenire e trattare in tempo reale gli effetti collaterali da terapie oncologiche per migliorare qualità di vita e sopravvivenza, riducendo visite, ospedalizzazioni urgenti e accessi inappropriati presso Pronto Soccorso/ DEA PS, si rende necessario organizzare presso INT un punto di accoglienza prioritario in grado di fornire cure di supporto continue ampliando le attività diurne ambulatoriali.

▪ Ingegneria clinica

Al fine di garantire, oltre all'attività ordinaria della struttura, le attività legate all'attuazione degli interventi PNRR di cui alla missione "M6 C2 1.1.2 Grandi apparecchiature sanitarie", che prevede la sostituzione di un rilevante numero di apparecchiature di alta tecnologia (2 TAC, 2 RMN, un LINAC, una SPECT, 2 sistemi radiologici fissi, un mammografo), vi è la necessità di integrare l'organico della struttura con 1 dirigente professionale.

Di seguito, in sintesi, il reclutamento di personale programmato per il 2023, oltre al reclutamento autorizzato dell'eventuale turn-over per cessazioni e pensionamenti che avverrà nel corso del 2023.

	Medici	Dirigenti PTA	Infermieri	Tecnici	OSS	Totale
Laboratorio (Guardia attiva DGR 7044/2022)	1		1	4	1	7
Oncologia medica (Punto di accesso urgenze)	1		4	-	2	7
Chirurgia oncologia oculare (liste d'attesa e rispetto accreditamento)	1		1	1	-	3
Chirurgia dei sarcomi (applicazione POAS)	1		6	-	3	10
Chirurgia Plastica (applicazione POAS)	1		-	-	-	4
Anestesia e Blocco Operatorio (liste d'attesa e standard Agenas)	2		6	-	3	8
Ingegneria clinica		1				1
	7	1	18	5	9	40



3.2.3 Il Piano Triennale 2023-2025

Partendo dalla dotazione organica del 2022, il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) sarà applicato nel rispetto della programmazione triennale della Fondazione e della dotazione organica che corrisponde al fabbisogno di personale necessario a ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e agli utenti, nonché in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

	OSPEDALE	RICERCA	COMPLESSIVO		COMPLESSIVO		
Profili	Dotazione Organica 2022			Incrementi 2023	Dotazione Organica 2023	Dotazione Organica 2024	Dotazione Organica 2025
DIRIGENZA MEDICA	286	4	290	+7	297	297	297
DIRIGENZA SANITARIA	42	18	60		60	60	60
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2		2		2	2	2
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4		4	+1	5	5	5
DIRIGENZA TECNICA	3	2	5		5	5	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6		6		6	6	6
TOTALE DIRIGENZA	343	24	367	+8	375	375	375
PERSONALE INFERMIERISTICO	465		465	+18	483	483	483
PERSONALE TECNICO SANITARIO	183		183	+5	188	188	188
ASSISTENTI SANITARI	2		2		2	2	2
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1		1		1	1	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	18		18		18	18	18
ASSISTENTI SOCIALI	2		2		2	2	2
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	125		125		125	125	125
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	168		168	+9	177	177	177
PERSONALE AMMINISTRATIVO	270		270		270	270	270
RICERCATORE E COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA		153	153	+57	210	210	210
TOTALE COMPARTO	1.234	153	1.387	89	1.476	1.476	1.476
TOTALE COMPLESSIVO	1.577	177	1.754	97	1.851	1.851	1.851

3.2.4 Copertura del fabbisogno

La copertura del fabbisogno programmato per il 2023 prevede un costo complessivo di 88 milioni € circa per il personale ospedaliero e circa 11,5 milioni per il personale di ricerca. I finanziamenti del costo in bilancio, provenienti da Regione e Ministero, coprono il fabbisogno per:

- i dipendenti in forza durante l'anno 2023
- il turn-over dei dipendenti per cessazioni e pensionamenti
- il reclutamento dipendenti per incremento del personale in base alla programmazione strategica del 2023
- nonché tutti gli "istituti stipendiali" previsti per legge e in base ai contratti nazionali di lavoro del settore

Tale importo comprende anche i costi derivanti dagli incrementi contrattuali derivati dall'applicazione del nuovo CCNL Comparto firmato il 02.11.2022 ed entrato in vigore dal 01.01.2023.



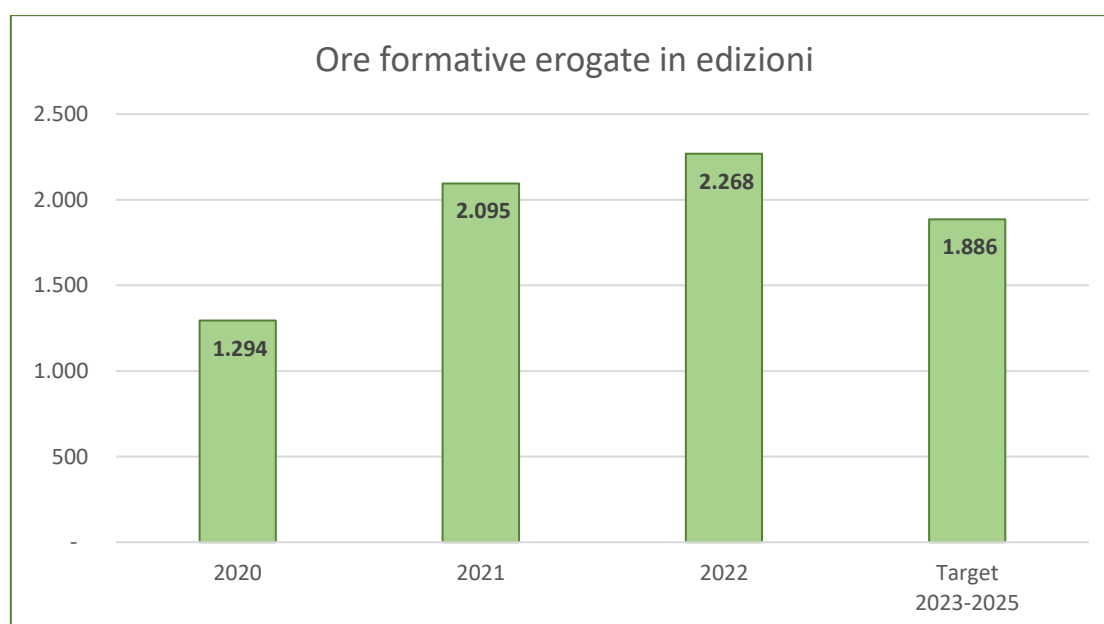
3.3 Formazione del personale

La Fondazione, dal 2005 (anno di istituzione dell'accreditamento regionale), è Provider di Regione Lombardia per l'Educazione Continua in Medicina- *Continuous Professional Development* (ECM-CPD) e Certificata UNI EN ISO 9011 per il settore EA 37 "Istruzione". Tramite il Piano di Formazione Aziendale (PFA) definisce l'attività formativa annuale per l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze del personale. La formazione aziendale costituisce una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione o al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato. Il piano è comprensivo anche di eventi non ECM che risultano necessari al perseguimento della mission della Fondazione.

Attraverso lo sviluppo continuo delle competenze INT intende promuovere la crescita professionale, culturale e umana dei propri dipendenti, mettere a disposizione della comunità scientifica i risultati raggiunti, favorire l'integrazione tra competenze e tra ricerca e pratica quotidiana. Questa finalità è perseguita attraverso:

- a) Il **piano di formazione aziendale (PFA)**, caratterizzato da un costante monitoraggio delle esigenze formative in relazione alla qualità e sicurezza delle cure e dei servizi e alla promozione dell'innovazione organizzativa e scientifica, che si traduce in eventi formativi programmati in INT e partecipazione ad eventi extrasede. Il progetto strategico 2023-25 è quello di implementare l'e-learning con tutorship, tipologia formativa adeguata alle professionalità in ambito sanitario.

Target 2023-2025: >1.886

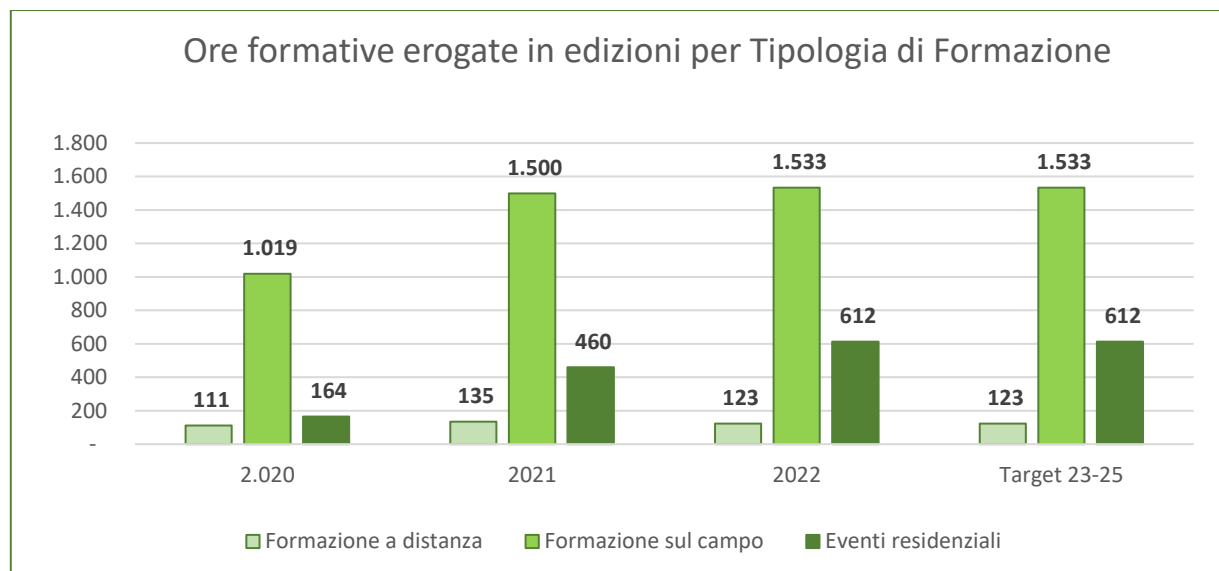


**Target 2023-2025:**

Formazione a distanza >123

Formazione sul campo > 1.533

Eventi residenziali >612



- b) I **convegni nazionali e internazionali**, non solo sui nuovi approcci diagnostici e terapeutici di patologia d'organo, ma anche sulle discipline di supporto ai trattamenti oncologici e sulla promozione della salute.

	ANNO 2021	ANNO 2022	TARGET 2023-2025
NUMERO CONGRESSI organizzati da INT	1 – FAD (Videoconferenza)	2 – FAD (Videoconferenza) 4 – RES (Convegno residenziale)	> 4
NUMERO partecipazioni a congressi EXTRA INT	264	407	270

- c) La **tutorship** a frequentatori volontari delle professioni sanitarie, in prevalenza medici.

	ANNO 2021	ANNO 2022	TARGET 2023-2025
N. FREQUENZE VOLONTARIE C/O INT	102	167	136

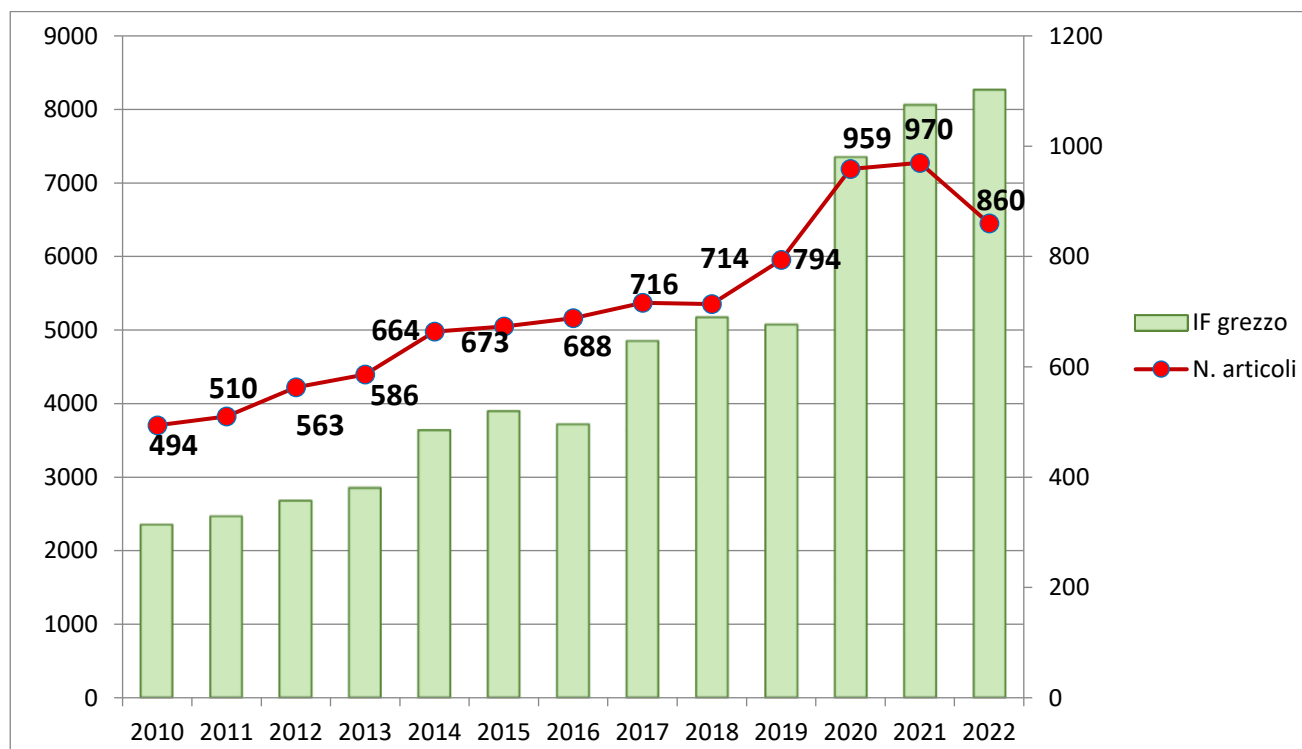
**FORMAZIONE ACCADEMICA E MISSIONI SCIENTIFICHE**

INT è parte del Polo Universitario dell'**Università degli Studi di Milano** come punto di riferimento in oncologia, ed ospita varie strutture a direzione universitaria:

- s.c. Anatomia Patologica 2
- s.c. Anestesia e Rianimazione
- s.c. Ematologia
- s.c. Oncologia Medica 1
- s.c. Oncologia Medica 2 Tumori Mesenchimali e Rari
- s.c. Oncologia Medica 3 Tumori Testa e Collo
- s.c. Chirurgia Generale Oncologica 1 (epato-gastro-pancreatica)
- s.c. Radioterapia
- s.c. Cure palliative – Hospice, Terapia del Dolore e Riabilitazione
- s.c. Otorinolaringoiatria oncologica
- Corso di laurea triennale in Infermieristica

È sede di tirocinio professionalizzante per i Corsi di Laurea e i Master di I e II livello e di frequenze volontarie finalizzate a perfezionare le competenze nelle diverse specialità oncologiche. In particolare nell'anno 2022 si registrano complessivamente 274 Specializzandi, 30 Tirocinanti medici, 43 Tirocinanti universitari delle professioni sanitarie e 66 del Corso di laurea in Infermieristica.

INT è sede del Dottorato di ricerca *PhD Programme* sotto l'egida della Open University (UK). Il programma è rivolto a laureati in Biotecnologie, Scienze Biologiche, Medicina e Chirurgia, Chimica e Tecnologia Farmaceutiche che intendono intraprendere la carriera di ricercatore in campo oncologico.

PRODUTTIVITÀ SCIENTIFICA



3.4 Piano delle azioni positive

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo. Nello specifico, le Azioni positive identificate al suo interno costituiscono misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per tutelare la parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne, per eliminare gli svantaggi che ancora le penalizzano, per rompere la segregazione verticale e orizzontale e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

Per il raggiungimento degli obiettivi individuati dall'Istituto è fondamentale sensibilizzare tutti gli organi interessati promuovendo la collaborazione tra gruppi di lavoro Comitati e Organi istituzionali, già presenti in Fondazione. Di seguito se ne riportano alcuni.

L'organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.

L'organismo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) svolge attività a favore di tutto il personale, garantisce parità e pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e assicura l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua.

Inoltre l'adozione del "Gender Equality Plan", pubblicato sul sito al link <https://www.istitutotumori.mi.it/gender-equality-plan/>, conferma ulteriormente la volontà di raggiungere l'uguaglianza di genere e contrastare stereotipi, discriminazioni, molestie, disparità nelle carriere e nei salari.

Di seguito si descrivono alcune azioni che sono state ipotizzate come da realizzarsi nel triennio 2023- 2025:

Macro area	Azioni	2023	2024	2025
Tutela della Salute, Prevenzione e Benessere lavorativo	Documento stress lavoro correlato (SLC)	Aggiornamento	implementazione proposte	implementazione proposte
	Promozione di attività ludico - ricreative e sportive	Si	Si	Si
	Sportello informativo e di ascolto per il disagio psicosociale lavoro-correlato	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Gestione evento avverso: supporto psicologico agli operatori	Attuazione	Mantenimento	Mantenimento
	Gruppo di lavoro "stress Lavoro-correlato" e gruppo di lavoro "Violenza"	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento



Macro area	Azioni	2023	2024	2025
Attività di formazione e informazione	Creazione di una bacheca virtuale con i benefit e le Azioni Positive a favore dei dipendenti all'interno del Portale del dipendente	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Rilevazione del Benessere Organizzativo dei dipendenti	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti	Aggiornamento	Aggiornamento	Aggiornamento
Promozione del benessere organizzativo	Eventi formativi dedicati	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Organizzazione di un video di accoglienza e di presentazione per il nuovo personale in ingresso	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Implementazione della rete intranet aziendale anche mediante la creazione di uno spazio dedicato ai dipendenti (Forum, bacheca, ecc..)	Organizzazione	Attuazione	Mantenimento
	Incontri con psicologi per affrontare i momenti di disagio emotivo e relazione nell'ambito lavorativo, laddove necessario	Organizzazione/ Attuazione	Attuazione/ Mantenimento	Mantenimento
	Campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti corretti a tutela della salute	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	Promozione del lavoro agile	Redazione Regolamento, previo confronto con le OO.SS. sui criteri generali di individuazione delle attività, nonché criteri di priorità per l'accesso	Attuazione	Miglioramento
	Installazione locker amazon	Si	Si	Si
	Collaborazione con il Circolo Ricreativo Aziendale per attivazione iniziative sia interne che esterne alla Fondazione (convenzioni, corsi per promuovere l'attività fisica ecc..)	Si	Si	Si



3.5 Organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il “lavoro agile” come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: “modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione.

Si riportano di seguito le azioni previste dall’INT nel triennio 2023-2025.

Topic	Anni precedenti	2023	Obiettivo 2024	Obiettivo 2025
Regolamento	n.d.	Redazione Regolamento, previo confronto con le OO.SS. sui criteri generali d’individuazione delle attività, nonché criteri di priorità per l’accesso	Attuazione Regolamento	Analisi dell’attività Mantenimento
Help desk informatico dedicato al lavoro agile	n.d.	Richiesta attivazione	Attuazione	Mantenimento
Programmazione lavoro per obiettivi	n.d.	Organizzazione e formazione	Attuazione	Miglioramento
Formazione su competenze organizzative per sw	n.d.	Organizzazione corsi	Attuazione	Mantenimento
Formazione su competenze digitali per sw	n.d.	Organizzazione corsi	Attuazione	Mantenimento
Dotazione informatica	Prevalentemente di proprietà del dipendente	Aggiornamento dotazione informatica dell’Istituto	Aggiornamento dotazione informatica	Miglioramento
Personale che ricorre allo smart working	Nel periodo 1° gennaio-31 marzo 2022 si è consentito lo svolgimento delle attività in sw nell’ambito dell’emergenza covid	Definizione di profili professionali e numeri di personale dedicabile, con prevalenza della prestazione in presenza	Aumento della platea	Mantenimento
Accordo integrativo individuale	n.d.	Attuazione	Mantenimento	Mantenimento
Verifica e valutazione dell’attività svolta	I direttori responsabili hanno verificato l’attività dei propri collaboratori	Si	Si	Mantenimento



Sezione 4: Monitoraggio

4.1 I sistemi di monitoraggio e verifica

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti è svolto dai competenti uffici dell'INT, ed in particolare:

1. Valore Pubblico della Fondazione – Direzione Strategica e s.s. Controllo di Gestione
2. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT
3. Organizzazione del capitale umano – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
4. Soddisfazione utenti – SC Qualità e Risk Management, URP.

4.1.1 Il monitoraggio del valore pubblico e della performance

Il Ciclo di gestione della performance, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati;

e si svolge con **frequenza annuale** attraverso l'impiego di due strumenti metodologici:

1. **il processo di budget** (e l'utilizzo della scheda budget) che consente di misurare e valutare la performance organizzativa;
2. **il sistema di valutazione individuale** che consente di misurare e valutare la performance individuale.

Le due attività, misurazione e valutazione, attengono a due fasi distinte del Ciclo della performance:

- la misurazione riguarda la definizione di opportuni **indicatori** allo scopo di quantificare il livello di raggiungimento dei risultati attesi;
- la valutazione riguarda l'analisi e l'interpretazione dei valori che sono stati oggetto di misurazione.

Il modello di misurazione e valutazione della Performance adottato presso l'INT recepisce:

- le disposizioni di legge, come da D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- le indicazioni fornite da Regione Lombardia tramite le Linee Guida OIV *"Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde"*;
- le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite apposite Linee Guida (*"Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance"*);
- la L. n. 190/2012 ed ANAC: quest'ultima, in più occasioni - da ultimo con il PNA 2023-2025 e con il documento *"Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022"* - ha evidenziato l'integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo ed il ciclo di gestione della performance. Più precisamente, viene raccomandato alle Pubbliche amministrazioni una concreta corrispondenza delle misure programmate nella Sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO agli specifici obiettivi presenti nella Sottosezione *"Performance"* del medesimo PIAO.

Conformemente a quanto auspicato dall'Autorità Anticorruzione, la Fondazione si sta adoperando per garantire l'integrazione tra il ciclo di gestione della performance ed il processo di gestione del rischio



corruttivo, attraverso la riconduzione dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obiettivi di trasparenza agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

Al fine di supportare la Direzione Strategica nel conseguimento degli obiettivi di performance e degli obiettivi aziendali, la Fondazione prevede l'esistenza di un **sistema dei controlli interni**, nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. La massima funzionalità di tale sistema viene garantita dall'attivazione di funzioni che permettono di classificare i controlli in **quattro aree**:

1) Area della gestione

Il Controllo di gestione e la Gestione Operativa, che assistono la Direzione Strategica verificando l'economicità e la sostenibilità della gestione delle risorse.

2) Area della qualità

La Qualità aziendale e il Risk Management, al fine del controllo della qualità e il grado di rischio delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorarne la loro efficacia.

3) Area dei processi

L'Internal Auditing, che svolge un'attività indipendente e obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della Fondazione.

4) Area dell'amministrazione

Il Controllo Interno, che si svolge attraverso le seguenti funzioni:

- a) controllo presenza in servizio del personale dipendente;
- b) procedimenti in materia di esercizio di attività extra-istituzionali;
- c) controllo sul rispetto della disciplina delle incompatibilità, come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali;
- d) verifica del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di esercizio della libera professione intra ed extramoenia;
- e) controllo sul rispetto, da parte del personale convenzionato, della disciplina delle incompatibilità previste da norme di legge e accordi collettivi;
- f) controlli sulle autocertificazioni, con particolare riguardo a quelle presentate ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- g) controllo atti;
- h) tutte le altre funzioni di verifica e controllo su mandato della Direzione Strategica.

4.1.2 Il monitoraggio dei rischi corruttivi e della trasparenza

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione della corruzione e di trasparenza e di apportare modifiche in caso di non conformità.

Come ogni ciclo di gestione, anche nell'anticorruzione è previsto il monitoraggio che risulta essenziale sia al fine di verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio adottato e del sistema nel suo complesso, sia per rendicontare le scelte effettuate e per attuare decisioni e strategie più puntuali.

L'attività di monitoraggio dell'attuazione del PTPCT è svolta dal RPCT attraverso il coinvolgimento dei Dirigenti individuati quali responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione e trattamento del rischio e del loro monitoraggio, con il supporto dei referenti per la prevenzione.



Al fine di assicurare un efficiente sistema di monitoraggio del PTPCT, e conseguentemente piena effettività di tale strumento, i Responsabili individuati predispongono **rendicontazioni trimestrali** di monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT.

L'attività di controllo e vigilanza è svolta, per quanto di competenza, in raccordo con la Direzione Strategica, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il responsabile dell'Internal Audit della Fondazione. Di norma avviene attraverso **incontri programmati e/o in base alle esigenze emergenti**, con audit presso i singoli uffici, nonché per mezzo di verifiche documentali e verifiche dirette.

Qualora il RPCT riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, adotterà le seguenti iniziative:

- per fatto che presenta rilevanza disciplinare: tempestiva informazione al Dirigente Responsabile o all'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.) se si tratta di Dirigenti; comunicazione al Dirigente, in caso di personale del comparto;
- per fatto che può dar luogo a responsabilità amministrativo/contabile: denuncia alla Corte dei Conti;
- per fatto che integra notizia di reato: denuncia alla Procura della Repubblica e informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Anticorruzione

I Responsabili delle misure di prevenzione presenti nei PTPCT effettuano un costante monitoraggio e **controllo di primo livello** sull'attuazione delle misure specifiche di loro competenza, riferendo di norma trimestralmente, con una nota al RPCT, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

Il RPCT effettua il **monitoraggio di secondo livello**, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi, richiedendo ai Dirigenti coinvolti di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse attraverso la compilazione, per ciascuna misura, di tutti i campi corrispondenti alla scheda "Monitoraggio del processo", corredato della eventuale documentazione di supporto.

Il RPCT effettua inoltre un controllo **programmato di secondo livello** sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite *audit*. La priorità viene data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.

Trasparenza

Al fine di assicurare un efficace sistema di monitoraggio dell'attuazione degli adempimenti di trasparenza i Responsabili delle strutture competenti alla predisposizione/raccolta di dati predispongono ed inoltrano al RPCT **rendicontazioni trimestrali** sullo stato di attuazione degli adempimenti stessi.

Di tale attività di aggiornamento è data informazione costante al RPCT, che svolge il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti previsti dal piano alle scadenze indicate nella tabella allegata al PTPCT con cadenza periodica.

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, spetta agli Organismi Indipendenti di Valutazione il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte delle amministrazioni e degli enti.

Le attestazioni di tali organismi costituiscono uno dei principali strumenti di cui si avvale l'ANAC per verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente. Tale verifica viene svolta



dall'Autorità nell'esercizio dei poteri di vigilanza e controllo in materia di trasparenza, ai sensi della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e successive modificazioni.

L'organismo di valutazione della Fondazione (Nucleo di Valutazione delle Prestazioni), in ottemperanza a quanto sopra, ha rilasciato le proprie attestazioni, relativamente agli obblighi di pubblicazione per gli anni dal 2013 ad oggi. Come da previsione normativa, le stesse attestazioni sono pubblicate sul sito web, sezione "Amministrazione trasparente" alla pagina: <https://www.istitutotumori.mi.it/attestazioni-del-nucleo-di-valutazione>.

4.1.3 Il monitoraggio dell'organizzazione e del capitale umano

La valorizzazione del capitale umano in Fondazione è attuata mediante le seguenti modalità:

- **monitoraggio mensile** dello stato di avanzamento del Piano di Gestione delle Risorse Umane nell'ambito del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, con specifico riferimento alla copertura delle cessazioni a vario titolo (in particolar modo quelle programmate per mobilità in uscita ovvero per collocamento in quiescenza), nonché per le correlate attività di reclutamento di dipendenti a tempo indeterminato, ovvero determinato;
- **strutturazione di specifiche progettualità** finalizzate a migliorare l'erogazione dei servizi e l'iter diagnostico terapeutico, con assunzioni di personale autorizzato da Regione Lombardia oltre il limite della dotazione organica della precedente annualità, nel rispetto del budget per la spesa del personale, con periodicità legata al PTFP e possibilità di sviluppo pluriennale;
- **acquisizione di collaboratori** professionali, ovvero occasionali, allo scopo di corrispondere a particolari specifiche esigenze non fronteggiabili con personale dipendente per la peculiarità ed il livello iperspecialistico delle competenze richieste nell'ambito di progetti di ricerca e studi clinici, a norma dell'art. 7, del D.Lgs. n. 165/2001;
- **assegnazione di borse di studio**, con apposite sedute a cadenza mensile, in coerenza con le finalità formative insite nella mission istituzionale, a giovani laureati, allo scopo di consentire loro un periodo di studio e apprendimento on field, sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico e amministrativo;
- **sistema degli incarichi gestionali e professionali** della Dirigenza e degli incarichi di funzione del Comparto, in coerenza con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico ed in attuazione dello stesso;
- **adozione di un sistema di valutazione individuale** legato al ciclo della performance (schede di budget, ad oggi verificate dal nucleo di valutazione trimestralmente);
- **sviluppo di percorsi di carriera** della Dirigenza mediante la mappatura di competenze e conoscenze acquisite, in relazione al potenziale di crescita professionale e per l'eventuale assegnazione di incarichi superiori.

4.1.4 Il monitoraggio della soddisfazione degli utenti

Le segnalazioni spontanee dei cittadini e le indagini di soddisfazione dei pazienti da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si inseriscono nel sistema di comunicazione della Fondazione per valorizzare l'ascolto sistematico e strutturato dell'utenza, al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività e favorire il miglioramento continuo della qualità dei servizi oncologici.

Segnalazioni volontarie

La gestione delle segnalazioni si basa su un'attività costante di raccolta presso l'URP delle singole istanze dei pazienti e cittadini, che possono riferirsi alla percezione di:



- punti di forza (encomi), tempestivamente diffusi alle équipe di cura interessate, oppure ai livelli direzionali coinvolti;
- punti di debolezza organizzativa, relazionale o tecnica, gestiti con un trattamento immediato (rilevi), oppure con l'attivazione di istruttorie interne (reclamo).

In ogni caso, la comunicazione si conclude con il contatto tra l'URP e l'interessato, per vie brevi o con nota formalizzata, in base alla segnalazione.

Ogni trimestre, a seguito dell'analisi statistica descrittiva degli elogi, rilevi e reclami ricevuti, l'URP e la Direzione Strategica considerano gli aspetti trasversali delle segnalazioni, per orientare le iniziative di miglioramento degli standard di servizio.

Indagini di soddisfazione

Le indagini periodiche di soddisfazione, basate su metodo e strumenti definiti a livello regionale, si riferiscono ai setting di cura ambulatoriale e degenza. Tramite i questionari, distribuiti nei reparti e nei servizi, i pazienti valutano, con un punteggio da 1 a 7, la qualità percepita in merito all'accessibilità, alle informazioni, al comfort, agli aspetti relazionali con il personale sanitario. L'elaborazione delle informazioni è programmata semestralmente. I risultati sono comunicati ai direttori delle unità organizzative tramite portale dedicato e alla Direzione Strategica tramite apposita reportistica. Nell'incontro annuale di Riesame del sistema qualità, i risultati vengono discussi e contribuiscono alle progettualità multidimensionale dei servizi.

La comunicazione dei risultati

I risultati delle indagini di soddisfazione e delle segnalazioni dei pazienti e cittadini sono pubblicate annualmente nel sito web della Fondazione, evidenziandone l'andamento triennale.

Questo processo di relazione con il cittadino, che coniuga l'ascolto delle esigenze e la trasparenza della percezione degli assistiti, si inserisce nella volontà della Fondazione di far partecipare i cittadini al processo di miglioramento continuo della performance aziendale.



Contesto normativo

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Istituto rientra in un contesto normativo sia nazionale, relativo alle direttive ministeriali, sia regionale con la legge di riforma del servizio sanitario regionale lombardo.

La normativa nazionale di riferimento in base alla quale è stato redatto il presente PIAO è la seguente:

- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs 150/2009 e successive modifiche, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs 190/2012 e successive modifiche, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato";
- D.Lgs 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd "decreto Rilancio") convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia;
- D.M. 24 giugno 2022;
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione.