



Deliberazione n. 1048 del 12.12.2013 Atti Ufficio Comunicazione Az.ed esterna/RR

OGGETTO: Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

IL DIRETTORE GENERALE

- **Richiamata** la deliberazione n.302 del 25/03/2013 avente per oggetto: “Revoca della deliberazione n.11 del 7 febbraio 2013 “Approvazione proposta di Bilancio Economico Preventivo esercizio 2013. Versione V1” e contestuale approvazione Bilancio Economico Preventivo esercizio 2013. Versione V2”;
- **Preso atto** del Decreto n.9725 del 25/10/2013 avente per oggetto: “Modifica ed integrazione al decreto n.752 del 4/2/2013 avente ad oggetto: “Assegnazione alle Aziende Ospedaliere alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico del finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2013”;
- **Preso atto** inoltre della **legge 6 novembre 2012, n. 190**, «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione.» entrata in vigore il 28 novembre 2012. Con l'intervento normativo sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia.
- **Dato atto** della **circolare n. 1 datata 25 Gennaio 2013** della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica con la finalità di fornire informazioni e prime indicazioni alle amministrazioni con particolare riferimento alla figura del responsabile della prevenzione della corruzione.
- **Considerato il Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n.33** “Riordino della disciplina riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni”.
- **Richiamato il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39** “Disposizioni in materia di incompatibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n.190” .
- **Preso atto altresì del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62** “Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art.54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

- Il presente provvedimento si compone di n. 122 pagine totali, di cui n 119 pagine allegate quali parte integrante
- Responsabile del Procedimento: Dott. Roberto Rossi

20142 Milano – Via A. di Rudini, 8 – Tel. 028184.1 – Fax 02/8910875 – Cod. Fisc. 80102370154 – P.IVA 04444150157
e-mail – direzione.amministrativa@ao-sanpaolo.it

- **Dato atto altresì della Circolare n.2 del 19 luglio 2013** che dà attuazione alle norme riguardanti la trasparenza delle amministrazioni pubbliche.
- **Vista la Deliberazione n.50/2013** dell'Autorità Nazionale Anticorruzione approvata nella seduta del 24 luglio 2013 che traccia le linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016.
- **Visto altresì Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)** del 11.9.2013 che con i suoi allegati assicura l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione.
- **Preso atto del Regolamento regionale 24 dicembre 2012 n.3** – Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia artt. 20-21 del d.lgs. n. 196/2003).
- **Considerata la Legge 7 agosto 1990, n.241** “nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”.
- **Richiamati gli atti deliberativi n. 323 del 27 marzo 2013** di nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione; **n. 527 del 6 giugno 2013** di costituzione del Gruppo di Lavoro per la prevenzione della Corruzione, coordinato dal Responsabile della prevenzione della corruzione ; **n. 528 del 6 giugno 2013** di nomina del Responsabile della Trasparenza nella persona del Responsabile della Prevenzione della corruzione e **n. 607 del 28 giugno 2013** con il quale è stato istituito un Gruppo di Lavoro per la trasparenza, coordinato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- **Ritenuto di dover approvare il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e trasparenza** qui allegato quale parte integrante e sostanziale al fine di contrastare la corruzione orientandosi ad un sistema di prevenzione integrato con gli altri sistemi presenti in Azienda quali il Codice Etico Comportamentale e suo modello organizzativo, che dovrà essere adeguato aggiornato e implementato in attuazione dell'art.13 bis della Legge Regionale n.33/2009, il sistema di sicurezza, il sistema qualità, trasparenza e privacy.
- **Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.**

D E L I B E R A

- 1) per le considerazioni espresse in premessa di approvare il **Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e trasparenza** allegato al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- 3) di dare atto altresì che il presente atto deliberativo non comporta oneri di spesa;

- Responsabile del Procedimento: Dott. Roberto Rossi

20142 Milano – Via A. di Rudini, 8 – Tel. 028184.1 – Fax 02/8910875 – Cod. Fisc. 80102370154 – P.IVA 04444150157
e-mail – direzione.amministrativa@ao-sanpaolo.it

- 4) che il presente atto, ai sensi dell'art. 18 – comma 9 – della L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009, non è soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e verrà pubblicato sul sito Aziendale alla voce “Amministrazione Trasparente”.

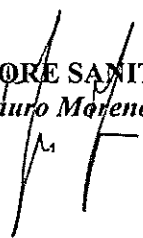
IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Enzo Brusini



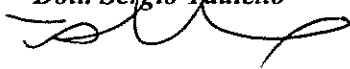
IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Mauro Moreno



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Sergio Tadiello



- Responsabile del Procedimento: Dott. Roberto Rossi

20142 Milano – Via A. di Rudinì, 8 – Tel. 028184.1 – Fax 02/8910875 – Cod. Fisc. 80102370154 – P.IVA 04444150157
e-mail – direzione.amministrativa@ao-sanpaolo.it



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO



**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA'**

Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario

Ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n.190 - D.lgs 14 marzo 2013 n.33
Delibera n.50 del 24 luglio 2013 Autorità Nazionale Anticorruzione
Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) -11.9.2013

2014-2016

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

20142 Milano Via A. di Rudini n°. 8 – Tel. 02/8184.1 (Centralino) Fax 02/8910875 (Protocollo Generale) – www.ao-sanpaolo.it
Cod. Fisc. 80102370154 P.IVA 04444150157

000004



INDICE

SEZIONE 1 “PREMESSA”

1.1	Sintesi Normativa	pag. 3
1.2	L'Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario	pag. 5
1.3	La nostra Mission e la nostra Vision	pag. 6

SEZIONE 2 PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE “SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE”

2.1	Organizzazione	pag. 8
2.2	L'Azienda Ospedaliera San Paolo provvede	pag. 9
2.3	Contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	pag. 10
2.4	Sito web – internet e intranet aziendali	pag. 11
2.5	Responsabile della prevenzione della Corruzione	pag. 13
	Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della corruzione	pag. 14
2.6	Individuazione aree a rischio	pag. 15
2.7	Referenti per la prevenzione della corruzione	pag. 16
2.8	Rotazione del personale	pag. 18
2.9	Formazione	pag. 19
2.10	Codice Etico Comportamentale Aziendale e Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici	pag. 22
2.11	Codice Etico degli appalti - Patti di integrità negli affidamenti	pag. 25
2.12	Piano delle Performance - Nucleo di valutazione delle prestazioni (NVP)	pag. 26
2.13	D.Lgs.8 aprile 2013 n.39	pag. 27
2.14	Conflitto d'interesse	pag. 28
2.15	Rapporti con l'Università degli Studi di Milano	pag. 28
2.16	Riscontro fatti illeciti	pag. 29
2.17	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	pag. 30

SEZIONE 3 “PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' “

3.1	Il Responsabile per la Trasparenza ai sensi del D.L.gs.33/2013	pag. 30
3.2	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ai sensi dell'art.10 del D. Lgs. 33/2013	pag. 31
3.3	Sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale	pag. 33
3.4	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza A. O. San Paolo	pag. 34
3.5	Gruppo di lavoro per la trasparenza A.O. San Paolo	pag. 34

Contenuti finali	pag. 37
-------------------------	----------------

Allegati quali parti integranti e sostanziali:

- a) Codice Etico Comportamentale Azienda Ospedaliera San Paolo
- b) Codice Etico degli appalti di Regione Lombardia – testo integrato D.G.R. 4.5.2011-n.IX1644 / D.G.R. 6.7.2011 n. IX 1979
- c) Piano delle performance 2012-2014 Azienda Ospedaliera San Paolo (art.10 D.Lgs.33/2013)
- d) Parere favorevole Lega dei Consumatori aderente al Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (C.N.C.U.) comma 1, art.10 D.Lgs.33/2013 - Par.B.1.1.7 dell'All.1 del P.N.A.

SEZIONE 1

PREMESSA

1.1: Sintesi Normativa

Il contesto nel quale le iniziative e le strategie tese alla prevenzione della corruzione sono state studiate e adottate è quello disegnato dalle norme nazionali ed internazionali in materia.

Da evidenziare è la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'O.N.U. il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, e ratificata con legge 3 agosto 2009, n. 116.

Questa Convenzione prevede che ciascuno Stato debba elaborare e applicare delle politiche di prevenzione della corruzione efficaci e coordinate, adoperarsi al fine di attuare e promuovere efficaci pratiche di prevenzione, vagliarne periodicamente l'adeguatezza e collaborare con gli altri Stati e con le organizzazioni regionali ed internazionali per la promozione e messa a punto delle misure. La medesima Convenzione prevede poi che ciascuno Stato debba individuare uno o più organi, a seconda delle necessità, incaricati di prevenire la corruzione e, se necessario, la supervisione ed il coordinamento di tale applicazione e l'accrescimento e la diffusione delle relative conoscenze.

Grande rilievo assumono anche le misure contenute nelle linee guida e nelle convenzioni che l'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*), il Consiglio d'Europa con il G.R.E.C.O. (*Groupe d'Etats Contre la Corruption*) e l'Unione europea riservano alla materia e che vanno nella medesima direzione indicata dall'O.N.U.: implementare la capacità degli Stati membri nella lotta alla corruzione, monitorando la loro conformità agli standard anticorruzione ed individuando le carenze nelle politiche nazionali.



Nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2012 è stata pubblicata la **legge 6 novembre 2012, n. 190**, «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione.». La legge è entrata in vigore il 28 novembre 2012. Con l'intervento normativo sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia.

Successivamente è stata emanata la **circolare n. 1 datata 25 Gennaio 2013** della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica con la finalità di fornire informazioni e prime indicazioni alle amministrazioni con particolare riferimento alla figura del responsabile della prevenzione della corruzione.

Per quanto riguarda il campo di azione della legge e delle iniziative di competenza del Dipartimento della funzione pubblica, la legge non contiene una definizione della «corruzione», che viene quindi data per presupposta. In questo contesto, il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319-ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n.33 Riordino della disciplina riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Il D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n.190.

Il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 Regolamento recante il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art.54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

La Circolare n.2 del 19 luglio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, dà attuazione alle norme riguardanti la trasparenza delle amministrazioni pubbliche.

La Deliberazione n.50/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione approvata nella seduta del 24 luglio 2013 traccia le linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016.

000007



Il **Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)** dell'11 settembre 2013 con i suoi allegati assicura l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione.

Regolamento regionale 24 dicembre 2012 n.3 – Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia (artt. 20-21 del d.lgs. n. 196/2003).

Tutte le **disposizioni normative** sono state pubblicate sul sito web istituzionale nella Home page, sezione "Normativa di Riferimento".

Tutti gli **atti deliberativi** riguardanti la prevenzione della Corruzione e trasparenza sono stati pubblicati sul sito web istituzionale in "Amministrazione trasparente", Sezioni Disposizioni Generali, Atti Generali, Atti Deliberativi costitutivi ai sensi della Legge 6.11.2012 n.190 e del D.Lgs. 14.3.2013, n.33.

1.2: L'Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario

L'Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario dispone di 577 posti letto di degenza accreditati di cui 57 in day hospital o day surgery con un bacino d'utenza di circa 500.000 cittadini ed è stato riconosciuto dal Ministero della Salute quale "Ospedale di rilievo Nazionale".

Dal 1987 è Polo Universitario, sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria ospitando gli insegnamenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, Dietistica, Fisioterapia, Terapia Occupazionale, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, Scienze delle professioni sanitarie tecniche e assistenziali, Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche, Scienze cognitive e processi decisionali, Infermieristica.

L'Ospedale San Paolo fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con progetti di promozione della salute.

Fa parte inoltre del servizio di call center telefonico "Sanità Milano" gratuito per il cittadino, che permette di prenotare visite specialistiche ed esami strumentali presso diverse strutture milanesi con una sola telefonata.

Dal 2000 l'Ospedale ha realizzato la Dipartimentalizzazione delle Unità complementari e quindi tra loro interdipendenti. Il Dipartimento articola le relazioni tra le unità secondo modalità organizzative e gestionali che consentono, mediante regole condivise e funzionali, di raggiungere obiettivi complessi non altrimenti realizzabili, migliorando dunque la qualità tecnico assistenziale, razionalizzando i costi, superando le disfunzioni organizzative, incrementando la ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza.



Sono in funzione nove Sale Operatorie munite delle più sofisticate apparecchiature tecnologiche, una Tac Spirale di ultima generazione, moderne apparecchiature per la Risonanza Magnetica e per l'Angiografia digitale.

Nel febbraio 2004 è stato inaugurato il nuovo Blocco Sale Parto che comprende una sala operatoria e cinque sale parto, di cui una dotata di una vasca per il parto in acqua.

Il punto nascita rientra nel più ampio Progetto di Umanizzazione in atto al San Paolo, e si distingue, oltre che per le più moderne apparecchiature e tecnologie, per la scelta attenta delle caratteristiche cromatiche delle stanze, le luci soffuse e la diffusione di un piacevole sottofondo musicale.

L'Ospedale San Paolo è inoltre sede dei seguenti Centri di Riferimento Regionale:

- Labiopalatoschisi (Chirurgia Maxillo Facciale)
- Infezioni da HIV pediatriche e in gravidanza (Pediatrica e Ostetricia e Ginecologia)
- Diagnosi prenatale (Ostetricia e Ginecologia)
- Fenilchetonuria, Dislipidemie, Glicogenosi e Galattosemia (Pediatrica)
- Epilessia (Centro Regionale per l'Epilessia)
- Retinite pigmentosa (Oculistica)

Al San Paolo lavorano 1.806 dipendenti, di cui 308 Medici, 709 Infermieri, 154 Tecnici sanitari, 217 Operatori socio sanitari, 193 Ausiliari e Tecnici, 180 Amministrativi, 31 Dirigenti sanitari, 14 Dirigenti amministrativi professionali e tecnici. Lavorano inoltre 60 Medici universitari.

1.3: La nostra Mission

L'Azienda Ospedaliera San Paolo eroga attività sanitarie prevalentemente di elevata specializzazione, nonché prestazioni di base e di media complessità, e promuove e garantisce attività di ricerca clinica, traslazionale e didattica, mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative. L'Azienda Ospedaliera San Paolo è storicamente e culturalmente radicata:

- nella cura della donna, del neonato e del bambino;
- nella diagnosi e cura delle malattie epatologiche, cardiologiche, gastroenterologiche, metaboliche (diabete), nefrologiche, oncologiche, neurologiche, pneumologiche, infettivologiche e dermatologiche, nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria infantile;
- nelle terapie chirurgiche dell'addome e del torace, della patologia oncologica della mammella, maxillo-facciali e otorinolaringoiatriche, oculistiche, vascolari, ortopedico-traumatologiche, andro-urologiche;
- nell'assistenza medico-chirurgica in campo odontostomatologico;
- nell'assistenza medica dedicata ai disabili gravi (Progetto DAMA);



- nella diagnostica avanzata cito-istologica, di biologia molecolare e di Anatomia patologica, di Laboratorio analisi chimico-cliniche e nell'attività di immunoematologia trasfusionale;
- nella più moderna diagnostica per immagini e di medicina nucleare;
- nel trattamento del cittadino per urgenze ed emergenze cliniche, di pronto soccorso e di rianimazione, di cure intensive;
- nell'ambito della riabilitazione.

L'Azienda Ospedaliera San Paolo è Polo Universitario dell'Ateneo milanese pertanto impegnato:

- nella formazione dei medici e nella loro specializzazione in diverse discipline mediche e chirurgiche;
- nella formazione di Operatori e Tecnici sanitari e nella loro specializzazione;
- nella ricerca e innovazione scientifica e tecnologica.

la nostra Vision

L'Azienda Ospedaliera San Paolo intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale nelle aree specialistiche individuate nella missione secondo una cultura che, propria di ogni organizzazione, nasce dalle finalità dell'Ente stesso. I valori ai quali si orienta tutta l'organizzazione sono:

- ❖ la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- ❖ il personale, come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;
- ❖ l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- ❖ la ricerca della massima efficienza possibile, anche per non gravare con disavanzi economici sul bilancio regionale;
- ❖ la qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;
- ❖ lo stretto collegamento tra le attività di diagnosi e cura con la didattica universitaria;
- ❖ la formazione permanente di tutti gli Operatori.
- ❖ L'Azienda Ospedaliera San Paolo intende inoltre rafforzare il proprio ruolo di riferimento delle aree specialistiche già individuate nella "mission" in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale ed internazionale in una reale "vision" moderna ed integrata.



SEZIONE 2

PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1: Organizzazione

L'Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario in ottemperanza alla Legge 6 novembre 2012, n.190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" redige ai sensi dei commi 5 e 60 dell'art. 1 L.190/2012 il presente **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.)** che nel contrasto alla corruzione si orienta ad un sistema di prevenzione integrato con gli altri sistemi presenti in Azienda quali il Codice Etico Comportamentale e suo modello organizzativo, che dovrà essere adeguato aggiornato e implementato in attuazione dell'art.13 bis della Legge Regionale n.33/2009, il sistema di sicurezza, il sistema qualità, trasparenza e privacy.

In fase di prima applicazione della Legge si procede , ai sensi del **Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.)** , emanato in data 11 settembre 2013, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e sottoposto all'approvazione della C.I.V.I.T. sulla base delle linee guida del Comitato Interministeriale, nello specifico, con quanto contenuto al punto 3.1.1 del P.N.A.

Il P.T.P.C. contiene tutti gli atti preparatori effettuati nel corso dell'anno 2013 (Processo di Adozione del P.T.P.C. punto 3.1.1 P.N.A.)

Il P.N.A. con relativi allegati è stato portato a conoscenza dei Gruppi di Lavoro della prevenzione della corruzione e della trasparenza nonché alla Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa e al Direttore del Dipartimento Universitario in data **13 settembre 2013** e pubblicato sul sito web istituzionale nella sezione "Normativa di Riferimento".

Il P.T.P.C. verrà adeguato e/o integrato alle eventuali nuove disposizioni Nazionali e di Regione Lombardia.

Il Piano della prevenzione della corruzione e trasparenza ed integrità è adottato entro il **31 gennaio 2014** per poi essere aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ogni anno e deve essere coordinato con gli obiettivi programmati per la valutazione delle performance. (Circolare n.2 punto 1.3 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica)

2.2: l'Azienda Ospedaliera San Paolo provvede:

quale primo atto amministrativo volto alla prevenzione del fenomeno corruttivo alla **nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione**, ai sensi dell'art. 1 comma 7 della Legge 6 novembre 2012, n. 190.

La nomina è **avvenuta con atto deliberativo n. 323 del 27 marzo 2013**; e quindi a far tempo dal 1° aprile 2013, è stato nominato Responsabile della prevenzione della corruzione, il **dott. Roberto Rossi**, Dirigente Amministrativo, laureato in Giurisprudenza.

Tale nomina è stata comunicata in data **03 aprile 2013** alla Commissione Indipendente per la valutazione della trasparenza C.I.V.I.T. che ha dedicato una apposita sezione sul proprio sito internet.

E' opportuno inoltre richiamare, come previsto dalla circolare n. 1 del 25 aprile 2013 comma 2.5, l'attenzione sul fatto che con recenti modifiche normative è stato innovato il testo dell'art. 16 del D.lgs n. 165/2001, il quale disciplina le funzioni dei dirigenti di ufficio dirigenziale generale. In particolare, con il D.lgs 27.10.2009 n. 150 e il D.L. 6.07.2012 n. 95, convertito in Legge n. 135/2012 sono state attribuite ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

Con le nuove norme ai dirigenti sono affidati poteri propositivi e di controllo con obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

Pertanto, dall'esame del quadro normativo risulta che lo sviluppo e applicazione delle misure di prevenzione della corruzione sono un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabile di UU.OO./Servizi e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza secondo un processo bottom-up in sede di formulazione delle proposte e top-down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

L'attuazione delle misure anticorruzione è strettamente legata al ruolo attivo dei Dirigenti come previsto dall'art. 16, c.1 del D.lgs n. 165/2001 che prevede che i dirigenti:

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

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

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

I dirigenti ai fini dell'attuazione del presente Piano hanno il dovere di collaborare con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, attraverso la regolarità e tempestività dalla trasmissione dei dati necessari.



Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, dei titolari delle posizioni organizzative e dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente P.T.P.C.

L'art.1 comma 14 della legge 190/2012 prevede che "la violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal P.T.P.C. costituisce illecito disciplinare."

2.3: contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C)

Il Piano Triennale di cui all'art.1 comma 5, 8 e 9 della Legge 190/2012 sulla Prevenzione della Corruzione ha i seguenti contenuti e risponde alle seguenti esigenze:

A) individuare le attività, tra le quali quelle di cui all'art.1 comma 16 L.190/2012 nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165;

Art.1 - comma 16 - L.190/2012 procedimenti di:

a) autorizzazione o concessione;

b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;

c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009.

B) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

C) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del Responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;

D) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

E) 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, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;



F) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il P.T.P.C dopo una fase di applicazione sperimentale dei propri contenuti normativi dal 31.1.2014 al 31.12.2014 verrà sottoposto a verifica nel marzo 2015 dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza in collaborazione con il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione previsto al punto 2.5 del presente Piano e con l' Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale A.O. San Paolo, previsto al punto 2.10 del presente Piano , al fine di adottare gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto così come previsto al punto 3.1.1 del P.N.A.

2.4: Sito web , internet e intranet aziendali

Ai fini del comma 15 dell'art.1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m della Costituzione, secondo quanto previsto dall'art.11 del D. lgs 27/10/2009,n.150, è assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web istituzionale delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Nel sito Web istituzionale sono pubblicati anche i relativi bilanci e conti consuntivi, nonché i costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini.

L'Azienda Ospedaliera San Paolo assicura i livelli essenziali di cui al comma 15 dell'art.1 della L.190/2012 con particolare riferimento ai procedimenti indicati dal già citato comma 16 della L. 190/2012.

Comma 29 art.1 L.n.190/2012: l'Azienda Ospedaliera San Paolo rende noto, tramite il proprio sito web istituzionale, almeno un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, e successive modificazioni, e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.

Comma 30 art.1 L.n.190/2012: l'Azienda Ospedaliera San Paolo nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n.241, e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, rende accessibili in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'articolo 65, comma 1, del codice di cui al D.lgs 7 marzo 2005, n.82, e successive modificazioni, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.



Comma 32 art.1 L.n.190/2012: con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lettera b), del presente articolo, le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare nei propri siti web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, il servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate. Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, sono pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici.

L'Azienda trasmette in formato digitale tali informazioni, all'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture; che le pubblica nel proprio sito web in una sezione liberamente consultabile da tutti i cittadini, catalogate in base alla tipologia di stazione appaltante e per Regione.

L'Autorità individua con propria deliberazione le informazioni rilevanti e le relative modalità di trasmissione. Entro il 30 aprile di ciascun anno.

L'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, trasmette alla Corte dei Conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omesso di trasmettere e pubblicare, in tutto o in parte, le informazioni di cui al presente comma in formato digitale standard aperto. Si applica l'articolo 6, comma 11, del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.

Ai sensi del comma 33 art.1 della L.190/2012 la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31, costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni. Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei Responsabili del Servizio.

Il sito internet aziendale è gestito dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, si adeguerà, in collaborazione con l'U.O. Sistemi informativi, al sistema d'informazione interna aziendale che verrà totalmente riformato nell'anno 2014, provvederà quindi al piano editoriale 2014 tenendo conto della normativa sulla prevenzione della corruzione e trasparenza, soprattutto per quanto concerne l'aggiornamento della carta dei servizi.

Provvederà all'elaborazione del piano editoriale 2014 del sito intranet aziendale, in collaborazione con i sistemi informativi aziendali e in armonia con il nuovo sistema informativo aziendale di nuova attivazione nell'anno 2014.

Provvederà inoltre, con particolare riferimento, alle pubblicazioni di propria competenza con specifico riguardo al D.Lgs.33/2013 all'art.35 in collaborazione con il nuovo gestore del sito web aziendale (par.3.3 del Presente Piano)

Le pubblicazioni sul sito web aziendale , quale maggior trasparenza, verso la cittadinanza vengono effettuate anche ai sensi del **D.Lgs 14.3.2013 n.33** come previsto nella seguente **"Sezione Programma triennale per la trasparenza e l'integrità"**.



Il Responsabile dell'U.R.P.: invierà report semestrali al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza al fine che esso possa verificare la rispondenza delle attività effettuate alla normativa vigente.

2.5: Responsabile della prevenzione della Corruzione e Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della corruzione

Come esplicitato al par.2.2 del presente Piano in data **3 aprile 2013** è stata data comunicazione alla Commissione Indipendente per la Valutazione della Trasparenza della nomina, a far tempo dal 1 aprile 2013, del Responsabile della prevenzione della corruzione .

Con nota datata **5 aprile 2013**, il Direttore Generale , ai sensi del comma 2.5 della Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio-Dipartimento della Funzione Pubblica, ha comunicato a tutti i Dirigenti Sanitari ed Amministrativi, nonché Responsabili di Unità Operative e Servizi, la nomina del Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza , che mantiene anche la Responsabilità della Struttura di Comunicazione Aziendale, impartendo i primi indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato che tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza.

Con tale circolare si è assicurato che tutto il personale sanitario e non, sia a conoscenza di tale provvedimento (richiedendo a tale fine nota di conferma dell'informazione)

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione provvede:

- a) a redigere, ai sensi dell'art.1 della Legge 6.11.2012 n. 190, con la collaborazione di un apposito Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, il Piano triennale di prevenzione della corruzione da deliberare con successivo atto entro i termini di Legge (comma 3.1.1 P.N.A.) e comunque entro il 31 gennaio 2014 come da atto deliberativo n. 323 del 27 marzo 2013.
- b) alla selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, in sinergia con il Gruppo di lavoro istituito con atto deliberativo n.527 del 6.6.2013.

Il Responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede, in ottemperanza al comma 10 art.1 L.190/2012, anche:

- a) alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.
- b) alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11 L.190/2012.

TH

P



La funzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ai sensi dell'art. 1 della Legge n.190/2012 e del comma 2.1 della circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 ha carattere squisitamente "*preventivo*" pertanto i rapporti con tale figura dovranno essere improntati alla massima collaborazione, a tale fine verranno impartiti indirizzi e istruzioni necessari a garantire costanti flussi informativi dopo l'approvazione del presente piano grazie allo studio e alle valutazioni del Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della corruzione.

Ai sensi del par. B1.1.6 dell'All. n. 1 del P.N.A. la mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza da parte dei soggetti obbligati in base alla normativa di riferimento e alle disposizioni del presente Piano è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

In ottemperanza all'atto deliberativo n. 323 del 27 marzo 2013 con il quale è stato nominato il Responsabile della Prevenzione della corruzione, l'A.O. San Paolo-Polo Universitario ha istituito *con atto deliberativo n. 527 del 6.6.2013* un **Gruppo di Lavoro per la prevenzione della corruzione** avente quale *finalità* la collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza per lo studio e la creazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, l'aggiornamento di codici e/o regolamenti aventi quale scopo la prevenzione del fenomeno corruttivo nelle diverse articolazioni dell'amministrazione, dipartimentali e territoriali e la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione si riunirà periodicamente su convocazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'allegato dell'atto deliberativo di istituzione sopra citato, dovrà collaborare con lo stesso a:

- a) studiare ed elaborare il Piano triennale della prevenzione della corruzione che dovrà essere presentato al Direttore Generale entro il 31 dicembre 2013 ed adottato entro il 31 gennaio 2014 (deliberazione n. 323 del 27 marzo 2013) e così ogni anno successivo art.1 comma 8 L 190/2012; i contenuti del piano sono indicati nel comma 9 dell'art.1 L. 190/2012;*
- b) definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1 comma 8);*
- c) verificare l'efficace attuazione del Piano e sua idoneità (art.1 comma 10 lett.a);*
- d) proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o mutamenti dell'organizzazione (art.1 comma 10 lett. a);*
- e) curare l'aggiornamento di codici/regolamenti aziendali;*
- f) verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art.1 comma 10,lett. b);*
- g) individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione su temi dell'etica e della legalità (art.1 comma 10, lett.c);*



h) selezionare e formare, d'intesa con il dirigente competente, i "dipendenti referenti" per le diverse articolazioni dell'amministrazione destinati anche questi a rotazione, ad operare in settori particolarmente esposti a rischio di corruzione (Circolare n.1 25.1.2013 comma 2 punto 2).

Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione composto dai Direttori: Dipartimento Amministrativo, U.O. Bilancio e Risorse Finanziarie, Medico di Presidio, U.O. Amministrazione Risorse Umane –URP, SITRA, U.O. Affari Legali, U.O. Programmazione e controllo di Gestione; referente Servizio Qualità Aziendale e Codice Etico Comportamentale, Ufficio Affari Generali, U.O. Sistemi informativi, **si è riunito per la prima volta in data 18 giugno 2013** per la valutazione della Legge e per ipotizzare una metodologia finalizzata alla redazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, si è riunito in data **21 novembre 2013** per analizzare e porre le opportune correzioni e implementazioni alla proposta di Piano triennale per la prevenzione della corruzione presentata dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

A seguito della riunione del Gruppo del 21 novembre 2013 il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha apposto al Piano le modifiche emerse e ha provveduto in data **25 novembre 2013** ad inviare la versione definitiva del Piano ad ogni componente per il parere in merito e per le eventuali modifiche e correzioni, dando come scadenza il 29.11.2013.

2.6: individuazione aree a rischio:

Tenuto conto di quanto indicato al par. B. 1.2 (**La Gestione del Rischio**) e al par. B 1.2.1 (**La mappatura dei processi**) dell'allegato n. 1 del P.N.A. (punto 3.1.1 P.N.A.), e tenuto conto di quanto indicato nell'allegato n.2 del P.N.A., tenuto conto altresì di quanto emerso nel corso della riunione del Gruppo di Lavoro della Prevenzione della corruzione del **21 novembre 2013** , si individuano le seguenti attività, tra le quali quelle di cui al comma 16 L.190/2012, nell'ambito delle quali è più **elevato il rischio di corruzione**, verranno successivamente raccolte le proposte dei dirigenti delle varie UU.OO.nell'anno 2014 elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165.

Provveditorato-Economato
Tecnico Patrimoniale
Farmacia
Ingegneria Clinica

Le aree ad elevato rischio proposte dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza al Gruppo di Lavoro per la prevenzione della corruzione e contenute nella bozza del P.T.P.C. inviata a tale Gruppo con e-mail del 7 novembre 2013, nel corso della Riunione del 21 novembre 2013 sono state ridotte da 10 a 4 e precisamente da:

Amministrazione Risorse Umane



Bilancio e Risorse Finanziarie
Provveditorato-Economato
Tecnico Patrimoniale
Affari Generali
Attività Libero Professionale e Marketing
Sistemi informativi ed Organizzazione
Direzione Medica di Presidio
Farmacia
SITRA

a

Provveditorato-Economato
Tecnico Patrimoniale
Farmacia
Ingegneria Clinica

Dall'analisi dei rischi eseguita nell'ambito dell'attività prevista dal Codice Etico Comportamentale aziendale condotta dall'anno 2008 all'anno 2013 si confermano come aree ad elevato rischio corruzione: Provveditorato-Economato e Ingegneria clinica. Nell'indagine condotta erano inoltre emerse le seguenti UU.OO. "Gestione Risorse Umane e Ufficio Legale, che ad oggi, a seguito delle azioni correttive intraprese vedono abbassato il livello di rischio.

Entro il 31 dicembre 2014, il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, di concerto con l'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale Aziendale di cui al comma 2.10 del presente Piano, verificherà le aree a maggior rischio corruzione, anche attraverso l'attività di tale organo prevista da questo Piano triennale al sopra citato comma 2.10, tali aree potranno essere ampliate/modificate rispetto a quelle individuate a seguito della prima fase sperimentale del Piano anticorruzione e trasparenza 31.1.2014 -31.12.2014 (par.2.3. del presente Piano)

Entro il 31 dicembre 2014 verrà completata e aggiornata la mappatura dei processi tramite l'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale Aziendale di cui al comma 2.10 del presente Piano e quindi verranno individuate per ciascuna area gli interventi per ridurre i rischi (Tavola 1 P.N.A.).

Il Presidente dell'Organismo di Vigilanza del Codice Etico aziendale invierà al Responsabile della Prevenzione della Corruzione report semestrali contenenti l'attività svolta.

2.7: Referenti per la prevenzione della corruzione

Ai sensi del comma 2.2 della Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, sono stati individuati dal



Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza, di concerto con la Direzione Strategica, il Dirigente interessato, dei **Referenti per la prevenzione della corruzione** per le diverse articolazioni dell'amministrazione, che agiscono su richiesta del Responsabile, il quale rimane comunque il riferimento per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e per le eventuali responsabilità che ne dovessero derivare, i Referenti trasmetteranno semestralmente flussi informativi sia per la verifica dell'ottemperanza alle norme della L.190/2012 che del D.Lgs n.39/2013 così come previsto dal comma 2.13 del presente Piano, creando un meccanismo di monitoraggio, comunicazione/informazione, input/output per l'esercizio della funzione con particolare riferimento alle seguenti Unità Operative :

Amministrazione Risorse Umane
Bilancio e Risorse Finanziarie
Provveditorato-Economato
Tecnico Patrimoniale
Affari Generali
Attività Libero Professionale e Marketing
Sistemi informativi ed Organizzazione
Direzione Medica di Presidio
Farmacia
SITRA

I Referenti per la Prevenzione della corruzione sono stati individuati quale primo atto per le Unità Operative ritenute a possibile rischio di corruzione e potranno essere modificati nel caso vengano individuate ulteriori aree a rischio così come previsto al citato punto 2.6 a seguito della fase sperimentale delle norme contenute nel presente Piano (31.1.2014 - 31.12.2014).

I Referenti per la corruzione saranno formati, annualmente, tramite adeguato corso, così come previsto al punto 2.9 del Presente Piano al fine di espletare al meglio la loro funzione collaborativa con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

In data **4 luglio 2013** il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha inviato con nota prot. n. 23 la richiesta di nominativo quale "Referente per la corruzione" alle articolazioni aziendali a maggior rischio di corruzione.

In data **9 luglio 2013** è stata inviata dal Responsabile delle Prevenzione della corruzione e trasparenza una nota esplicativa a tutti i dirigenti delle aree a maggior rischio corruzione.

In data **2 ottobre 2013** il Direttore Generale ha inviato a tutti i Referenti della prevenzione della corruzione e per conoscenza ai rispettivi Dirigenti Responsabili nota di incarico annuale a far tempo dalla data dell'atto deliberativo di approvazione del presente Piano. L'incarico può essere rinnovato alla medesima persona.



I Referenti per la corruzione, come tutti i dipendenti, dovranno segnalare autonomamente al Responsabile della prevenzione della corruzione fatti illeciti.

Ai sensi del par.A2c dell'all.1 del P.N.A. i Referenti per la prevenzione della corruzione svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riguardo agli obblighi di rotazione del personale e osservano, come ogni dipendente, le misure contenute nel presente Piano (art.1, comma 14 L.190/2013)

I flussi informativi da trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza verranno concordati individualmente con ogni Referente tenendo conto delle peculiarità dell'U.O./Servizio di appartenenza.

Entro il mese di giugno 2014 sarà effettuato un secondo corso di formazione, così come previsto al punto 2.9 del presente Piano, dedicato soprattutto a tale personale. Entro il 31.1.2015 verranno confermati o corretti modalità e tempi dei sopra citati flussi informativi e a seguito della sperimentazione annuale si provvederà ad eventuali modifiche ed aggiornamenti.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza sono tenuti a relazionare allo stesso (tavola n.1 P.N.A.)

Il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico invierà mensilmente al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza e all'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale un report contenente le segnalazioni e reclami formulati dai cittadini, associazioni di tutela dei consumatori ecc.

Il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico trasmetterà semestralmente un report al Responsabile della prevenzione della Corruzione e trasparenza e all'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale contenente i risultati delle indagini di gradimento effettuate su pazienti ricoverati e utenti afferenti i poliambulatori, queste dovranno essere pubblicate sul sito web aziendale "Amministrazione Trasparente" a cura del Responsabile URP (art. 35 D.Lgs 33/2013). Il Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza e il Presidente all'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale dovranno essere invitati alle presentazioni semestrali delle indagini di gradimento effettuate sui pazienti ricoverati e sugli utenti afferenti i poliambulatori.

Il Responsabile dell'U.O. Affari Legali trasmetterà semestralmente un report contenente i casi di contenzioso e disciplinari.

2.8: Rotazione del personale

(par. 3.1.1, 3.1.4 P.N.A.; par.B.5 allegato1 P.N.A., tavola n. 5 P.N.A.)

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, in collaborazione con il Gruppo di Lavoro per la prevenzione della corruzione e di concerto con la Direzione

Strategica e con i Dirigenti interessati valuta le modalità operative e procedure per la **rotazione dei dirigenti afferenti alle aree di maggior rischio di corruzione** (art.1 commi 4 lett.e, 5 lett.b, 10 lett.b, L.190/2012) Obiettivo di tale attività è quello di evitare che un singolo funzionario si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso genere di procedimenti e funga da unico e costante interlocutore nei confronti di terzi utenti e contraenti.

Visto quanto indicato dal par.B.5 Allegato 1 del P.N.A. Nel caso di impossibilità di applicare la misura di rotazione del personale dirigenziale a causa di fattori organizzativi, tale misura va applicata al personale non dirigenziale, con riguardo, innanzitutto ai Responsabili di procedimento delle aree più a rischio di corruzione.

La misura deve essere adottata previa adeguata informazione alle Organizzazioni sindacali par. 3.1.4 P.N.A.;

Pur riconoscendo che tale misura è un buon strumento per ridurre il rischio di corruzione e ancor prima il sorgere di conflitti d'interesse , va osservato che questa può essere messa in atto in una Azienda Ospedaliera compatibilmente con le risorse umane disponibili, nel rispetto del CCNL di riferimento, del POA aziendale, del Piano assunzioni e avendo la cautela di garantire le competenze tecniche necessarie per il buon funzionamento delle Unità Operative, Servizi e Uffici, il mantenimento della continuità amministrativa e della coerenza degli indirizzi operativo-gestionali anche al fine di evitare problematiche e danni all'Azienda.

A seguito dell' analisi da effettuarsi nell'anno 2014 (par. 2.10 del presente piano) dovrà essere valutata la possibilità di rotazione degli operatori/funzionari delle UU.OO. ritenute a maggior rischio corruzione (precisazione emersa nel corso della riunione del 21.11.2013 del Gruppo di Lavoro per la prevenzione della corruzione).

2.9: Formazione art.1 L.190/2012 commi 5 lett.b) 8,9,10,lett. c) 11.

Prevista ai sensi dell'art.1 commi 5, 9,10, lett. c L.190/2012 e Comma 2.4 circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica e attuata così come qui di seguito descritta:

- A) formazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza;
- B) selezione e la formazione dei dipendenti destinati, ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art.1 comma 8 L.190/2012);
- C) selezione e formazione "dipendenti referenti" circolare n.1 del 25.1.2013 comma 2.2. per le diverse articolazioni dell'amministrazione destinati ad operare, a rotazione in settori, particolarmente esposti al rischio di corruzione.

Questi "dipendenti referenti", di cui al punto 2.7 del presente Piano preventivamente individuati, di concerto con il dirigente competente, debitamente formati; semestralmente dovranno far pervenire al Responsabile della prevenzione della corruzione un report con i vari processi e procedimenti con loro valutazione "filtro" in merito alla non evidenza di



palesi anomalie, in modo da creare un meccanismo comunicazione/informazione input/output.

D) selezione personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità art.1 comma 10, lett.c);

L'U.O. Amministrazione Risorse Umane dovrà prevedere nel Piano per la Formazione dell'anno 2014 e così per ogni anno due livelli formativi, uno generale per i dipendenti e uno specifico per il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, Referenti, componenti degli organismi di controllo, dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio corruzione par.3.1.1 P.N.A.

Una efficace prevenzione della corruzione non può prescindere dall'etica e dalla morale in quanto gli atti disonesti non possono essere contrastati solo con fredde leggi e relative sanzioni, è necessario che le persone comprendano e interiorizzino il fatto che questi atti non debbano essere eseguiti non tanto perché sanzionati ma perché sbagliati eticamente, moralmente e socialmente.

Ecco la necessità di realizzare appositi corsi che abbiano contenuti normativi ma anche "educativi" e culturali riferiti alle persone impegnate nel mondo del lavoro dove in alcuni casi anche il c.d. "sistema" e le c.d. "consuetudini" possono indurre a prassi scorrette di cui a volte non ci si può rendere conto fino in fondo

Con nota prot.n.16 del 23 aprile 2013 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza ha chiesto a scuole pubbliche e private disponibilità per la realizzazione di un Corso suddiviso in due sessioni previsto dalla legge 6 novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" con le seguenti caratteristiche:

tener conto anche della Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica ed essere strutturato, in particolare, per le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale;

ai sensi del comma 2.1 della Circolare n.1/2013 prevedere una sessione dedicata al Responsabile della Prevenzione della corruzione – trasparenza e al Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione che dovrà collaborare ad elaborare il Piano triennale per la prevenzione della corruzione ai sensi del comma 9 dell'art.1 della Legge 190/2012 e ai Referenti per le diverse articolazioni dell'amministrazione previsti dal comma 2.2 della citata Circolare n.1/2013;

una seconda sessione dedicata ai dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione (comma 8 art.1 Legge 190/2012);



tenere conto anche della normativa concernente la Trasparenza (D.Lgs. 14.3.2013,n.33), le Incompatibilità (D.Lgs. 8.4.2013, n.39) il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62) e il Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE - Decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e suo Regolamento di esecuzione D.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207;

essere effettuato non dopo il 30 giugno 2013 in ottemperanza alla deliberazione n. 323 del 27 marzo 2013 aperto alla partecipazione di personale di altre Aziende Sanitarie della Regione Lombardia;

non gravare sul bilancio aziendale ai sensi dell'art.2 della L. 6.11.2012, n. 190 (clausola di invarianza)

Con **atto deliberativo n. 576 del 20.6.2013** , a seguito di apposita gara, è stata identificata una società di formazione per la realizzazione di un corso di formazione dal titolo "Legge anticorruzione (L.190/2012) Quali comportamenti e responsabilità per la P.A." svoltosi il **28 giugno 2013**.

Par.3.1.1 del P.N.A. – Formazione in tema di anticorruzione - Il corso verrà inserito dall'U.O. Amministrazione Sviluppo Risorse Umane ,annualmente nel Programma della Formazione Aziendale e sarà soprattutto dedicato ai dipendenti operanti presso le aree di maggior rischio corruzione prevedendo adeguata selezione dei dipendenti Tavola 13 P.N.A.

In data **7 maggio 2013** il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha seguito un primo corso dal titolo "il testo unico della trasparenza e della Legge anticorruzione, competenze, responsabilità e sanzioni per coloro che operano nella pubblica amministrazione e società controllate.

In data **15 luglio** una collaboratrice del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza, una dirigente dell'U.O. Sviluppo Risorse umane e un collaboratore dell'Ufficio Legale-Contenzioso hanno partecipato al corso dal titolo "Aggiornamento in materia Giuridica : la legge anticorruzione 190/2012" presso la Scuola Eupolis Regione Lombardia Scuola di Direzione Sanità.

In data **24 settembre 2013** il Responsabile della prevenzione della corruzione – trasparenza e il Direttore Avvocato dell'Ufficio Legale –Contenzioso hanno seguito un corso dal titolo "Aggiornamento in materia Giuridica : la legge anticorruzione 190/2012" presso la Scuola Eupolis Regione Lombardia Scuola di Direzione Sanità.

In data **14 novembre 2013** il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha inviato al Dirigente Responsabile dell'U.O. Sviluppo Risorse Umane nota di richiesta di inserimento nel Piano di Formazione anno 2014 e così per ogni anno, di due livelli formativi sulla prevenzione della corruzione e trasparenza, uno generale per tutti i dipendenti e uno specifico per il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, dirigenti e



funzionari addetti alle aree di maggior rischio, ai Referenti della prevenzione della corruzione e ai Gruppi di Lavoro per la prevenzione della corruzione e trasparenza

2.10: Codice Etico Comportamentale Aziendale e Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici

Il **Codice Etico aziendale**, pubblicato sul sito internet aziendale, Sezione “normative di riferimento”, *qui allegato quale parte integrante e sostanziale al Piano della Prevenzione della Corruzione* verrà aggiornato annualmente dall’Ufficio competente, e portato a conoscenza di tutto il personale dipendente, anche tramite corsi di aggiornamento, così come previsto al par.3.1.3 del P.N.A. verrà portato a conoscenza dell’Autorità Nazionale anticorruzione in quanto allegato al presente Piano Triennale.

L’Organo di vigilanza del Codice etico comportamentale collaborerà con il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza procedendo nell’attività di **vigilanza e controllo** anche con audit presso le varie UU.OO., Servizi e Uffici, a tale fine il Responsabile della prevenzione della corruzione in data **8 maggio 2013** ha incontrato i componenti del citato Organo di vigilanza. Per quanto concerne la **gestione del rischio** B.1.2 dell’Allegato 1 del P.N.A. e la **mappatura dei processi** par. B.1.2.1 dell’Allegato 1 del P.N.A. e la **valutazione del rischio** par. B.1.2.2 dell’Allegato 1 del P.N.A. entro il 31 dicembre 2015 verranno predisposti i necessari atti da tale Organo di Vigilanza a seguito di studi e audit che si svolgeranno nel corso dell’anno 2014, aggiornando la situazione al 31.12.2013 inserendo una valutazione per le aree non interamente sottoposte ad analisi.

Il Codice Etico comportamentale aziendale dovrà compendiarsi (art. 1 comma 44 L190/2012 – art.54 D.Lgs 20.3.2001 ,n.165) con le norme contenute nel **Codice di comportamento dei dipendenti pubblici**, decreto 28 novembre 2000 sostituito dal **D.Lgs. 16 aprile 2013 n. 62 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (GU n.129 del 4-6-2013)** pubblicato sul sito web aziendale nella Sezione “Normative di riferimento” e, secondo quanto indicato al par.3.1.1. del P.N.A. – Codici di comportamento- dovrà contenere dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di comportamento e l’indicazione dell’Ufficio competente a emanare pareri sulla applicazione del codice di comportamento, anche tramite sistemi informativi automatizzati.

Già è attivo un indirizzo di posta elettronica, dedicato alle segnalazioni di eventuali violazioni dei principi dichiarati nel codice etico aziendale: comitato.valutazione@ao-sanpaolo.it.

Ai sensi del comma 44 art.1 della L.190/2012 il codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni assicura la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il codice contiene una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite, e

4

✓



comunque prevede per tutti i dipendenti pubblici il divieto di chiedere o di accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità, in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, fatti salvi i regali d'uso, purché di modico valore e nei limiti delle normali relazioni di cortesia.

Sull'applicazione dei Codici previsti dall'art. 1 comma 44 della L.190/2012- art 54 punto 6 d.lgs 30.3.2001 n. 165 , vigilano i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture interne di controllo e gli Uffici di disciplina.

L'art.8 del D.Lgs 62/2013 prevede espressamente l'obbligo per tutti i dipendenti di rispettare le misure contenute nel P.T.P.C. e di prestare collaborazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza (par.B.4.3.2 dell'Allegato 1 del P.N.A.)

La Direzione Amministrativa in data **6 giugno 2013** ha inviato il D.Lgs. 16 aprile 2013 n. 62 al Responsabile della prevenzione della corruzione, al Direttore di Dipartimento Amministrativo, al Direttore dell' U.O. Affari legali e Contenzioso e al Direttore dell'U.O. Sviluppo risorse umane.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha **in medesima data** inviato il citato D.Lgs. 62/2013 al Segretario dell'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale.

La Direzione amministrativa di concerto con il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha convocato una riunione per il giorno **21 giugno 2013** con il Segretario dell'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale e il Direttore Sviluppo Risorse Umane al fine di compendiare il D.Lgs. 16.4.2013 n. 62 con il Codice etico Comportamentale aziendale.

In data **21 giugno 2013** il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici è stato pubblicato sul sito internet aziendale (normativa di riferimento).

In data **26 giugno 2013** il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici è stato trasmesso dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza con e-mail a tutto il personale dipendente Ospedaliero e universitario e pubblicato sull'intranet aziendale.

In data **2 luglio 2013** è stata inviata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza nota all'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale A.O. San Paolo contenente la richiesta di collaborazione per l'attività 2014-2016 al fine di ottemperare alla Legge 6 novembre 2012, n.190, Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione e al D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, art. 54, punto 6: Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni; come concordato, l'Organismo di Vigilanza del Codice Etico



comportamentale dell'Azienda Ospedaliera San Paolo – Polo Universitario proseguirà nella verifica dell'adozione delle azioni definite nel Piano di Azione aziendale 2012-2013 entro il 31 gennaio 2014.

In data **7 ottobre 2013** l' Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale A.O. San Paolo, con lettera di risposta alla nota del 2 luglio 2013 ha comunicato la propria disponibilità alla collaborazione richiesta in conformità alle rispettive competenze ed attribuzioni.

L' Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale A.O. San Paolo da gennaio 2014 procederà all'aggiornamento dell'analisi dei rischi etici, anche mediante audit, presso le UU.OO e Servizi aziendali precedentemente analizzati, tale aggiornamento avrà termine il 31.12.2014 e si concretizzerà in una revisione di due documenti: "Analisi dei Rischi" e "Modello Organizzativo".

Visto il par. B 1.2.1 (La mappatura dei processi) dell'allegato n. 1 del P.N.A. (punto 3.1.1) per i processi/sottoprocessi in cui si siano evidenziati rischi rilevanti o critici di violazione di principi definiti dal Codice Etico o commissione di reati in esso richiamati saranno predisposte le azioni correttive più opportune e le stesse verranno formalizzate nel Piano di Azione Aziendale anno 2015, contenente le schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi par.3.1.1 del P.N.A. "Gestione del rischio".

Le verifiche in merito all' adozione delle azioni correttive seguiranno le tempistiche definite nel Piano sopra citato (31.12. 2015).

L' Organismo di Vigilanza del Codice Etico Comportamentale A.O. San Paolo trasmetterà semestralmente un report sull'attività svolta al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza (tavola n.4 -Codice di comportamento – P.N.A-) già attualmente inviato alla Direzione Strategica e al Collegio dei Sindaci dell'A.O. San Paolo.

Quanto sopra al fine di verificare l'aderenza e conformità dei comportamenti dei dipendenti ai principi contenuti nel Codice Etico Aziendale, tenendo conto anche del D.P.R.16 aprile 2013, n. 62 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e delle successive linee guida Nazionali e Regionali.

Con **atto deliberativo n. 971 del 5.11.2013** l'A.O. San Paolo ha costituito il **nuovo Organismo di Vigilanza del codice etico comportamentale** per la durata di tre anni, l'atto deliberativo, comprendente i curriculum vitae dei componenti è stato pubblicato sul sito web aziendale in data **22.11.2013**.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) verifica annualmente lo stato di applicazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (tavola 4 –Codice di comportamento P.N.A.)

Il codice Etico Comportamentale si conformerà alle norme e indicazioni di Regione Lombardia.

2.11: Codice Etico degli appalti di Regione Lombardia, Patti di integrità negli affidamenti

L'Unità Operativa Economato-Provveditorato e l'Unità Operativa Tecnico Patrimoniale, nell'espletamento delle procedure di affidamento, oltre ad attenersi a quanto previsto dal "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" - Decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 - e suo Regolamento di esecuzione - D.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207 - e successive modifiche e integrazioni, devono conformare i propri comportamenti alle previsioni del Codice Etico degli Appalti Regionali, approvato da Regione Lombardia con DGR n. IX/1644 del 04/05/2011, pubblicato sul B.U.R.L. Serie Ordinaria n. 19 del 05/05/2011, *ed allegato quale parte integrante al presente provvedimento*,

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 13 maggio 2011, n. 70 (Prime disposizioni urgenti per l'economia), -convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della Legge 12.07.2011, n. 106- che ha enumerato tassativamente le cause di esclusione dalle procedure di affidamento, con DGR 06.07.2011 – n. IX/1979 "Presenza d'atto della comunicazione del Presidente di Regione Lombardia avente ad oggetto "Codice Etico degli appalti regionali – aggiornamento a seguito dell'entrata in vigore del decreto legge n. 70/2011", pubblicata sul B.U.R.L. Serie Ordinaria n. 28 del 11/07/2011, il Codice è stato disapplicato nella parte in cui prevedeva l'esclusione dalla procedura dell'operatore economico (art. 2 e art. 5 – comma 1 – lettera A).

Il Codice Etico degli Appalti Regionali, rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concessive, nel settore dei contratti pubblici e, pertanto, costituisce formale obbligazione da parte delle Amministrazioni aggiudicatrici, dei concorrenti e degli aggiudicatari ad improntare i rispettivi comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza. A presidio di tali principi è posta una serie puntuale di obblighi il cui inadempimento può comportare l'irrogazione di provvedimenti disciplinari, se attribuito ai dipendenti della Stazione Appaltante; l'applicazione di sanzioni patrimoniali, graduate in relazione alla gravità dell'inadempimento se attribuito agli operatori economici.

L'accettazione delle clausole del Codice Etico degli Appalti è prevista nell'ambito della dichiarazione resa dagli operatori economici che presentano offerta, dai relativi capitolati speciali ed il suo testo, sottoscritto per accettazione dalle parti, costituisce parte integrante e sostanziale della documentazione delle singole procedure di affidamento e del contratto.

Il Codice Etico degli Appalti è stato pubblicato sul sito internet nella Sezione Amministrazione trasparente e in "Normative di riferimento" in data **3 settembre 2013**, e



inoltre si conformerà alle norme e indicazioni che dovessero essere emanate da Regione Lombardia.

I Responsabili delle UU.OO. Tecnico Patrimoniale e Economato Provveditorato invieranno report semestrali al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Patti di integrità negli affidamenti art.1 comma 17 L.190/2012 Le stazioni appaltanti si atterranno all'osservanza della normativa, sarà onere delle rispettive UU. OO. l'osservanza della normativa di riferimento.

2.12: Piano delle Performance - Nucleo di valutazione delle prestazioni (NVP)

Il Piano delle Performance, *allegato al presente atto*, facente parte integrante e sostanziale del presente Piano della Prevenzione della Corruzione è stato approvato con **atto deliberativo 10 maggio 2012 n.402 "Approvazione Piano della performance aziendale per il triennio 2012-2014**, verrà aggiornato a seguito delle linee guida di Regione Lombardia. L'U.O. Controllo di Gestione provvederà ad inserire come obiettivi nel nuovo Piano delle Performance le misure del presente Piano della Prevenzione della corruzione e trasparenza ai sensi della delibera n.50/2013 -comma 2.3- dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Piano delle Performance, è un documento strategico programmatico realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della Performance (da ora chiamato Piano), è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto) e viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Organizzato su un orizzonte temporale triennale e coerentemente con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della prestazione.

Il Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative, nel rispetto anche delle indicazioni impartite da Regione Lombardia, si articolano su tre livelli:

- 1- un livello istituzionale di ordine strategico che si qualifica per definire gli indirizzi di fondo pluriennale (Piano Socio Sanitario Regionale) e annuali (Delibera delle regole) cui l'Azienda Ospedaliera San Paolo, per quanto di competenza, si è attenuta;
- 2- un livello strategico aziendale, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dagli organi della Direzione Strategica aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;
- 3- un livello direzionale e operativo dove hanno trovato collocazione gli strumenti di programmazione (budget, obiettivi e programmi aziendali) e la sua rendicontazione (relazione sulla performance).



Il Piano e la Relazione di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, sono pubblicati sul sito istituzionale.

Il Responsabile dell' U.O. Controllo di Gestione invierà un report entro il 31 dicembre di ogni anno al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per una informazione relativa alla materia.

Con atto deliberativo n. 728 del 19 agosto 2011 è stato nominato il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Tale Nucleo è un organismo esterno all'Azienda Ospedaliera San Paolo e svolge attività di controllo e monitoraggio delle molteplici attività aziendali, tra le quali l'implementazione del Piano delle Performance. Analizzando l'operato aziendale contribuisce di fatto alla verifica del buon andamento delle prestazioni e servizi offerti alla cittadinanza, contribuendo alla trasparenza; già in data **26 settembre 2013** ha effettuato una verifica sulla sezione "Amministrazione Trasparente" pubblicata sul sito web istituzionale, così come evidenziato al punto 3.5 del Presente Piano nella Sezione P.T.T.I.

Ai sensi del par.A2 e dell'all.n.1 del P.N.A. partecipano al processo di gestione del rischio, svolgono compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43,44 d.lgs.n.33/2013) esprimono parere obbligatorio sul codice di comportamento aziendale.

2.13: D.Lgs.8 aprile 2013 n.39

Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012 n. 190.

Ai sensi dell'art.15 del D.Lgs.8 aprile 2013 n.39 il Responsabile del Piano della prevenzione della corruzione e trasparenza cura, anche attraverso le disposizioni del Piano anticorruzione, che nell'amministrazione, siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 decreto sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tale fine il Responsabile di ogni UU.OO. contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al presente decreto.

L'U.O. Amministrazione Risorse Umane porrà in essere, senza ritardo, azioni e direttive rivolte ad ottenere le dichiarazioni e i controlli previsti ai par. 3.1.6 , 3.1.7 , 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10 del P.N.A. entro il 31.12.2014. Il Responsabile dell'U.O. Amministrazione Risorse Umane invierà un report semestrale dal mese di giugno 2014, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza per relativa informativa.

L'U.O. Amministrazione Risorse Umane porrà in essere senza ritardo direttive per effettuare controlli sui precedenti penali dei dipendenti e per adottare le conseguenti determinazioni (tavola n. 10 P.N.A.), informando semestralmente il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza.



Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, informato dai vari Dirigenti con report semestrali, segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del d.lgs. 39/2013 all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004 n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di Responsabile, comunque motivato, è comunicato all'Autorità nazionale anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. Decorso tale termine, la revoca diventa efficace.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, grazie alla collaborazione del Referenti per la prevenzione della corruzione di cui al comma 2.7 del presente Piano controllerà e vigilerà sulla corretta applicazione del D. Lgs. n.39/2013.

2.14: Conflitto di interesse (art.6 bis, L.241/190 – D.P.R. 62/2013)

L'U.O. Amministrazione Risorse Umane provvederà ad intraprendere adeguate iniziative di informazione e formazione per dare conoscenza al personale dipendente dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse entro il 31.12.2014. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza verificherà la rispondenza delle iniziative intraprese alla normativa vigente Par.3.1.5 – All. 1 par. B, 6 P.N.A, Tavola 6 P.N.A a seguito di report semestrali inviati dal Responsabile dell'U.O. Risorse Umane dal 31.6.2014.

2.15: Rapporti con l'Università degli Studi di Milano

Essendo l'Azienda Ospedaliera San Paolo un Polo Universitario dell'Università degli Studi di Milano in essa si svolge una prestigiosa attività didattica, di ricerca e clinica.

I rapporti fra Ospedale e Università tradizionalmente si svolgono in stretta collaborazione e sinergia in un armonico agire a beneficio della cittadinanza.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza collaborerà con il collega dell'Università degli Studi di Milano e con il Dipartimento Universitario dell'Ospedale San Paolo; a tale fine il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza con nota del **6 giugno 2013** ha formalizzato una richiesta di incontro con il Direttore del Dipartimento Universitario per l'applicazione delle norme contenute specificatamente nella Legge 6 novembre 2012 n.190 e del D. Lgs. 4 marzo 2013 ,n.33. L'incontro è avvenuto in data **20 giugno 2013** nel corso del quale è stata riconfermata la consueta collaborazione, ipotizzando azioni congiunte e sinergiche al fine di prevenire atti illeciti e corruttivi evidenziando nel contempo il prestigioso lavoro di professori, medici e ricercatori che con



quotidiana dedizione e professionalità svolgono la propria attività in favore dell'utenza, si è discusso inoltre del Corso di formazione effettuato in data 28 giugno 2013 presso l'Ospedale San Paolo, organizzato dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza.

In data **25 giugno 2013** Il Direttore del Dipartimento Universitario ha inviato, a seguito degli accordi intercorsi, il nominativo di una sua collaboratrice quale punto di riferimento per tale settore.

Sempre in data **25 giugno 2013**, il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha trasmesso al citato Direttore del Dipartimento Universitario la normativa concernente la prevenzione della corruzione, la trasparenza, le incompatibilità, il Codice Etico Comportamentale aziendale, il Codice di Comportamento dei dipendenti Pubblici e il Programma del Corso proposto da Eupolis Lombardia.

In data **5 settembre 2013** Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha inviato la bozza del Piano triennale della prevenzione della corruzione al Direttore del Dipartimento Universitario per una preventiva valutazione.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha presentato in data **14.11.2013** il presente Piano al Direttore del Dipartimento Universitario per instaurare una collaborazione finalizzata alla condivisione delle azioni da intraprendere aventi quale fine la prevenzione della corruzione. Si effettueranno incontri semestrali nell'anno 2014 dopo l'approvazione del presente Piano, successivamente, per l'anno 2015 si concorderà la conferma della tempistica adottata o eventuali modificazioni.

2.16: Riscontro fatti illeciti

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza riferisce al Direttore Generale, nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, egli riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'ufficio provvedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale (art.20 D.P.R. n.3 del 1957; art.1,comma 3, L.20 del 1994).

Ove riscontri poi dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad ufficiale di Polizia Giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (comma 2.5 Circolare Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1 del 25.1.2013).



2.17: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

art. 1 comma 51 L.190/2012

L'A.O. San Paolo, realizzerà, tramite il proprio servizio informativo, con tempestività e comunque entro il 31.12.2014 i necessari accorgimenti tecnici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, attivando obblighi di riservatezza e anonimato anche con specifiche procedure informatiche così come previsto al par.3.1.11 – Raccomandazioni - del P.N.A. (par. B.12, B12.1, B12.2 Allegato 1 P.N.A.).

Quanto sopra in aggiunta alla e-mail già attiva per tale finalità (par.2.10 del presente Piano)

Le misure di prevenzione e contrasto della corruzione previste nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art.8 D.P.R. 16.4.2013 n.62) La violazione delle misure di prevenzione previste dal presente Piano costituisce illecito disciplinare (art.1 comma 14, L.190/2012).

Sezione 3

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (P.T.T.I.)

D. Lgs 14.3.2013 n.33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”

Delibera n.50 del 24 luglio 2013 Autorità Nazionale Anticorruzione

Ai sensi dell'art.10 comma 2 del D.Lgs. 33/2013 confermato dalla Delibera n.50 del 24.7.2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione al comma 2.1 il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è Sezione del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione, tutti e due gli atti devono e saranno adottati il 31 gennaio di ogni anno (art.1. comma 8 L.190/2012) dal **31 gennaio 2014**.

3.1: Il Responsabile della Trasparenza ai sensi del D.Lgs 33/2013

Il Responsabile della Trasparenza (delibera C.I.V.T. n.105 del 2010, par.414) redige il Programma triennale della trasparenza che le amministrazioni devono adottare ai sensi dell'art 11 del D.lgs n.150 del 2009, il Responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, le funzioni di Responsabile per la Trasparenza, ai sensi dell'art. 43 comma 1 del D.Lgs n.33/2013, e il suo nominativo è indicato nel Programma triennale della Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza e l'integrità, vedi punto 2.2. del Presente Piano Triennale.

1. Il Responsabile svolge stabilmente una **attività di controllo** sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate dai Dirigenti e Responsabili di UU.OO. e Servizi, nonché segnalando al Direttore Generale,



all'Organismo indipendente di valutazione delle performance (OIV), all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione art.43, cc 1,5 d.lgs. n.33/2013).

2. Il Responsabile provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione.

3. I Dirigenti Responsabili di UU.OO. e Servizi dell'Amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge art.43 comma 3 D.lgs.33/2013)

4. Il Responsabile controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal presente decreto.

5. In relazione alla loro gravità, il Responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al Direttore Generale, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Il programma per la trasparenza è coordinato con il piano della prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza con i periodi di riferimento, come da Circolare n.1 25.1.2013 comma 2.5.

La trasparenza realizza già di per se una misura di prevenzione poiché consente il controllo da parte degli utenti dello svolgimento dell'attività amministrativa.

3.2: Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ai sensi dell'art.10 del D.Lgs. 33/2013

1. L'A.O. San Paolo-Polo Universitario, sentite le associazioni rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, adotta un **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**, da aggiornare annualmente, che indica, ai sensi dell'art.10 D.Lgs.33/2013 le iniziative previste per garantire:

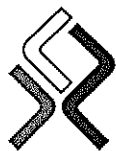
- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dalla Commissione di cui all'articolo 13 del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

2. Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, di cui al comma 1 dell'art.10 D.Lgs 33/2013, definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 D.Lgs.33/2013. Le misure del Programma triennale della trasparenza sono collegate, sotto l'indirizzo del responsabile, con le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione.

A tal fine, il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituisce una sezione del Piano di prevenzione della corruzione.



3. Gli obiettivi indicati nel Programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell' A.O. San Paolo, definita in via generale nel **Piano delle performance** e negli analoghi strumenti di programmazione. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.
4. L'A.O. San Paolo garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance.
5. Ai fini della riduzione del costo dei servizi, dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché del conseguente risparmio sul costo del lavoro, l'A.O. San Paolo provvede annualmente ad individuare i servizi erogati, agli utenti sia finali che intermedi, ai sensi dell'articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279, provvede altresì alla contabilizzazione dei costi e all'evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché al monitoraggio del loro andamento nel tempo, pubblicando i relativi dati ai sensi dell'articolo 32 D.Lgs. 33/2013.
6. L'A.O. San Paolo presenta il **Piano e la Relazione sulla performance** di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite **"giornate della trasparenza"** senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, queste giornate saranno inserite nel Piano di formazione annuale dall'U.O. Amministrazione Sviluppo Risorse Umane.
7. Nell'ambito del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità sono specificate le modalità, i tempi di attuazione, le risorse dedicate e gli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative di cui al comma 1 art.10 L.33/2013.
8. L'A.O. San Paolo pubblica sul proprio sito istituzionale nella sezione «Amministrazione trasparente» di cui all'articolo 9 D.Lgs 33/2013:
- a) il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed il relativo stato di attuazione quale Sezione del Programma triennale della Prevenzione della corruzione;
 - b) il Piano e la Relazione di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
 - c) i nominativi ed i curricula dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009;
 - d) i curricula e i compensi dei soggetti di cui all'articolo 15, comma 1 d.Lgs.33/2013, nonché i curricula dei titolari di posizioni organizzative, redatti in conformità al vigente modello europeo.
9. La trasparenza rileva, altresì, come dimensione principale ai fini della determinazione degli standard di qualità dei servizi pubblici da adottare con le carte dei servizi ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, così come modificato dall'articolo 28 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.



Il presente Piano Triennale Trasparenza e Integrità (P.T.T.I.) è redatto tenendo conto di quanto indicato nel **Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) par. 3.1.2 – Trasparenza** – e della **Delibera dell’Autorità Nazionale Anticorruzione n.50/2013**, tale Delibera in data **1 ottobre 2013** è stata inviata per opportuna informazione e per quanto di competenza ai Gruppi di Lavoro per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nonché alla Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa e al Direttore del Dipartimento Universitario.

3.3: Sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale (D.Lgs. 33/ 2013 con particolare riferimento Allegato 1.)

Le prescrizioni sono immediatamente precettive secondo quanto previsto dall’Allegato A del D.Lg.33/2013, il quale costituisce lo schema che va doverosamente seguito per realizzare la pubblicità in senso giuridico e non solo fenomenologico (Circolare n.2 punto 1.3 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica)

In data **24 maggio 2013** è stata pubblicata sul sito internet aziendale in home page la **sezione “Amministrazione trasparente” e “Accesso Civico”** – aggiungendo la dicitura **“ Richieste del cittadino”**. (art.5 d.lgs.33/2013).

L’accesso civico comprende gli indirizzi di posta elettronica del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza a cui il cittadino potrà inviare le proprie richieste e del Direttore Generale dell’A.O. San Paolo – Polo Universitario in caso di inattività del Responsabile, quale titolare del potere sostitutivo, sono stati pubblicati anche i numeri telefonici per facilitare la comunicazione, tale sezione è stata pubblicata in home page del sito web istituzionale al fine di renderla immediatamente visibile al cittadino.

Le richieste di accesso civico devono essere indirizzate al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza fermo restando l’obbligo a carico dei dirigenti responsabili degli uffici dell’amministrazione di assicurare il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare in ottemperanza alla normativa vigente. (circolare n.2/2012 punto 1.1 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica).

In home page del sito web istituzionale è stata pubblicata una **sezione ulteriore** e cioè **“normativa di riferimento”** contenente le principali norme riguardanti la prevenzione della corruzione e la trasparenza ed integrità.

In Home page del sito web istituzionale è pubblicato l’**accesso all’Ufficio Relazioni con il Pubblico** per ottenere immediate informazioni ed essere “ascoltato” in tempo reale, l’URP svolge semestralmente **indagini di gradimento** sui pazienti ricoverati e sugli utenti afferenti i Poliambulatori ospedalieri e territoriali, dai risultati dei sondaggi l’Azienda adotta annualmente delle **“azioni di miglioramento”** finalizzate a erogare servizi e prestazioni più qualitativi.



I contenuti della Sezione Amm.one Trasparente sono stati elaborati in base all'allegato A del D.Lgs. 33/2013 e all'allegato 1 della **delibera n.50/2013 della Autorità Nazionale Anticorruzione**, particolare attenzione è stata posta alle disposizioni dell'art. 41 del D.Lgs.33/2013 – Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Gruppo di Lavoro di cui al punto 3.5 del Presente Piano garantirà la pubblicazione dei dati previsti dal D.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente concernente la trasparenza, ogni due mesi verificherà la correttezza delle informazioni presenti sul sito web aziendale.

Sono osservate le norme riguardanti la sottrazione al diritto di accesso previste dal Par.12.3 dell'Allegato 1 del P.N.A.

A seguito di revisione del sito internet aziendale si provvederà entro il 31 dicembre 2014 a riorganizzare totalmente il sito internet aziendale con le relative pubblicazioni di legge, dopo relativa gara di affidamento della gestione del sito web aziendale, attualmente prorogata all'attuale gestore in attesa di affidamento di nuovo incarico alla ditta vincitrice

3.4: Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza A.O. San Paolo

In data **6 giugno 2013 con atto deliberativo n.528** ai sensi del comma 7 dell'art 1 della Legge 6 novembre 2012, n.190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"; dell' art. 43 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e del comma 2.5 della circolare n. 1 datata 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, il Responsabile della prevenzione della corruzione (par.2.2 del presente Piano) è stato nominato Responsabile per la Trasparenza.

Con lettera del **13 giugno 2013** è stata inviata la nota di comunicazione della nomina del Responsabile della Trasparenza, con allegati il D.Lgs.14 marzo 2013 n.33 e D.P.R. 16 aprile 2013 n.62 ai Dirigenti aziendali con invito ad estendere l'informativa ai propri collaboratori.

In data **27 giugno 2013** sono state pubblicate sul sito internet aziendale le deliberazioni di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dell'istituzione del Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, della nomina del Responsabile della Trasparenza e dell'istituzione del Gruppo di lavoro per la trasparenza.

3.5: Gruppo di lavoro per la trasparenza A.O. San Paolo

In data **28 giugno 2013 con atto deliberativo n.607** è stato istituito un **Gruppo di lavoro Lavoro per la trasparenza** finalizzato all'attuazione delle norme del D.Lgs 14.3.2013 n.33 e del D.Lgs 8.4.2013 n. 39, coordinato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza i cui componenti rappresentano le seguenti UU.OO.: Dipartimento



Amministrativo, Sviluppo Risorse Umane, Tecnico Patrimoniale, Provveditorato Económico, Bilancio e Risorse Finanziarie, Servizi Informativi, Affari Generali, Ufficio Relazioni con il Pubblico e il Gestore del sito internet.

Il Gruppo di lavoro sulla trasparenza collabora con il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza all'aggiornamento della Sezione Trasparenza del Presente Piano e al monitoraggio sull'attuazione delle norme sulla trasparenza, al controllo e assicura la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e dell'accesso civico (art.43, comma 2 e 3 e art.10, commi 2, 7 D. Lgs.33/2013 -). I componenti del Gruppo di Lavoro sono referenti per la trasparenza del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza sui dati da pubblicare su sito web istituzionale (Delibera 50/2013 comma 2.3 Autorità Nazionale Anticorruzione).

Il Gruppo di Lavoro adotta le misure da pubblicare sul sito web aziendale previste dall'art.1 della L. n.190/ 2012 con particolare riferimento ai seguenti commi:

15, 16 (successivamente trasmessi alla Autorità Nazionale Anticorruzione comma 27) , 26,, il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali va pubblicato periodicamente sul sito web aziendale (comma 28), 29, 30, 32 i dati citati da questo articolo entro il 31 gennaio di ogni anno devono essere pubblicati, dall'U.O. Provveditorato economico, in tabelle riassuntive, relativamente all'anno precedente rese liberamente scaricabili, 33, 34 e Tavola n.3 P.N.A. – adempimenti di trasparenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi all'U.P.D. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità (par B.3.1. Allegato 1 P.N.A.)

La corretta attuazione del programma triennale, come indicato nella Delibera CIVIT n. 2/2012 concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, tutti gli uffici dell'amministrazione, sia centrali che periferici e i relativi dirigenti (Delibera n.50/2013 comma 2.3 Autorità Nazionale Anticorruzione)

Riunioni Gruppo di lavoro per la trasparenza:

9 maggio 2013 in tale incontro il gruppo ha analizzato le norme del D.Lgs.33/2013 ed ha raggiunto un accordo organizzativo per la loro applicazione facendo particolare riferimento all'art.41 "trasparenza del servizio sanitario nazionale" e all'Allegato 1 del D.Lgs.33/2013.

8 luglio 2013 la riunione ha avuto un contenuto operativo attribuendo l'applicazione delle norme ai vari Responsabili di UU.OO./Servizi prendendo anche in considerazione la tempistica, il monitoraggio e l'aggiornamento dei dati.

Ai sensi del comma 29 art.1 L.190/2012 in data **3 luglio 2013** è stata attivata sul sito web aziendale il seguente **indirizzo di posta elettronica certificata:**



prevenzione.corruzione@ao-sanpaolo.it, grazie a tale casella e-mail si consente a chiunque la massima facoltà di segnalare condotte contrarie alla legge o anche solo prodromiche alla commissione di reati di corruzione.

Di tale casella viene data comunicazione in tutti gli atti contrattuali dell'Amministrazione a cura degli uffici competenti per materia e sotto la responsabilità dei rispettivi dirigenti.

In data **9 luglio 2013** il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, a seguito della riunione dell'8 luglio 2013 del Gruppo di Lavoro per la trasparenza, ha inviato una nota ai Responsabili di UU.OO./Servizi per indicare i Responsabili e le relative competenze concernenti l'inserimento dati sul sito web aziendale ai sensi del D.Lgs.n.33/2013.

In data **2 settembre 2013** il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza ha inviato ai componenti, il Gruppo di Lavoro della trasparenza, l'informazione dell'attivazione di una nuova e-mail supporto@sanihelp.it alla quale dovranno essere inviati i dati per la pubblicazione sul sito web istituzionale nelle rispettive sottosezioni della Sezione "Amministrazione trasparente" (delibera 50/2013 comma 2.2. Autorità anticorruzione)

In data **13 settembre 2013** è stata inviata, ai componenti il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza e il Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della Corruzione, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza la Circolare n.2/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica.

In data **25 settembre 2013** il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ha trasmesso, ai Gruppi di Lavoro per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nonché alla Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa e al Direttore del Dipartimento Universitario, il **"Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta Regionale, delle Azienda Sanitaria, degli Enti e Agenzie Regionali e degli Enti vigilati della Regione Lombardia"** n. 3 del 24.12.2013, pubblicato sul sito Web istituzionale nella sezione "Normative di riferimento".

Riunione del Gruppo di Lavoro per la trasparenza in data **25 settembre 2013** finalizzata alla verifica delle pubblicazioni sul sito web aziendale sezione Amministrazione trasparente ai sensi del D.Lgs.33/2013.

In data **26 settembre 2013** il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** ha verificato la rispondenza del sito web aziendale e in particolare della "Sezione Amministrazione trasparente" al D.Lgs 33/2013 dando parere favorevole, il relativo verbale con i relativi allegati in medesima data è stato pubblicato sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione trasparente e inviato al N.V.P. e al Gruppo di Lavoro per la trasparenza.

Una collaboratrice del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha effettuato in data **30.9.2013** il Corso Posta Elettronica certificata.

u

✓



In data **1° ottobre 2013** il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ha pubblicato la deliberazione n. **50/2013 della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche** sul sito web aziendale nella sezione "Normativa di riferimento" (par.3.2 del presente Piano)

Riunione del Gruppo di Lavoro per la Trasparenza in data **29 ottobre 2013**, in tale incontro i vari componenti hanno esposto gli ultimi dati inseriti nella Sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale rispetto all'ultima riunione del 25 settembre u.s. dopo una verifica dei dati pubblicati si è programmato un aggiornamento mensile per l'anno 2013, a tale fine il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà con specifica nota informativa.

In data **30 ottobre 2013** il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha trasmesso al Gruppo di Lavoro per la trasparenza l'invito a pubblicare, rispettivamente per quanto di competenza, nella Sezione Amministrazione trasparente, sottosezioni Attività e procedimenti, tipologia di procedimento, i procedimenti di propria competenza sul modello già Pubblicato " Procedimenti amministrativi e affari generali" di cui con nota del **6 novembre 2013** il Responsabile della prevenzione e corruzione e trasparenza ha inviato il relativo modello.

Il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza nel 2014 si riunirà bimestralmente , su convocazione del Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza per la verifica, aggiornamento, monitoraggio ed inserimento dei dati da pubblicare sul sito web aziendale.

Ai sensi dell'art.1 comma 33, L. 190/2012 la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni sulla trasparenza va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. n.165/2001, eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei Responsabili del Servizio (par. C 3 Allegato 1 P.N.A.)

Contenuti finali

La Sezione per la Trasparenza e l'Integrità del Piano per la Prevenzione della Corruzione si coordina con tutte le Sezioni del Piano stesso integrandosi armonicamente con esse per raggiungere gli obiettivi e finalità in esso contenuti.

Il Presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Integrità è stato presentato in data **3 settembre 2013** e discusso con l'Associazione, rappresentata nel Consiglio Nazionale dei Consumatori e Utenti (CNCU) ai sensi del comma 1, art.10 D.Lgs.33/2013, **Lega Consumatori Nazionale e di Regione Lombardia con sede a Milano**, la nota di valutazione favorevole del presente Piano datata **9 ottobre 2013** è



allegata al Piano e quindi pubblicata sul sito web istituzionale così come previsto dal Par.B.1.1.7 dell'All.1 del P.N.A.

Ai sensi del comma 14 art.1 L.190/2012 e del par.3.1.1 del P.N.A. –Altre Iniziative - entro il **15 dicembre 2014** e poi così ogni anno, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza redige una **Relazione annuale** che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal presente P.T.P.C. 2014-2016, questo documento dovrà, preventivamente essere inviato al Direttore Generale e quindi essere pubblicato sul sito web istituzionale e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica in allegato al Piano Triennale Anticorruzione dell'anno 2015 e così per gli anni successivi.

Ai sensi del par.B.1.1.10 dell'All.1 del P.N.A. il presente Piano verrà aggiornato annualmente dal Responsabile della Prevenzione della corruzione in collaborazione con i Gruppi di Lavoro della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con il contributo dell'Organismo di Vigilanza del Codice Etico Aziendale.

Ai sensi dei commi 8, 60 art.1 L.190/2012, il Piano Prevenzione della Corruzione e Trasparenza viene trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica per via telematica (sito www.funzionepubblica.it - sezione anticorruzione) par.3.1.1 , 4.1 PNA entro il **31 gennaio** di ogni anno a partire dall'anno **2014**.

Eventuali dati ulteriori verranno trasmessi al Dipartimento della Funzione Pubblica entro il **31 luglio 2014** salvo termini diversi previsti dal D.F.P. par. 4.1 P.N.A.

Il presente Piano è pubblicato sul sito web istituzionale – Sezione Amministrazione trasparente (par. 3.1.1 , 3.1.14 P.N.A.) e sul sito Intranet, inviato a tutti i dipendenti via e-mail e all'organo di vigilanza Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (N.V.P.) e a Regione Lombardia, par A2 a all. 1 P.N.A.

Ai sensi del comma 2.3 della deliberazione n.50/2013 della Autorità Nazionale Anticorruzione, entro il **28 febbraio 2014** sul Portale della Trasparenza verranno inserite le informazioni sugli aspetti più rilevanti del programma trasparenza e integrità secondo il formato *standard* contenuto nell'allegato 3 della deliberazione n.50/2013 della Autorità Nazionale Anticorruzione.

Ai sensi dell'art.1 comma 15 della L.190/2012 l'attuazione della trasparenza deve essere temperata con l'interesse costituzionalmente protetto della riservatezza.(Circolare n.2 punto 1.3 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica)

E' necessario il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell'art 1 comma 2 art. 4 comma 4 e 6 del D.Lgs 33/2013.

Va osservato il Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta Regionale, delle Aziende Sanitarie, degli Enti e Agenzie Regionali, degli Enti



vigilati dalla Regione Lombardia (artt.20-21 del D.Lgs. n. 196/2003) **Regolamento di Regione Lombardia 24 dicembre 2012 n.3.**

"Peccatori sì, corrotti no!"

Ci farà molto bene, alla luce della parola di Dio, imparare a discernere le diverse situazioni di corruzione che ci circondano e ci minacciano con le loro seduzioni.

Jorge Mario Bergoglio-Papa Francesco

da "Guarire dalla corruzione" Buenos Aires, 2005

Emi - Editrice missionaria italiana

Il Presente Piano della prevenzione della corruzione – contenente la Sezione: Programma triennale per la trasparenza e l' integrità, è parte integrante e sostanziale dell'atto deliberativo n. del e deve essere pubblicato sul sito internet aziendale.

 Azienda Ospedaliera SAN PAOLO POLO UNIVERSITARIO	CODICE ETICO (Parte I ^a del Codice Etico Comportamentale)		Codice Documento Edxx
			AZI CET 001 Ed02
			Pag. 1/14
			Data di emissione14/12/11
Unità Operativa	Tipo documento	Codice	
AZI	CET	001	

CODICE ETICO

(Parte I^a del Codice Etico Comportamentale)

Azienda Ospedaliera San Paolo
 - Polo Universitario -
 Milano

Stato delle modifiche

Ed.	Descrizione Modificato	Verificato	Approvato	Data
00	Prima emissione	GdL Codice Etico	Deliberazione N. 513 Del 20/06/07	20/06/07
01	Modificati Cap.5 e 9 (Rif. Scheda Modif.: 67/10)	Resp, GdL Codice Etico Dott. D. Turrini	Deliberazione N. 1218 del 15/12/2010	29/11/10
		SQA (RdQ)		
02	Aggiornati riferimenti da CdV a OdV in particolare nella Sezione Terza (Rif. Scheda modif. N. 34/11)	Resp, GdL Codice Etico e Segretario OdV Dott. D. Turrini	Deliberazione N. 1163 Del 22/12/2011	14/12/11
03				
04				

INDICE

1	SCOPO	3
2	APPLICABILITÀ	3
3	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	4
3.1	COLLEGATI	4
3.2	GENERATI	4
4	PREMESSA	5
5	GRUPPO DI LAVORO	5
6	GLOSSARIO	6
7	SEZIONE PRIMA: PRINCIPI GENERALI	7
8	SEZIONE SECONDA: PRINCIPI DI CONDOTTA SPECIFICI	8
8.1	PRINCIPI DI CONDOTTA SPECIFICI VERSO I PORTATORI D'INTERESSE	8
8.2	PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON I COLLABORATORI INTERNI	8
8.3	PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE ED I RAPPORTI CON GLI UTENTI	9
8.4	PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON LE AUTORITÀ DI GOVERNO E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	9
8.5	PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO	10
8.6	PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON FORNITORI E SERVIZI ESTERNALIZZATI	10
8.7	RESPONSABILITÀ E DOVERI DEI COLLABORATORI	10
9	SEZIONE TERZA: ORGANISMO DI VIGILANZA E SUE ATTIVITÀ	11
9.1	CARATTERISTICHE COSTITUTIVE	11
9.2	FUNZIONI	12
9.3	REGOLAMENTO	13
9.3.1	Attività di indagine	13
9.3.2	Obbligo di segnalazione	13
9.3.3	Obbligo al segreto	14
9.3.4	Funzioni del Segretario	14

000044

1 Scopo

Scopo del presente documento, "**Codice Etico**", che costituisce la Parte 1ª del "**Codice Etico Comportamentale**" di cui il "**Modello Organizzativo**" costituisce la Parte 2ª, è descrivere, secondo i criteri e le direttive definiti dalla Regione Lombardia, il sistema di autodisciplina (Codice Etico) adottato dall'Azienda nello svolgimento della propria attività di pubblico servizio.

L'obiettivo del codice è consolidare la reputazione dell'Azienda con i suoi portatori d'interesse, partendo dalla considerazione che una buona reputazione all'esterno favorisce la soddisfazione degli utenti, gli investimenti in tecnologie innovative ed i finanziamenti per il potenziamento delle infrastrutture e dell'organizzazione interna, l'affidabilità verso i fornitori. Contribuisce, inoltre, a prendere e attuare decisioni coordinate e coerenti agli obiettivi strategici e di programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

L'Azienda si propone di perseguire il suo intento adottando tutti i provvedimenti definiti nelle "Linee Guida Regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere" di seguito elencati:

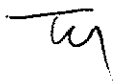
- l'effettiva osservanza del codice nei principi generali, nelle condotte specifiche
- la messa in atto degli strumenti più opportuni affinché venga pienamente applicato il Codice da parte dei collaboratori e di terzi
- l'affidamento del controllo del suo corretto adempimento ad un Organismo di Vigilanza (di seguito OdV) dotato di piena autonomia, autorevolezza e autorità.
- l'adozione delle opportune misure per assicurare la necessaria diffusione e conoscenza del presente Codice da parte dei collaboratori e ad accertarsi che ne conoscano il contenuto e/o ne abbiano compreso il significato e/o ne abbiano chiesto ed ottenuto i chiarimenti necessari ai responsabili di Unità Operativa.

la creazione delle condizioni affinché anche gli interlocutori esterni dell'Azienda siano posti in condizione di conoscere ed osservare il contenuto del Codice e di dare attuazione al Codice prima di assumere qualsivoglia impegno contrattuale.

2 Applicabilità

Sono tenuti a rispettare i valori ed i principi dichiarati nel presente Codice Etico, secondo le rispettive funzioni e competenze, tutte le Organizzazioni Aziendali o Esterne che a vario titolo siano interlocutori dell'Azienda e quindi:

- la Direzione Aziendale
- i Collaboratori Interni (dipendenti e consulenti)
- i Collaboratori Esterni (fornitori e servizi externalizzati)
- altri occasionali interlocutori (Aziende Sanitarie pubbliche e private, Associazioni di Volontariato, altre
- istituzioni pubbliche o private).



000045

3 Documenti di riferimento

3.1 COLLEGATI

Codice	Titolo
n.a..	Legge 30 novembre 1998, n. 419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" e successive integrazioni e modificazioni
	Decreto Funzione Pubblica 28 Novembre 2000: "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni"
	Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300" e successive integrazioni e modificazioni
	DLGS 30 GIUGNO 2003, N. 196: "Regolamentazione delle norme sulla tutela della riservatezza"
	D.Lgs 12 aprile 2006 n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE"
	D.G.R. 13 dicembre 2006 - n. 8/3776 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2007 "
	Allegato 13 "Linee Guida Regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere" della D.G.R. 13 dicembre 2006 - n. 8/3776 e relativa Circolare Regione Lombardia n. H1.2006.0054879 del 21.12.2006
	Deliberazione n. 490 del 14/06/07 "Approvazione dei regolamenti ed istruzioni in merito alla gestione dei contratti di beni e servizi dell'Azienda"
	DLGS 9 APRILE 2008, N. 81: Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. (Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro)
	DLGS 180 DEL 27 OTTOBRE 2009: "ATTIVAZIONE DELLA LEGGE 4 MARZO 2009, N. 15, IN MATERIA DI OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ DEL LAVORO PUBBLICO E DI EFFICIENZA E TRASPARENZA DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI"
	Decreto Regionale n. 2298 dell'11/03/2010 "Codice Etico Comportamentale per le Aziende Sanitarie Pubbliche: Linee Guida Regionali in materia di aggiornamento",
	Piano di Organizzazione Aziendale (POA) - DGR 19 novembre 2008 – N. 8/8468 "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale dell'A.O. San Paolo di Milano ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, C 6. L.R. n. 31/1997"
	Deliberazione n. 661 del 10/06/09: "Aggiornamento Piano di Organizzazione Aziendale 2008/10 di cui alla Deliberazione N. 688 del 26/06/2008 approvato con DGR VIII/8468 del 19/11/2008
	Deliberazione n. 227 del 03/03/2010: "Costituzione nuovo Gruppo di Lavoro Codice Etico Comportamentale e determinazioni conseguenti"
	Deliberazione N. 870 del 8/09/2010 Rinnovo Comitato di Valutazione Codice Etico-Comportamentale in conformità Circolare Direzione Generale Sanità Prot. N. 24798 del 14/07/2010 e successiva modifica con Deliberazione N. 1002 del 20/10/2010
	L.R. n. 6 del 7 marzo 2011 di modifica al T.U. Sanità l.r. 33/2009

3.2 GENERATI

Codice	Titolo

000046

4 Premessa

Con il presente documento: "Codice Etico", l'Azienda Ospedaliera San Paolo intende ottemperare alla direttiva regionale, derivante dal DGR 3776/2006 e dall'allegata circolare protocollo n. H1.2006.0054879 del 21.12.2006, che prescrive alle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia di dotarsi di un sistema di autodisciplina conforme al modello di gestione e controllo dei rischi previsto.

Le "Linee Guida Regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere" (di seguito Linee Guida) definiscono le modalità attuative del DGR 3776/2006.

Pertanto il presente documento è in accordo alle Linee Guida di cui sopra che ne hanno definito l'indice, i contenuti minimi e demandato la definizione dei principi generali e specifici di condotta ad un gruppo di esperti rappresentativi della dirigenza dell'Azienda Ospedaliera San Paolo in tutte le sue articolazioni organizzative.

5 Gruppo di lavoro

La stesura della prima edizione (Ed00) del presente Codice è stata opera di un gruppo di professionisti, nominati dalla Direzione Strategica, con delibera numero 211 del 14/03/2007, di seguito menzionati:

Annoni, Dott. Mauro	Responsabile U.O. Servizi Sistemi Informativi
Barocci, Dott.ssa Romina	Responsabile U.O. Marketing
Bitetto, Dott.ssa Antonella	Dirigente medico, responsabile del progetto
Casati, Dott. Rodolfo	Responsabile U.O. Medicina V e componente Comitato Etico Aziendale
Catarisano, Dott. Giuseppe	Direttore Generale A.O. San Paolo
Ceruti, Dott.ssa Paola	Collaboratore amministrativo direzione sanitaria, elaborazione e catalogazione documenti di lavoro
Coggi, Professor Guido	Professore Ordinario, facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano, Responsabile U.O. Anatomia Patologica
Colombi, Professor Antonio	Professore Ordinario, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano, Responsabile Servizio Prevenzione Protezione
Corsi, Professor Carlo	Professore a Contratto, facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano, Direttore Dipartimento di Chirurgia
Di Benedetto, Dott.ssa Domenica	Responsabile U.O. Farmacia
Fabbrini, Dott.ssa Elisabetta	Coordinatrice Staff Direttore Generale, Responsabile U.O. Controllo di Gestione
Fornero, Dott.ssa Maria Teresa	Dirigente amministrativo, referente del progetto per l'Area Amministrativa
Foti, Dott.ssa Giuliana	Collaboratore Amministrativo, U.O. Risorse Umane
Gariboldi, Dott. Danilo	Direttore Sanitario A.O. San Paolo
Genovese, Dott. Gaetano	Direttore Dipartimento Amministrativo, Responsabile dell'U.O. Economico Finanziaria
Goggi, Dott.ssa Angela	Responsabile U.S. Affari Generali
Lusignani, Dott.ssa Maura	Ricercatore, facoltà di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Milano
Moscato, Geom. Renzo	Responsabile U.O. Servizi Alberghieri
Pedroncelli, Ing. Elena	Collaboratore tecnico professionale, Ingegneria Clinica
Rossi, Dott. Roberto	Responsabile Ufficio Relazione con il Pubblico
Sbardolini, Dott. Pierluigi	Direttore Amministrativo A.O. San Paolo
Zanoli, Ing. Luigi	Responsabile ad interim U.O. Tecnico Patrimoniale

La presente edizione è stata curata dal GdL istituito con Deliberazione N. 227 del 03/03/2010 e così costituito:

Turrini Dott. Daniele	Dirigente Medico, Responsabile GdL e Segretario CdV (ora OdV)
Fornero Greggio Dr.ssa Maria Teresa	Dirigente amministrativo, componente per l'Area Amministrativa
Barucca Maria Grazia	Coll.re Amm.vo Esperto componente per l'Area Amministrativa

000047

6 Glossario

Le seguenti definizioni hanno lo scopo di chiarire e favorire la comprensione del Codice in modo che non ci siano fraintendimenti rispetto ai suoi contenuti il cui rispetto rappresenta un obbligo contrattuale per conto o nei confronti dell'Azienda.

AZIENDA	Si intende l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano
PORTATORI DI INTERESSE	Individui, gruppi istituzionali (utenti, collaboratori interni o esterni o terzi) il cui apporto è costante ed essenziale per il perseguimento, il mantenimento e lo sviluppo della missione aziendale
CARTA DEI SERVIZI	Atto in cui si trovano descritti i servizi offerti dall'Azienda e le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni
CODICE ETICO	Documento ufficiale dell'Azienda che contiene la dichiarazione dei valori, dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Ente nei confronti dei "portatori di interesse".
CODICE ETICO - COMPORTAMENTALE	Sistema di autodisciplina aziendale costituito da Codice Etico e Modello Organizzativo, la cui applicazione è sottoposta al controllo del Comitato di Valutazione.
ORGANISMO DI VIGILANZA (OdV)	Organo costituito in forma collegiale, dotato di autonomia ed indipendenza rispetto all'organo di gestione dell'Azienda. Esso va deliberato dal Direttore Generale con Delibera separata da quella di approvazione del Codice Etico e del Modello Organizzativo
COLLABORATORI	si intendono tutti i dipendenti dell'Azienda con qualsivoglia funzione e qualifica nonché i professionisti che, in forma individuale o quali componenti di una associazione professionale erogano prestazione in forma coordinata e continuativa nell'interesse dell'Azienda.
TERZO	ogni persona fisica o giuridica, tenuta ad una o più prestazioni in favore dell'Azienda o che comunque intrattiene rapporti con essa senza essere qualificabile come Collaboratore.
UTENTE	qualsivoglia persona fisica che, rapportandosi con l'Azienda, usufruisce delle prestazioni e dei trattamenti erogati
MODELLO ORGANIZZATIVO	Documento aziendale in cui sono riportate le procedure da seguire nello svolgimento delle attività in maniera tale da rispettare i principi enunciati nel Codice Etico
REGOLAMENTI	Insieme delle regole cui il personale si deve attenere nel compiere le scelte, nei comportamenti e nello svolgimento delle attività assegnate. Per alcune attività l'Azienda ha prodotto specifici regolamenti che sono stati appositamente codificati quali: Istruzioni operative (IOP), Procedure operative (POP), Istruzioni all'Utente (IUT) ecc.

7 Sezione prima: principi generali

I principi generali sono il sistema di valori entro i quali l'Azienda intende svolgere la propria attività di pubblico servizio.

Pertanto l'Azienda conforma le proprie condotte a criteri ispirati ai principi di lealtà e onestà, imparzialità, tutela della salute e del benessere psicofisico della persona malata, garanzia della salute dei collaboratori, valorizzazione delle risorse umane e impegno alla formazione professionale, trasparenza e riservatezza delle informazioni, prevenzione del conflitto di interessi, rispetto del principio costi-benefici nell'allocazione delle risorse, promozione della qualità e sicurezza dei servizi, tutela del patrimonio e dell'ambiente.

L'Azienda garantisce nello svolgimento delle proprie funzioni il rispetto delle leggi vigenti ed in particolare del D.lgs 231/2001 attraverso l'applicazione del presente Codice e dei regolamenti interni ad esso collegati.

Inoltre conforma la propria condotta a principi di lealtà nel rispetto degli obblighi contrattuali.

Le relazioni con i portatori d'interesse sono improntate a criteri di pari opportunità.

Nelle priorità d'accesso degli utenti ai servizi, nella gestione del personale e organizzazione del lavoro, nella selezione e gestione dei fornitori, l'Azienda non discrimina in base all'età, al sesso, all'orientamento sessuale, allo stato di salute, alla nazionalità o etnia d'origine, alle opinioni politiche e alle credenze religiose dei suoi interlocutori.

La salute e il benessere psicofisico dell'utente sono posti al centro di qualsiasi attività di servizio. A tal fine l'Azienda gestisce ed implementa una serie di strumenti volti a perseguire l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, il rispetto della dignità umana, la riservatezza e il corretto utilizzo delle informazioni personali, il mantenimento e l'adozione di standard strutturali e strumentali volti a garantire la qualità, la sicurezza e il comfort del servizio.

L'Azienda persegue l'integrità fisica e morale dei suoi collaboratori, condizioni di lavoro rispettose della dignità individuale e ambienti di lavoro sicuri e salubri. Inoltre promuove il valore dei collaboratori interni sostenendone la formazione e l'aggiornamento continuo.

L'Azienda assicura la trasparenza e la riservatezza delle informazioni in proprio possesso.

Le informazioni vengono fornite ai portatori d'interesse in modo accurato ovvero comprensibile ed esaustivo nel merito, pertinente al ruolo del destinatario e veritiero rispetto ai dati e agli eventi noti, al fine di rendere in grado i propri interlocutori di prendere decisioni autonome e consapevoli degli interessi coinvolti attenendosi in ogni caso alla vigente normativa in tema di Privacy

L'Azienda tende ad evitare le situazioni in cui i soggetti coinvolti siano o possano anche solo apparire in conflitto di interessi e quindi di trovarsi ad agire in contrasto con i propri doveri fiduciari di impresa a carattere pubblico del settore sanitario.

I servizi sono orientati alla soddisfazione e alla tutela dei portatori d'interesse.

Per questo l'Azienda indirizza le proprie attività a perseguire obiettivi e standard, definiti secondo i più accreditati sistemi di gestione qualità e del rischio nel settore sanitario.

Inoltre periodicamente valuta il livello dei propri servizi attraverso un opportuno sistema di indicatori e di indagini di gradimento.

L'Azienda, consapevole dell'impatto che la propria operatività di impresa a carattere pubblico ha sulla collettività, conforma la propria attività di governo e amministrativa al perseguimento di una politica basata sulla valutazione dei costi benefici delle decisioni relative alla gestione delle risorse.

L'Azienda è sede di un polo didattico dell'Università degli Studi di Milano alla quale fornisce supporto infrastrutturale e organizzativo per la formazione universitaria e specialistica di medici e personale sanitario. Inoltre, favorisce il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica promuovendo la ricerca di settore sia in ambito accademico che ospedaliero.

Il patrimonio e l'ambiente sono beni pubblici e primari che l'Azienda si impegna a salvaguardare evitando inutili sprechi legati ad un utilizzo e gestione inappropriato e/o dannoso.

000049

8 Sezione seconda: principi di condotta specifici

8.1 PRINCIPI DI CONDOTTA SPECIFICI VERSO I PORTATORI D'INTERESSE

Principi di condotta verso la collettività e le autorità nazionali e regionali: attività inerenti alla funzione di Pubblica Amministrazione.

L'Azienda persegue, nello svolgimento dell'attività di governo e amministrativa, una politica basata sulla valutazione dei costi benefici delle decisioni, sul mantenimento dell'equilibrio economico finanziario e su una gestione documentale e delle informazioni finalizzata a garantire la trasparenza della pubblica amministrazione.

L'attività di direzione, amministrazione e gestione delle risorse si ispira costantemente a criteri di efficacia, fissando obiettivi, mezzi e strumenti per raggiungerli, di efficienza, in modo da garantire un rapporto ottimale tra risorse impegnate e servizi erogati e di economicità, perseguendo un'allocazione razionale delle risorse rispetto allo scopo socio assistenziale dell'Azienda stessa.

Il sistema amministrativo-contabile ha carattere di trasparenza, accuratezza e rispetto dei principi e delle norme contabili.

E' strutturato in modo tale da:

- a) permettere il libero accesso ai dati, alla documentazione ed a qualsiasi informazione utile sia allo svolgimento dell'attività di controllo interno sia a terzi in conformità alla legge sulla trasparenza della Pubblica Amministrazione e sulla riservatezza dei dati.
- b) consentire una chiara riconducibilità di tutte le operazioni contabili ai provvedimenti (contratti, determine dirigenziali ecc..) che li hanno generati.

L'Azienda è dotata di un sistema di comunicazione volto a rendere accessibili tutte le notizie rilevanti sull'attività e le iniziative aziendali attraverso gli opportuni canali (comunicati stampa, notiziario aziendale, propria pagina web, eventuali pubblicazioni scientifiche). Tale obbligo di informazione deve sempre essere rispettoso del prioritario diritto alla riservatezza dei portatori d'interesse.

Per quanto attiene i rapporti con l'Autorità Regionale e la Pubblica Amministrazione in genere, si veda quanto riportato al par. 8.4.

8.2 PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON I COLLABORATORI INTERNI

L'Azienda applica una politica di pari opportunità nei confronti dei propri collaboratori sia nella fase di selezione del personale, che nelle fasi di gestione e sviluppo.

I criteri di selezione del personale sono basati sulla corrispondenza tra profili richiesti e profili posseduti dai collaboratori.

L'accesso ai ruoli e agli incarichi è stabilito sulla base di precise disposizioni normative. Alla costituzione del rapporto di lavoro ogni collaboratore riceve accurate informazioni relative a:

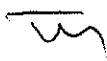
- caratteristiche della funzione e delle attività da svolgere;
- elementi normativi e retributivi, come regolati dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;
- norme e procedure da adottare per il rispetto del presente Codice

I responsabili utilizzano e valorizzano pienamente tutte le professionalità presenti nella struttura mediante l'attivazione delle leve disponibili per favorire lo sviluppo e la crescita dei propri collaboratori (quali rotazione interna, affiancamenti a personale esperto, esperienze finalizzate alla copertura di incarichi di maggiore responsabilità).

L'Azienda promuove le competenze dei suoi collaboratori interni anche attraverso un programma di formazione e di aggiornamento continuo rivolto a tutto il personale. A tal fine l'Azienda ha assunto anche il ruolo di "provider" di corsi ECM (educazione continua in medicina) per il settore sanitario in ambito regionale.

L'Azienda si impegna a diffondere e consolidare una cultura della sicurezza, sviluppando la consapevolezza dei rischi e delle azioni per la prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali ed in generale a vantaggio della salute dei lavoratori.

L'Azienda tutela l'integrità morale dei collaboratori creando delle condizioni di lavoro rispettose della dignità della persona. Per questo motivo salvaguarda i lavoratori da atti di abuso psicologico e da atteggiamenti lesivi della persona, quali ingiurie o minacce, isolamento o eccessiva invadenza, limitazioni professionali, molestie sessuali.



000050

8.3 PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE ED I RAPPORTI CON GLI UTENTI

L'Azienda orienta il modello organizzativo e le strategie di programmazione al perseguimento della salute e del benessere psicofisico dell'utente. In particolare l'Azienda intende perseguire l'appropriatezza e l'efficacia delle cure, il mantenimento degli standard strutturali volti a garantire qualità e confort della degenza ordinaria e diurna e dell'attività specialistica ambulatoriale ponendo particolare attenzione alle seguenti attività:

- sviluppo di procedure diagnostico terapeutiche per la gestione delle patologie ad alta prevalenza nei diversi settori di attività (U.O. e/o Dipartimenti là dove possibile), basate su evidenze scientifiche aggiornate, su criteri di appropriatezza e di sicurezza delle cure;
- mantenimento di un supporto strutturale, tecnologico e organizzativo che risponda a standard di efficienza, efficacia ed ai requisiti di accreditamento istituzionale;
- conseguimento di adeguati standard di qualità dei servizi/prodotti offerti, e monitoraggio periodico dei livelli di mantenimento.

L'accesso ai servizi, la definizione dei piani di cura e l'erogazione delle terapie devono essere improntate al rispetto delle differenze ed a criteri di pari opportunità per tutti gli utenti.

L'Azienda si impegna a garantire un luogo di cura rispettoso della dignità e delle esigenze della persona malata attraverso uno stile di comportamento sempre improntato alla disponibilità, al rispetto ed alla cortesia, al fine di fornire servizi di elevato standard professionale all'interno di un rapporto di collaborazione con pazienti e famiglie.

Per le informazioni rivolte all'utenza interna (ricoverati, pazienti ambulatoriali, familiari) valgono altresì le regole di chiarezza e completezza dell'informazione verbale e scritta previste dalla normativa di settore, al fine di ottenere un'adesione ai programmi di cura e un consenso ai trattamenti. Gli utenti saranno esaurientemente informati su modalità di esecuzione, rischi ed eventuali alternative o conseguenze del non trattamento. In tal senso particolare rilevanza deve essere data da parte dei medici e del personale sanitario nella ricerca di un'alleanza terapeutica che permetta la pianificazione e attuazione di percorsi di cura effettivamente condivisi.

Le informazioni rivolte al pubblico esterno sul modello organizzativo aziendale (orario di apertura dei servizi, attività dei servizi, tariffe e modalità di pagamento, modalità d'accesso) e sugli standard qualitativi delle prestazioni erogate, sono disponibili sul sito internet aziendale nella Carta dei Servizi.

In generale l'Azienda fornisce al pubblico informazioni chiare e semplici nel linguaggio, conformi alla normativa vigente e a non utilizza strumenti di persuasione di natura scientifica o di altro tipo i cui contenuti siano ingannevoli o non veritieri. Inoltre si avvale di collaboratori con adeguate conoscenze linguistiche e/o di interpreti (a seconda del livello di conoscenza delle lingua italiana dell'utente) per assicurare anche agli utenti stranieri informazioni comprensibili.

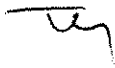
L'Azienda si impegna a dare riscontro ai suggerimenti derivanti dalle periodiche indagini di gradimento ed emergenti dai reclami degli utenti e delle associazioni a loro tutela, avvalendosi dell'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e/o Pubblica Tutela.

Nei limiti del possibile, l'Azienda consulta le stesse associazioni, per i progetti che abbiano un impatto rilevante sulla clientela e nella fase di redazione della Carta dei Servizi.

8.4 PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON LE AUTORITÀ DI GOVERNO E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

L'attuazione di indirizzi individuati dalla Regione Lombardia, quale "terzo regolatore del sistema" nonché degli obiettivi di programmazione interni individuati dalla Direzione Strategica si svolge a seguito di un'attenta analisi di fattibilità economica e finanziaria degli stessi.

Nei rapporti con l'Autorità Regionale e la Pubblica Amministrazione in genere, l'Azienda ha nel Direttore Generale il proprio legale rappresentante. Il Direttore Generale può nominare, quando lo ritiene opportuno, i collaboratori autorizzati a rapportarsi con le altre aziende pubbliche e autorità di governo in sua vece. La delega deve essere formalizzata insieme agli ambiti di competenza. I collaboratori incaricati di rapportarsi con altri organismi, dovranno impiegare le forme di comunicazione previste dalle specifiche disposizioni di settore e tali da prevenire la realizzazione di condotte illecite potenzialmente lesive dell'imparzialità e del buon andamento della Pubblica Amministrazione. Si fa riferimento in particolare ad atteggiamenti volti ad influenzare impropriamente le decisioni dei Pubblici Ufficiali o degli incaricati di Pubblico Servizio di altri



000051

Enti, quali offrire regalie che non rientrano nei normali rapporti di cortesia o diffondere informazioni parziali e distorte che non permettano all'interlocutore istituzionale di formarsi un'opinione corretta

8.5 PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

L'Azienda, in forza del rapporto convenzionale esistente ed esclusivo con l'Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia, garantisce lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche, di formazione e di ricerca.

L'Area Sanitaria dell'Azienda collabora con l'Università alle attività assistenziali, di ricerca e formazione anche attraverso:

- la conoscenza dell'organico operante ricollegabile all'attività universitaria;
- l'eventuale coinvolgimento diretto del personale aziendale nei protocolli di ricerca;
- il monitoraggio dei soggetti in formazione, affinché acquisiscano competenze professionali ed etiche, senza interferire con gli standard qualitativi e di sicurezza dei protocolli interni di diagnosi, cura e assistenza.

8.6 PRINCIPI DI CONDOTTA INERENTI LA COMUNICAZIONE E I RAPPORTI CON FORNITORI E SERVIZI ESTERNALIZZATI

I processi di acquisto di beni e servizi sono improntati alla ricerca del massimo vantaggio competitivo per l'Azienda, alla concessione delle pari opportunità per ogni fornitore di beni e servizi. Sono inoltre fondati su comportamenti pre-contrattuali e contrattuali tenuti nell'ottica di un indispensabile e reciproca lealtà, trasparenza e collaborazione.

In particolare, i collaboratori addetti a tali processi sono tenuti a:

- non precludere ad alcuno in possesso dei requisiti richiesti la possibilità di competere alla stipula di contratti, adottando nella scelta della rosa dei candidati criteri oggettivi e documentabili, idonei ad individuare il miglior contraente, sulla base di criteri predefiniti.
- assicurare ad ogni gara una concorrenza sufficiente (eventuali deroghe devono essere autorizzate e documentate).
- astenersi dal porre in essere condotte nelle quali possa anche solo potenzialmente essere ravvisata una situazione di conflitto di interessi con quello dell'Azienda medesima.

La stipula di un contratto con un fornitore deve sempre basarsi su rapporti di estrema chiarezza, sui principi e criteri stabiliti dalla normativa di settore e sugli indirizzi aziendali di esecuzione. L'azienda deve inoltre prevedere strumenti contrattuali idonei a garantire il soddisfacimento delle esigenze delle proprie esigenze in termini di qualità e tempi di consegna o di realizzazione.

In ogni caso, nell'ipotesi che il fornitore, nello svolgimento della propria attività adotti comportamenti non in linea con i principi generali del presente codice, l'Azienda è legittimata a prendere opportuni provvedimenti fino a precludere eventuali altre occasioni di collaborazione.

8.7 RESPONSABILITÀ E DOVERI DEI COLLABORATORI

L'attività del collaboratore deve essere ispirata ai principi di lealtà ed onestà nell'adempimento dei propri doveri d'ufficio e conforme agli obblighi sottoscritti nel contratto di lavoro concluso con l'Azienda, assicurando le prestazioni richieste.

Il collaboratore si impegna altresì al rispetto del presente Codice e a conformare la sua condotta ai seguenti criteri:

- mantenere una condotta decorosa e rispettosa dell'immagine dell'Azienda. Si fa particolare riguardo ad avere un aspetto dignitoso, al rispetto dei codici deontologici professionali, ad adottare un atteggiamento cortese e collaborante verso gli altri;
- svolgere la propria attività in modo efficiente (che impone di dedicare la giusta quantità di tempo ed energie allo svolgimento dei propri compiti);
- conoscere ed attuare quanto previsto dai documenti aziendali che standardizzano i comportamenti volti a mantenere il rispetto del presente codice così come espressamente elencati nel Modello Organizzativo;
- segnalare qualsiasi violazione di regolamenti e procedure, tramite i canali predisposti dall'organizzazione;

 000052

- utilizzare in modo appropriato i beni aziendali a loro affidati;
- adottare scrupolosamente tutti i provvedimenti previsti per la raccolta differenziata e lo smaltimento dei rifiuti con lo scopo di prevenire i danni dovuti alla contaminazione e all'inquinamento;
- agire in modo da semplificare ogni attività amministrativa a favore dei cittadini, degli utenti e di terzi in generale
- evitare le situazioni in cui si possono manifestare conflitti di interessi e astenersi dall'avvantaggiarsi personalmente di opportunità di cui si venga a conoscenza durante lo svolgimento delle proprie funzioni. Nel caso in cui si configuri una situazione di apparente conflitto di interessi, il collaboratore è tenuto a darne comunicazione al proprio Responsabile, il quale, informa la Direzione Amministrativa e l'OdV, che ne valuta caso per caso l'effettiva presenza e le azioni cautelative da mettere in atto.
- rispettare l'obbligo di favorire l'accesso dei cittadini alle informazioni richieste per cui abbiano titolo, nonché applicare il regolamento aziendale sulla sicurezza e riservatezza dell'informazione.
- garantire la completezza di ogni comunicazione verso i portatori d'interesse e rispettare il principio che i rapporti con i mass-media sono riservati agli uffici specificamente preposti e/o ai collaboratori interni autorizzati dalla Direzione Generale.

Fanno eccezione le seguenti tipologie di comunicazione:

- collaborazioni saltuarie a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
 - partecipazioni a convegni e seminari (che vanno autorizzate dal responsabile dell'U.O.)
 - il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela del diritto sindacale;
- rispettare il divieto di accettare denaro, doni o qualsiasi utilità.

Se un collaboratore interno riceve doni o altre utilità al di fuori di quelle di modico valore ed espressione di mera cortesia, è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Direzione Amministrativa ed al OdV, i quali ne valuteranno l'entità e la rilevanza, provvedendo eventualmente alla restituzione e ad informare nel contempo l'offerente circa la politica dell'Azienda in materia.

La non osservanza dei doveri d'ufficio e le violazioni delle disposizioni del presente Codice e del Codice di Comportamento della Pubblica Amministrazione costituiscono inadempimento alle obbligazioni derivanti dai rapporti intrattenuti a qualsiasi titolo con l'Azienda e, quindi, illecito disciplinare con ogni conseguenza di legge.

9 Sezione terza: Organismo di Vigilanza e sue attività

9.1 CARATTERISTICHE COSTITUTIVE

L'Organismo di Vigilanza (di seguito OdV) è un organo che ha lo scopo di monitorare che i principi di condotta del Codice siano effettivamente applicati.

Per perseguire tale scopo l'OdV deve avere carattere di:

- **Autonomia:** indipendenza da rapporti di subordinazione da organi esecutivi, assicurata da collocazioni organizzative di significativo rilievo, in posizioni di staff e non di linea.
Sul piano sostanziale deve avere in dotazione strutture adeguate alla funzionalità di un organo che deve:
 - a) intersecare trasversalmente e continuativamente tutte le funzioni aziendali, con particolare attenzione alle aree a rischio;
 - b) essere interlocutore di tutte le linee informative che riguardino le aree a rischio, con capacità di intervento e verifica immediate;
 - c) testare costantemente l'adeguatezza e la funzionalità del modello organizzativo.
- **Autorevolezza:** la professionalità dei componenti l'organo di vigilanza deve essere espressione di saperi diversi e deve avere requisiti di onorabilità, reputazione ed imparzialità, assicurata anche dall'assenza di conflitti di interessi.
- **Autorità:** intesa come titolarità di poteri di ispezione e controllo reali e non subordinati ad autorizzazioni di terzi.

Sulla base delle seguenti considerazioni l'Azienda ha nominato l'OdV quale organo collegiale in staff al Direttore Generale e costituito da tre componenti:

- un professionista esperto in materie legali in ambito di diritto amministrativo;
- un professionista esperto in materie sanitarie;

- un professionista esperto in materie aziendali, con comprovate conoscenze ed esperienza in materia di bilancio sociale, Codice Etico e/o pianificazione ed organizzazione aziendale, amministrazione, analisi dei rischi.

Tutti i Componenti del OdV devono essere in possesso di comprovata specializzazione professionale e/o culturale – scientifica, desumibile dai rispettivi curricula.

Ai sensi della circolare regionale del 18/06/2007 è ammessa la nomina di un solo componente interno oltre al segretario.

Con l'atto di accettazione della carica i componenti dichiarano comunque l'insussistenza delle seguenti cause ostative:

- a) non essere dipendente e/o collaboratore della Regione Lombardia (circolare regionale del 18/06/2007);
- b) non aver accettato incarichi di componente in Comitati di valutazione di altre aziende (circolare regionale del 18/06/2007);
- c) l'insussistenza di una condizione di conflitto di interessi legata ad uno scambio di nomine tra Aziende Sanitarie (circolare regionale del 18/06/2007);
- d) rapporto di parentela o affinità sino al quarto grado con soggetti componenti gli organi che hanno provveduto alla loro designazione;
- e) rapporto di parentela o affinità sino al quarto grado con i Dirigenti dell'Azienda;
- f) di non incorrere nelle cause di non eleggibilità previste dal punto 6.2 dell'allegato 13 (Linee Guida Regionali per l'adozione del Codice etico e dei Modelli di Organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie locali e delle aziende Ospedaliere) alla circolare del 21/12/2006, prot. Numero H1.2006.0054879, recante "Indicazioni relative all'applicazione del DGR numero VIII/3776 del 13/12/2006, "determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2007" e cioè:
 - sia stato sottoposto a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria (salvi gli effetti della riabilitazione);
 - sia stato condannato con sentenza passata in giudicato (salvi gli effetti della riabilitazione):
 - a pena detentiva per uno dei reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria,
 - a pena detentiva per uno dei reati previsti nel titolo XI del Libro V del codice civile e nel R.D. n. 267 del 16/03/1942,
 - alla reclusione per un tempo non inferiore a sei mesi per un delitto contro la Pubblica Amministrazione, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica,
 - alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per qualunque delitto non colposo;
 - si trovi in relazione di parentela con soggetti in posizione apicale o sottoposti nell'**AZIENDA** o abbia intrattenuto con essi rapporti di lavoro

I componenti dell'OdV non rappresentano né rendono conto ai soggetti che li hanno designati.

Ai componenti dell'OdV è riconosciuto il rimborso delle spese documentate per lo svolgimento dell'incarico. Il Direttore Generale stabilisce con specifico provvedimento eventuali indennità correlate allo svolgimento dell'incarico.

I componenti restano in carica per tre anni e sono rinnovabili. L'Azienda non può revocare i singoli componenti dell'OdV, se non per giustificati motivi afferenti all'inefficienza o non operatività dello stesso, previa contestazione delle ragioni che motivano la revoca. In particolare costituisce motivo di decadenza dall'OdV l'assenza ingiustificata del componente dell'OdV per tre sedute consecutive.

Devono essere individuati, inoltre, tre supplenti per poter assicurare continuità operativa all'OdV in caso di necessità. Anche per i supplenti vale quanto indicato in questo capitolo riguardo cause di non eleggibilità, requisiti, competenze e cause di revoca

9.2 FUNZIONI

Nel dettaglio l'OdV è titolato a svolgere le seguenti funzioni:

- vigilare sull'osservanza in ambito aziendale del Codice Etico Comportamentale e verificare la concreta capacità delle norme sostanziali e procedurali introdotte dallo stesso di prevenire la commissione degli illeciti amministrativi e contabili, nonché dei reati previsti dal Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231, applicabili alla realtà sanitaria;
- verificare la coerenza ed adeguatezza del Codice Etico Comportamentale, con particolare riferimento al modello organizzativo definito nel Piano di Organizzazione Aziendale (POA);

C00054

- proporre l'aggiornamento del Codice Etico Comportamentale nonché della regolamentazione strumentale all'applicazione dello stesso, in particolare, qualora mutino le condizioni aziendali e/o legislative che li hanno determinati;
- relazionare periodicamente, almeno due volte all'anno, al Direttore Generale ed al Collegio dei Sindaci in ordine alle attività svolte, alle segnalazioni ricevute, sottolineando le criticità riscontrate;
- collaborare con l'Azienda nell'organizzare ed attuare le iniziative volte a favorire la conoscenza dei principi sanciti nel Codice Etico Comportamentale,
- raccogliere, elaborare e conservare ogni informazione rilevante ai fini della verifica dell'osservanza del Codice Etico Comportamentale;
- segnalare tempestivamente all'Ufficio preposto ai procedimenti disciplinari ed al Direttore Generale qualsiasi violazione del Codice Etico Comportamentale, che sia stata previamente accertata;
- trasmettere tempestivamente al Direttore Generale e al Collegio Sindacale ogni informazione rilevante al fine del corretto svolgimento delle funzioni proprie dell'OdV.

Ai fini degli adempimenti sopra indicati, all'OdV sono attribuiti specificamente i seguenti poteri:

- accedere ad ogni documento aziendale rilevante per lo svolgimento delle funzioni attribuite;
- condurre indagini interne all'Azienda dirette alla verifica dell'attinenza di eventuali violazioni, segnalate all'OdV o dallo stesso direttamente apprese;
- disporre, quando ritenuto opportuno, che i Destinatari forniscano tempestivamente le informazioni, i dati e/o le notizie loro richieste per individuare aspetti connessi alle diverse attività aziendali rilevanti per la verifica dell'effettiva osservanza del Codice Etico Comportamentale.

9.3 REGOLAMENTO

L'OdV si riunisce con periodicità almeno trimestrale ed ogni volta che ne facciano richiesta il Presidente ovvero due membri, per verificare lo stato di attuazione del Codice Etico Comportamentale.

9.3.1 Attività di indagine

Qualora l'OdV avesse dubbi in ordine all'effettiva applicazione delle prescrizioni del Codice, apre una procedura preistruttoria.

Tale procedura si articola nelle seguenti fasi:

- a) affidamento, da parte del Presidente dell'OdV, ad uno dei suoi componenti del compito di effettuare indagini mirate;
- b) predisposizione da parte del Componente della bozza di relazione.

L'OdV dovrà esaminare la bozza di relazione la cui eventuale approvazione impegnerà lo stesso, nella sua collegialità, ad espletare l'attività istruttoria e ad effettuare gli opportuni approfondimenti.

Terminata la fase istruttoria, verrà approvata una relazione finale. La relazione finale si compone di due parti essenziali: il controllo garanzia del rispetto del Codice e il controllo d'indirizzo:

- a) la parte del controllo garanzia contiene determinazioni in cui vengono puntualizzate eventuali inosservanze del Codice in ordine a singoli atti o gestioni;
- b) la parte del controllo d'indirizzo contiene indicazioni utili per rimuovere criticità e disfunzioni rilevate o loro conseguenze e per evitare il loro futuro ripetersi.

La relazione è comunicata alla Direzione Strategica per i provvedimenti del caso

La procedura descritta non impedisce, in ogni caso, a ciascun componente dell'OdV, di effettuare verifiche.

9.3.2 Obbligo di segnalazione

L'OdV deve segnalare tutti i comportamenti che possono configurare ipotesi di reato alla DIREZIONE STRATEGICA, che dovrà attivarsi in funzione della tipologia di reato secondo la normativa vigente.

Qualora si rilevino violazioni al CODICE ETICO non configurabili come ipotesi di reato, l'OdV le segnala alla DIREZIONE STRATEGICA che, dopo gli opportuni accertamenti, applicherà se necessario dei provvedimenti disciplinari.

Qualora l'OdV rilevi comportamenti che possono configurare ipotesi di reato o violazioni al CODICE ETICO in capo alla DIREZIONE STRATEGICA, le segnalazioni verranno comunicate al Collegio Sindacale.



000055

9.3.3 Obbligo al segreto

I componenti dell'OdV sono tenuti al segreto in ordine alle notizie ed informazioni acquisite nell'esercizio delle loro funzioni eccetto che nei confronti dei loro interlocutori istituzionali.

Tutte le informazioni in possesso dei membri dell'OdV vengono trattate in conformità alla legislazione vigente in materia ed, in particolare, in conformità con il D.Lgs. n. 196/2003.

L'inosservanza dei suddetti obblighi implica la decadenza automatica dalla carica di componente.

9.3.4 Funzioni del Segretario

Al Segretario spettano compiti di organizzazione delle attività dell'OdV in particolare rivolte alla gestione delle riunioni e della documentazione relativa.

In particolare il Segretario:

- alle scadenze stabilite o su richiesta del Presidente o della maggioranza dei componenti dell'OdV, su delega del Presidente, convoca le riunioni, mediante comunicazione via e-mail, ai componenti ed eventualmente anche ad altre figure di volta in volta individuate su richiesta del Presidente dell'OdV, e, per conoscenza, alla Direzione Strategica ed ai membri supplenti, riportante l'OdG, sede e tempi previsti per la riunione e predisponendo od allegando, ove necessario, opportuna documentazione
- redige i verbali delle riunioni e li consegna al Presidente che li sottopone a formale approvazione dell'OdV generalmente nella seduta successiva
- archivia e garantisce una corretta conservazione dei verbali, anche in termine di riservatezza, inviando copia informatizzata degli stessi alla Direzione Strategica
- archivia e garantisce una corretta conservazione, anche in termine di riservatezza, di ogni altro documento inerente l'attività dell'OdV
- trasmette alla Direzione Strategica i documenti che, una volta approvati dall'OdV, devono essere sottoposti a Deliberazione.
- Di concerto con il Responsabile del GdL monitora le attività del GdL stesso e le presenta in sede di riunione dell'OdV;
- Predisporre e sottopone ad approvazione dell'OdV il Report semestrale (entro Luglio) ed annuale (entro Gennaio dell'anno successivo) sulle attività dell'OdV inviandone copia via e-mail registrata, alla sola Direzione Strategica per il Report semestrale ed anche al Collegio sindacale per quello annuale. In occasione dell'invio del Report Annuale allegnerà anche una previsione di Piano di Valutazione (PdV) annuale per la verifica di conformità dei comportamenti nelle UO, Servizi, Uffici ai principi del Codice Etico Comportamentale per l'anno successivo.
- Recepite eventuali osservazioni e proposte da parte della Direzione strategica, provvederà alla stesura del PdV in forma definitiva ed a sottoporlo alla sottoscrizione da parte dell'OdV riunito in seduta ufficiale. Copia del verbale e dell'allegato PdV sarà inviato alla Direzione Strategica mentre l'originale cartaceo sarà conservato tra i documenti relativi all'attività dell'OdV. Una copia in formato file sarà inserita nell'archivio informatico dell'OdV.

ty

 000056



U. O. Provveditorato - Economato

Direttore : Dott. Roberto Daffinà

Fax 02/8184.4000

Tel. 02/8184.2148 - 2352

E-mail: roberto.daffina@ao-sanpaolo.it



ISO 9001:2008



CODICE ETICO DEGLI APPALTI REGIONALI

Il presente documento, approvato dalla Giunta della Regione Lombardia con deliberazione n. IX/1644 del 04/05/2011, costituirà parte integrante di qualsiasi contratto assegnato dalla stazione appaltante a seguito della presente procedura.

Articolo 1

Ambito di applicazione

1. Il Codice etico degli appalti regionali regola i comportamenti dei concorrenti e aggiudicatari di lavori, servizi e forniture e loro subappaltatori e sub affidatari e dei dipendenti della Giunta e degli enti e società del Sistema Regionale di cui all'All.A1 L.R. n. 30/2006, nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti;
2. Esso stabilisce la reciproca e formale obbligazione tra le Amministrazioni aggiudicatrici individuate al comma 1, i concorrenti e gli aggiudicatari, di improntare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio;
3. Il Codice etico costituisce parte integrante dei contratti stipulati da RL e dagli enti e società del Sistema Regionale di cui all'All.A1 L.R. n. 30/2006. *[L'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara ed alle procedure negoziate di importo non inferiore ad Euro 20.000,00=, nonché per l'iscrizione all'Albo Fornitori. Tale condizione deve essere esplicitamente prevista nei bandi di gara e nelle lettere di invito]; (*)*
4. Una copia del Codice etico, sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, deve essere consegnata unitamente alla documentazione amministrativa richiesta ai fini sia della procedura di affidamento, sia dell'iscrizione all'Albo. Per i consorzi o raggruppamenti temporanei l'obbligo riguarda tutti i consorziati o partecipanti al raggruppamento;

Articolo 2

Mancata allegazione

1. *[La mancata consegna di copia del Codice sottoscritta per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico concorrente, non iscritto all'Albo Fornitori della stazione appaltante dell'Amministrazione aggiudicatrice, comporta l'esclusione dalla procedura di affidamento]; (*)*

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

000057



Articolo 3

Obblighi del concorrente e dell'aggiudicatario

▪ Il concorrente:

- si obbliga a non ricorrere ad alcuna mediazione o altra opera di terzi finalizzata all'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- dichiara di non avere influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto del bando o di altro atto equipollente al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente da parte dell'Amministrazione aggiudicatrice e di non aver corrisposto né promesso di corrispondere ad alcuno - e s'impegna a non corrispondere né promettere di corrispondere ad alcuno - direttamente o tramite terzi, ivi compresi i soggetti collegati o controllati, somme di denaro o altra utilità finalizzate a facilitare l'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- dichiara, con riferimento alla procedura (specificare estremi identificativi della procedura, ovvero specificare l'Amministrazione aggiudicatrice al cui albo fornitori si chiede di essere iscritti), di non avere in corso né di avere praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa vigente, ivi inclusi gli artt. 101 e segg. del Trattato FUE e gli artt. 2 e segg. della l. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto della predetta normativa;
- si impegna a segnalare all'Amministrazione aggiudicatrice qualsiasi illecito tentativo da parte di terzi di turbare, o distorcere le fasi di svolgimento della procedura di affidamento e/o l'esecuzione del contratto;
- si impegna a segnalare all'Amministrazione aggiudicatrice qualsiasi illecita richiesta o pretesa da parte dei dipendenti dell'amministrazione o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla procedura di affidamento o all'esecuzione del contratto;
- si impegna, qualora i fatti di cui precedenti punti 1.4 e 1.5 costituiscano reato, a sporgere denuncia all'Autorità giudiziaria o alla polizia giudiziaria;
- si impegna a rendere noti, su richiesta dell'Amministrazione aggiudicatrice, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto assegnato;
- si impegna, oltre a quanto previsto dalla legge per i subappalti, ad acquisire con le stesse modalità e gli stessi adempimenti previsti in materia di subappalto, preventiva autorizzazione da parte dell'Amministrazione aggiudicatrice, anche per i sub affidamenti relativi alle seguenti categorie :

- A. trasporto di materiale a discarica;
- B. fornitura e/o trasporto terra;
- C. fornitura e/o trasporto calcestruzzo;
- D. fornitura e/o trasporto di bitume;
- E. smaltimento rifiuti;
- F. noli a caldo e a freddo di macchinari;
- G. forniture di ferro lavorato;
- H. servizi di guardiania dei cantieri.

2. Nelle fasi successive all'aggiudicazione, gli obblighi si intendono riferiti all'aggiudicatario il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche dai propri subappaltatori e sub affidatari. La violazione del Codice etico da parte dei subappaltatori e/o dei sub affidatari costituisce, nei casi più gravi, causa di risoluzione del contratto a norma dell'art. 1456 del codice civile;



Articolo 4

Obblighi dell'Amministrazione aggiudicatrice

1. L'Amministrazione aggiudicatrice:

- 1.1 si impegna a pubblicare sul proprio sito internet le seguenti informazioni relative alle procedure di affidamento con procedura aperta o ristretta o negoziata con pubblicazione del bando di gara: dopo lo svolgimento della prima seduta pubblica, l'elenco dei concorrenti che hanno presentato offerta; dopo l'aggiudicazione definitiva, l'avviso sui risultati della procedura di affidamento ex art. 13 D.Lgs. 163/2006. Con riferimento alle procedure negoziate senza pubblicazione del bando di cui all'articolo 57, comma 6 d.lgs 163/06 ed ai cottimi fiduciari, la pubblicazione riguarda gli operatori economici invitati, quelli che hanno presentato offerta e l'operatore al quale l'appalto viene affidato;
- 1.2 si obbliga ad attivare i procedimenti disciplinari nei confronti del personale a vario titolo intervenuto nel procedimento di affidamento e nell'esecuzione del contratto in caso di violazione dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza e, specificamente, di violazione dell'impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio;

Articolo 5

Violazione del Codice etico

1. La violazione da parte del concorrente e dell'aggiudicatario di uno degli impegni previsti dall'articolo 2 comporta:
 - a) *[l'esclusione dalla procedura di affidamento e l'incameramento della cauzione provvisoria]* (*) ovvero qualora la violazione sia riscontrata in un momento successivo all'aggiudicazione, l'applicazione di una penale dall'1% al 5% del valore del contratto;
 - b) nei casi più gravi, la revoca dell'aggiudicazione, la risoluzione di diritto del contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del codice civile e l'incameramento della cauzione definitiva. L'Amministrazione aggiudicatrice può non avvalersi della risoluzione del contratto qualora la ritenga pregiudizievole agli interessi pubblici, quali indicati dall'art. 121, comma 2 D.Lgs. 104/2010. È fatto salvo in ogni caso l'eventuale diritto al risarcimento del danno;
 - c) l'Amministrazione aggiudicatrice, per il tramite degli uffici della Giunta regionale, segnala, ai soggetti di cui di cui all'All.A1 L.R. n. 30/2006, l'operatore economico che abbia violato uno degli impegni previsti dall'articolo 3. La Giunta, gli enti e le società del Sistema Regionale tengono conto della segnalazione ricevuta ai fini delle valutazioni relative all'esclusione degli operatori economici dalle procedure di affidamento previste dall'articolo 38, comma 1, lett. F D.Lgs. 163/06.
2. La violazione è dichiarata in esito ad un procedimento di verifica in cui venga garantito adeguato contraddittorio con l'operatore economico interessato.

Articolo 5

Efficacia del Codice etico

1. Il presente Codice etico degli Appalti Regionali, in relazione alla procedura di affidamento dispiega i suoi effetti fino alla completa esecuzione del contratto.

(*) *Disapplicato con DGR 06/07/2011 n. IX/1979*

Data, _____





Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO

AZIENDA OSPEDALIERA SAN PAOLO DI MILANO
IL R.U.P.

TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA
DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

20142 Milano Via A. di Rudini n°. 8 – Tel. 02/8184.1 (Centralino) Fax 02/8910875 (Protocollo Generale) – www.ao-sanpaolo.it
Cod. Fisc. 80102370154 P.IVA 04444150157

A.OSP. SAN PAOLO (MI)

UAP_MOD_039_Ed03

Pag.:4/4

000060



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO

Direzione Generale

Piano della Performance aziendale

Triennio 2012-2014



1

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 - Tel. 0281844302 - Fax 028130911
Cod. Fisc. 80102370154 - P. IVA 04444150157

000061

Indice

1 Presentazione del Piano.....	3
2. Azienda Ospedaliera San Paolo.....	5
2.1 Chi siamo.....	5
2.2 La nostra mission.....	8
2.3 La nostra vision.....	10
2.4 Numeri e cifre.....	11
3 Organizzazione aziendale.....	15
4. Swot Analysis.....	18
4.1 Analisi Ambiente esterno.....	20
4.2 Analisi Ambiente interno.....	22
4.3 SWOT Analysis in sintesi.....	24
5. Obiettivi strategici.....	25
5.1 Le strategie aziendali livello istituzionale.....	25
5.2 La programmazione dei progetti aziendali.....	35
5.3 La programmazione gestionale.....	48
6 Le dimensioni di analisi e la misurazione delle performance attraverso gli indicatori di risultato.....	50
7 Conclusioni.....	60



1 Presentazione del Piano

Il Piano della Performance, è un documento strategico programmatico realizzato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della Performance (da ora chiamato Piano), è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto) e viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Organizzato su un orizzonte temporale triennale e coerentemente con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della prestazione.

Il Piano e gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative, nel rispetto anche delle indicazioni impartite da Regione Lombardia, si articolano su tre livelli:

- un livello istituzionale di ordine strategico che si qualifica per definire gli indirizzi di fondo pluriennale (Piano Socio Sanitario Regionale) e annuali (Delibera delle regole) cui l'Azienda Ospedaliera San Paolo, per quanto di competenza, si è attenuta;
- un livello strategico aziendale, definito prima dell'inizio del rispettivo esercizio dagli organi della Direzione Strategica aziendale, attraverso il quale vengono declinati gli indirizzi strategici regionali;
- un livello direzionale e operativo dove hanno trovato collocazione gli strumenti di programmazione (budget, obiettivi e programmi aziendali) e la sua rendicontazione (relazione sulla performance).



Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi: per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target, ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto.

Infine, il Piano contiene anche gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori così da consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto. Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale saranno tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto), sono definiti, in caso di necessità, dall'organo di indirizzo politico amministrativo. Il procedimento di programmazione degli obiettivi, verrà condotto nei tempi e con le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione del sistema di valutazione.



2. Azienda Ospedaliera San Paolo

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera San Paolo-Polo Universitario dispone di 511 posti letto di degenza ed è stato riconosciuto dal Ministero della Salute quale "Ospedale di rilievo Nazionale". Dal 1987 è Polo Universitario, sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria ospitando gli insegnamenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria. L'Ospedale San Paolo fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con progetti di promozione della salute. Fa parte inoltre del servizio di call center telefonico "Sanità Milano" gratuito per il cittadino, che permette di prenotare visite specialistiche ed esami strumentali presso diverse strutture milanesi con una sola telefonata. Dal 2000 l'Ospedale ha realizzato la Dipartimentalizzazione delle Unità complementari e quindi tra loro interdipendenti.

Il Dipartimento articola le relazioni tra le unità secondo modalità organizzative e gestionali che consentono, mediante regole condivise e funzionali, di raggiungere obiettivi complessi non altrimenti realizzabili, migliorando dunque la qualità tecnico assistenziale, razionalizzando i costi, superando le disfunzioni organizzative, incrementando la ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza. Sono in funzione nove Sale Operatorie, una Tac Spirale di ultima generazione, apparecchiature per la Risonanza Magnetica e per l'Angiografia digitale. Nel febbraio 2004 è stato inaugurato il nuovo Blocco Sale Parto che comprende una sala operatoria e cinque sale parto, di cui una dotata di una vasca per il parto in acqua. Il punto nascita rientra nel più ampio Progetto di Umanizzazione in atto al San Paolo, e si distingue, oltre che per le moderne apparecchiature e tecnologie, per la scelta attenta delle caratteristiche cromatiche delle stanze, le luci soffuse e la diffusione di un piacevole sottofondo musicale. L'Azienda Ospedaliera San Paolo è inoltre sede dei seguenti Centri di Riferimento Regionale:



- Labiopalatoschisi (Chirurgia Maxillo Facciale);
- Infezioni da HIV pediatriche e in gravidanza (Pediatria e Ostetricia e Ginecologia);
- Diagnosi prenatale (Ostetricia e Ginecologia);
- Fenilchetonuria, Dislipidemie, Glicogenosi e Galattosemia (Pediatria);
- Epilessia (Centro Regionale per l'Epilessia);
- Retinite pigmentosa (Oculistica);
- Progetto DAMA;
- PMA (Procreazione Medicalmente Assistita);
- Centro di cura dell'autismo;
- Centro di cura della Dislessia.

Da ultimo, è importante segnalare che, anche per l'anno 2011 e 2012, l'Azienda ha visto assegnarsi i tre bollini rosa, riconfermandosi quindi tra gli ospedali più attenti alla cura della salute femminile.

Infatti, dal 2007 O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, premia le Strutture di eccellenza nella cura delle patologie femminili con l'assegnazione di uno, due o tre Bollini Rosa. Quest'anno sono stati premiati 224 Ospedali in tutto il territorio nazionale tra cui anche l'Azienda Ospedaliera San Paolo.

In particolare, il riconoscimento è stato assegnato ad alcune unità operative per specifici servizi clinici. Sinteticamente, vengono riportate le unità operative premiate:

- **Diabetologia;**
- **Dietologia e Nutrizione clinica;**
- **Endocrinologia;**
- **Ginecologia;**
- **Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio;**
- **Neurologia;**
- **Oncologia;**



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO

Direzione Generale

- **Ostetricia;**
- **Psichiatria;**
- **Senologia.**

7

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 - Tel. 0281844302 - Fax 028130911
Cod. Fisc. 80102370154 - P. IVA 04444150157

000067



2.2 La nostra Mission

L'Azienda Ospedaliera San Paolo eroga attività sanitarie prevalentemente di elevata specializzazione, nonché prestazioni di base e di media complessità, e promuove e garantisce attività di ricerca clinica, traslazionale e didattica, mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative. L'Azienda Ospedaliera San Paolo è storicamente e culturalmente radicata:

- nella cura della donna, del neonato e del bambino;
- nella diagnosi e cura delle malattie epatologiche, cardiologiche, gastroenterologiche, metaboliche (diabete), nefrologiche, oncologiche, neurologiche, pneumologiche, infettivologiche e dermatologiche, nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria infantile;
- nelle terapie chirurgiche dell'addome e del torace, della patologia oncologica della mammella, maxillo facciali e otorinolaringoiatriche, oculistiche, vascolari, ortopedico-traumatologiche, andro-urologiche;
- nell'assistenza medico-chirurgica in campo odontostomatologico;
- nell'assistenza medica dedicata ai disabili gravi (Progetto DAMA);
- nella diagnostica avanzata cito-istologica, di biologia molecolare e di Anatomia patologica, di Laboratorio analisi chimico-cliniche e nell'attività di immunoematologia trasfusionale;
- nella più moderna diagnostica per immagini e di medicina nucleare;
- nel trattamento del cittadino per urgenze ed emergenze cliniche, di pronto soccorso e di rianimazione, di cure intensive;
- nell'ambito della riabilitazione.

Tm

[Handwritten signature]



L'Azienda Ospedaliera San Paolo è Polo Universitario dell'Ateneo milanese pertanto impegnato:

- nella formazione dei medici e nella loro specializzazione in diverse discipline mediche e chirurgiche;
- nella formazione di Operatori e Tecnici sanitari e nella loro specializzazione;
- nella ricerca e innovazione scientifica e tecnologica.

2.3 *La nostra Vision*

L'Azienda Ospedaliera San Paolo intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale nelle aree specialistiche individuate nella missione secondo una cultura che, propria di ogni organizzazione, nasce dalle finalità dell'Ente stesso. I valori ai quali si orienta tutta l'organizzazione sono:

- ❖ la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- ❖ il personale, come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;
- ❖ l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- ❖ la ricerca della massima efficienza possibile, anche per non gravare con disavanzi economici sul bilancio regionale;
- ❖ la qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;
- ❖ lo stretto collegamento tra le attività di diagnosi e cura con la didattica universitaria;
- ❖ la formazione permanente di tutti gli Operatori.

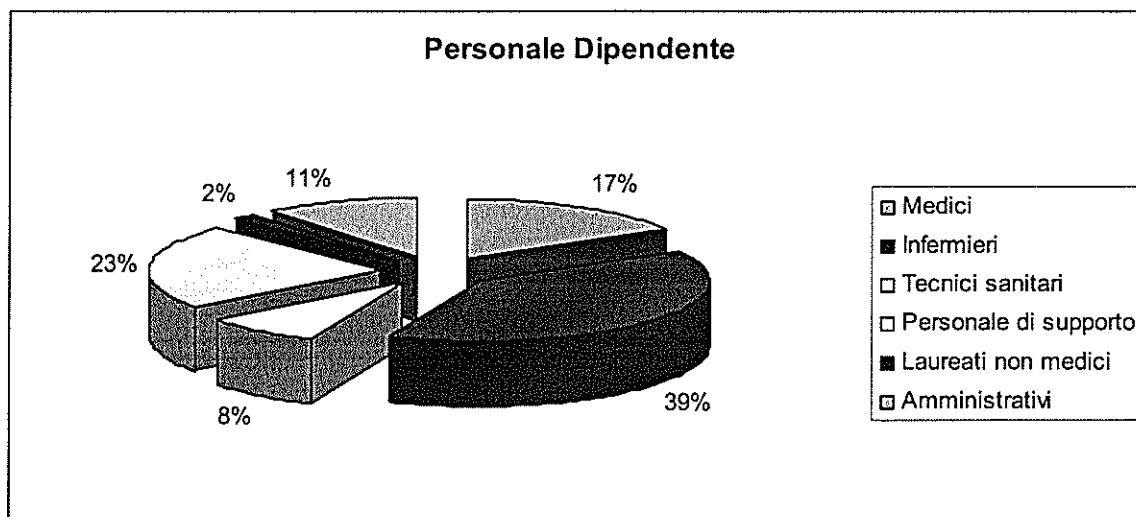
L'Azienda Ospedaliera San Paolo intende inoltre rafforzare il proprio ruolo di riferimento delle aree specialistiche già individuate nella "mission" in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale ed internazionale in una reale "vision" moderna ed integrata.



2.4 Numeri e cifre

Di seguito, vengono riportati alcuni dati relativi all'organizzazione, riassuntivi dell'attività relativa all'anno 2011 e dei numeri realizzati.

Al San Paolo lavorano 1.831 dipendenti, di cui 305 medici, 728 infermieri, 151 tecnici sanitari, 418 personale di supporto, 30 laureati non medici e 199 amministrativi. Lavorano inoltre 44 medici universitari, 118 consulenti sanitari, 2 consulenti non sanitari e 2 altro personale universitario.



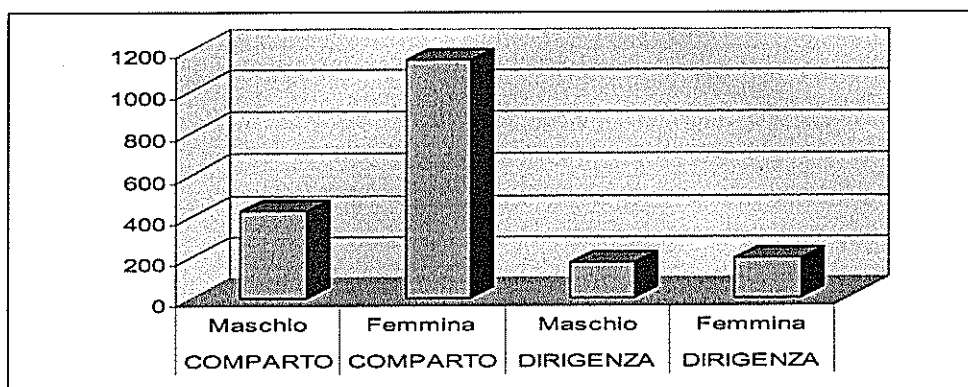
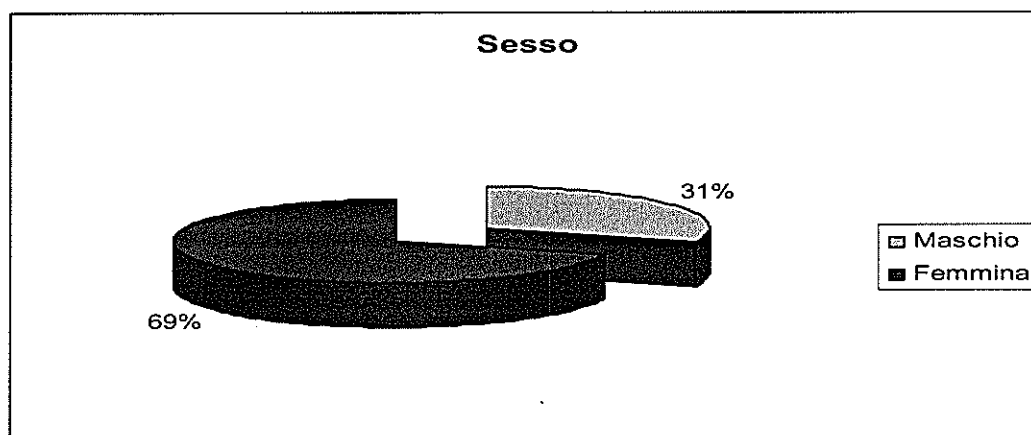
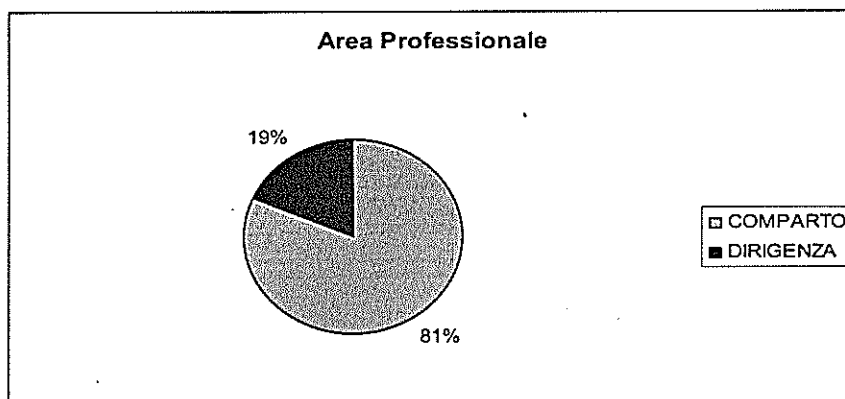
- **Fatturato:** 154.992.000 €
- **Ricoveri:** 18.781 ricoveri ordinari; 23.612 accessi DH
- **Prestazioni ambulatoriali:** 1.230.933
- **Accessi PS (Pronto Soccorso):** 90.013



	RICOVERI	AMBULATORIALE
	Anno 2011	Anno 2011
Lombardi	53.058	19.134
Lombardi Extrabudget	16.579	4.010
Extraregione / Stranieri	5.305	679
TOTALE	74.942	23.823

	PSICHIATRIA
	Anno 2011
C46 SAN	4.268

	FILE F
	Anno 2011
File F	11.277
Carceri	2.247
Doppio canale	1.882
TOTALE	15.406

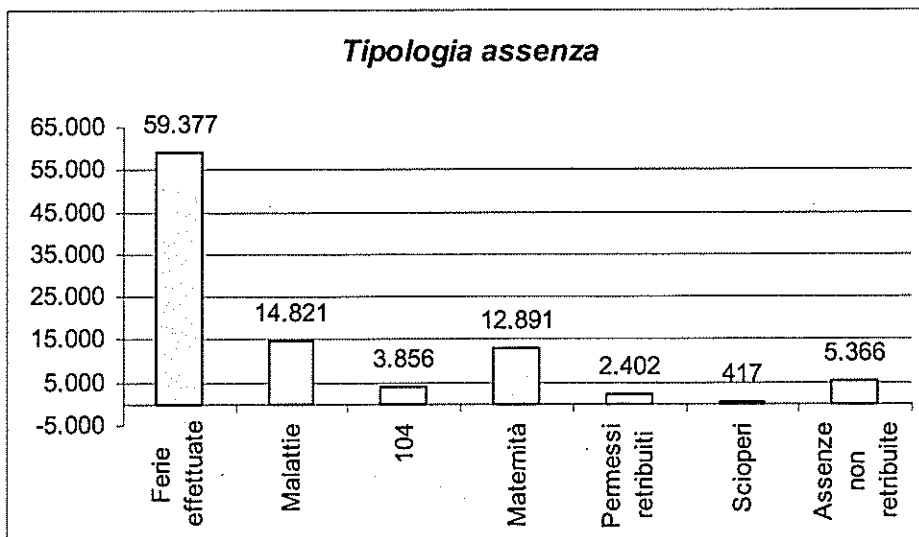




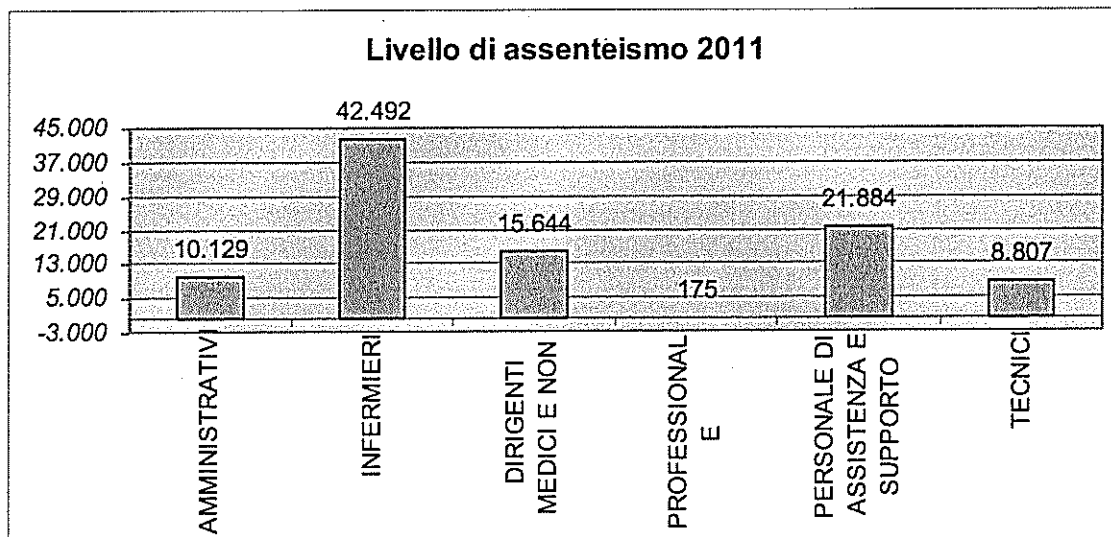
Livello di assenteismo aziendale 2011

Denominazione Profilo	Ferie effettuate	Malattie	104	Maternità	Permessi retribuiti	Scioperi	Assenze non retribuite	Totale assenze
AMMINISTRATIVI	5.801	1.458	615	1.336	152	42	726	10.129
INFERMIERI	24.157	6.077	1.329	7.329	861	171	2.568	42.492
DIRIGENTI MEDICI E NON	10.438	870	372	2.224	821	24	895	15.644
PROFESSIONALE	152	10	0	0	13	0	0	175
PERSONALE DI ASSISTENZA E SUPPORTO	13.463	5.269	1.248	998	331	132	444	21.884
TECNICI	5.367	1.137	294	1.004	225	48	733	8.807
Totale	59.377	14.821	3.856	12.891	2.402	417	5.366	99.130

Tipologia assenza



Livello di assenteismo 2011





3 Organizzazione aziendale

L'Azienda applica il principio di esplicita ed adeguata distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della Direzione Generale, della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili.

In particolare, l'Azienda riconosce e attua la divisione delle funzioni di "indirizzo politico-amministrativo-sanitario" assegnate alla Direzione Strategica, dalle funzioni di "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa" assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa, conferita secondo gli obiettivi ed i vincoli di budget.

I precetti sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna. Il Direttore Generale può conferire proprie funzioni, con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, attraverso lo strumento della delega per singole attività gestionali o atti che comportano la rappresentanza esterna, conferendo la stessa con atto formale, controfirmato dal dirigente incaricato per accettazione. Il Direttore Generale può, in ogni momento, revocare le deleghe assegnate.

Restano nella sua competenza tutti gli atti a carattere generale, nonché gli atti che incidono sulla costituzione, modificazione ed estinzione del rapporto di lavoro dei direttori e dei dirigenti.

tu

[Signature]



L'Azienda adotta "regolamenti" di organizzazione interna e di funzionamento delle proprie attività; in particolare, in accordo con le Linee Guida Regionali, sono adottati i seguenti regolamenti:

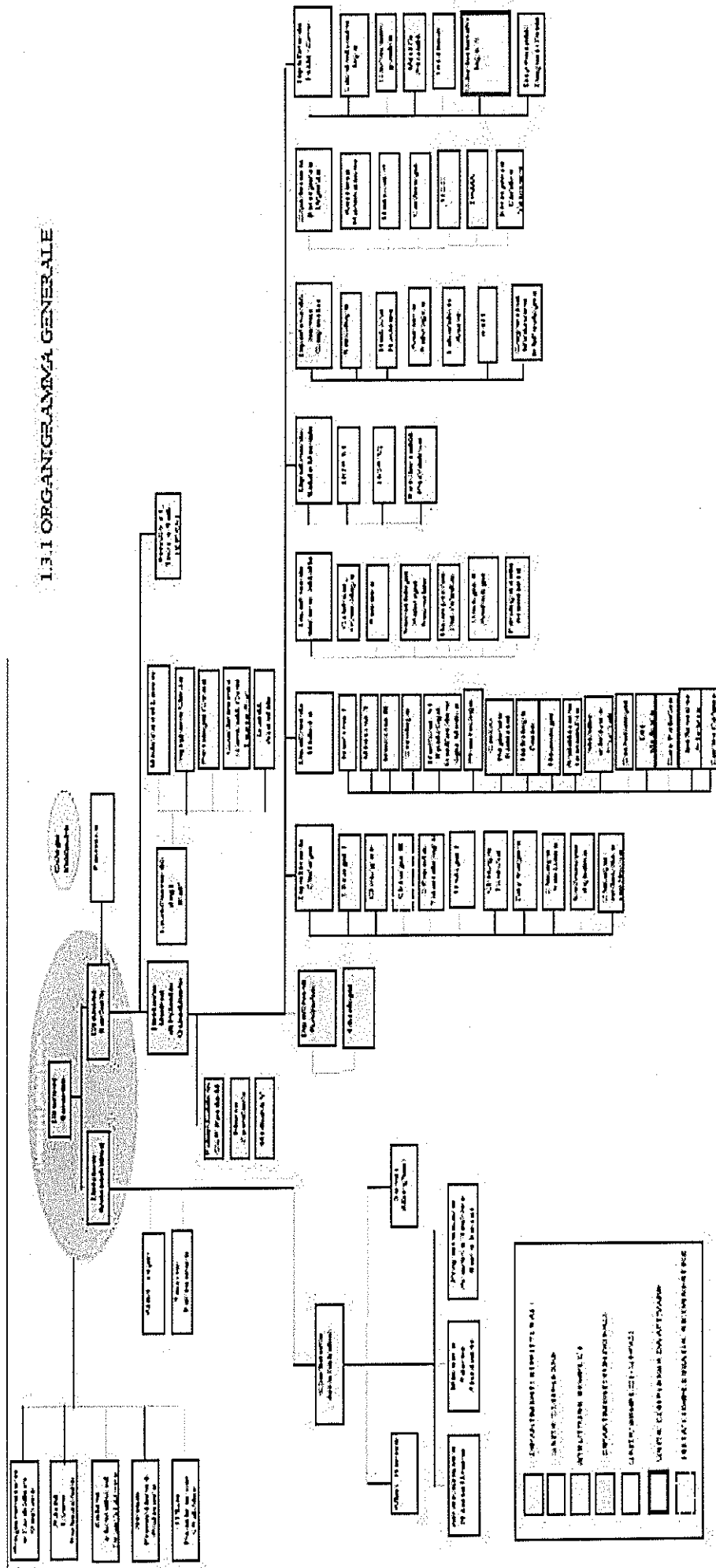
- a) Regolamento per l'individuazione del RUP per l'area degli acquisti di beni e servizi e Regolamento per gli acquisti in economia o a cottimo fiduciario;
- b) Regolamento per la formazione del bilancio aziendale;
- c) Regolamento del processo di definizione ed elaborazione del budget interno d'Azienda;
- d) Regolamento per la tenuta della contabilità aziendale secondo quanto stabilito dalla normativa vigente;
- e) Il protocollo delle relazioni sindacali;
- f) Il regolamento delle attività svolte in libera professione;
- g) Regolamento per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- h) Regolamento per il conferimento degli incarichi e delle consulenze;
- i) Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo L.P. e prestazioni occasionali;
- j) Regolamento di funzionamento del Comitato Etico;

L'adozione dei regolamenti si riferisce in maniera congrua nel più generale Sistema di Gestione della Qualità dell'Azienda Ospedaliera. Di seguito, coerentemente con quanto sopra descritto, si riporta l'organigramma aziendale:



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO

Direzione Generale



Sistema Sanitario

Regione Lombardia

20142 MILANO - Via A. di Rudini, 8 - Tel. 0281844302 - Fax 028130911
Cod. Fisc. 80102370154 - P. IVA 04444150157

000077



4 La SWOT Analysis (Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, and Threats)

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni, rappresentano presupposti obbligatori per assumere delle decisioni valide in chiave strategica. A tal proposito, l'analisi SWOT è una delle metodologie certamente più diffuse per l'analisi di contesti economico-territoriali, così come per la valutazione di piani, progetti e programmi e, pertanto, rappresenta oggetto di trattazione e passaggio fondamentale per la stesura del Piano della Performance.

In pratica, si tratta di un procedimento, che consente di rendere sistematiche e fruibili le informazioni raccolte in forma idonea per la "decisione". Infatti, attraverso l'analisi SWOT è possibile palesare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema interno aziendale al fine di far emergere quelli capaci di favorire, o ostacolare, il perseguimento degli obiettivi e, le opportunità e/o minacce del contesto esterno. Più specificamente nell'analisi SWOT si distinguono fattori endogeni e fattori esogeni. I fattori endogeni si distinguono in punti di forza e punti di debolezza; i fattori esogeni in opportunità e rischi. Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema che però possono condizionare sia positivamente sia negativamente. In quest'ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e mettere a profitto quelli positivi.

In sintesi, è quindi necessario, appoggiarsi sui punti di forza e smussare i difetti per massimizzare le opportunità e ridurre i rischi.



Quindi:

- i punti di forza e di debolezza sono propri del sistema in analisi e sono modificabili grazie alle politiche o agli interventi proposti dal decisore;
- le opportunità e i rischi derivano dal contesto esterno e non sono quindi modificabili dal decisore (sono fuori delle sue possibilità di controllo).

In conclusione, l'Azienda ha ritenuto di implementare un'analisi SWOT evidenziando i principali fattori, interni ed esterni al contesto d'analisi, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivi di sviluppo.



4.1 *Le dimensioni esterne*

- *Analisi macroambiente (legislazione, politica, economia, tecnologia, ambiente, cultura;)*
- *Aspettative degli stakeholders*

La definizione delle linee strategiche che costituiscono i capisaldi sui quali impostare le attività per il triennio 2012 -2014, non può prescindere da una analisi preliminare del contesto nazionale e regionale, prendendo come riferimento i più importanti documenti di programmazione sanitaria.

- Obiettivi del PSN 2011-2013 (qualifica dell'assistenza, utilizzo razionale delle risorse);
- Obiettivi PSR 2010-2014 (prevenzione, rete territoriale, potenziamento tecnologico, riduzione tempi d'attesa);
- Obiettivi del Piano Nazionale di prevenzione (vaccinazioni, rischio cardiovascolare, programmi gestione malattie croniche);
- Criticità legate alla popolazione di riferimento (anziani, stranieri, detenuti);
- Spesa sanitaria e finanziamento regionale (riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza e mantenimento dell'equilibrio economico finanziario)
- Analisi comparativa dell'attività a livello regionale (riduzione ricoveri ordinari, aumento attività di day hospital e ambulatoriale, MAC (Macroattività ambulatoriale complessa)).



L'Azienda, si trova ad operare in un contesto regionale in cui, per svariate ragioni, è particolarmente complicato un efficiente governo della domanda e, in talune aree, ancora fortemente caratterizzato da una cultura "ospedalocentrica". La distribuzione delle risorse, operata dalla Regione attraverso il Fondo sanitario regionale e secondo le indicazioni provenienti dal Patto della Salute, afferma una forte valorizzazione della funzione territoriale a scapito dell'assistenza ospedaliera.

A tal proposito, in coerenza con gli indirizzi territoriali, l'Azienda, come verrà meglio descritto nel proseguo dell'elaborato, pone al centro delle sue riflessioni strategiche l'obiettivo di riorganizzazione e potenziamento della rete territoriale, soprattutto per quanto attiene l'area della cronicità.

Gli organi istituzionali, la Regione e conseguentemente le politiche di programmazione regionale, rappresentano degli stakeholders vincolanti per la Governance aziendale, tuttavia non gli unici.

L'Azienda, deve infatti considerare prioritarie anche le aspettative manifestate dall'utente finale del servizio, il cittadino. Queste, richiedono di avere garantita la qualità e l'accessibilità dei servizi, la possibilità di scegliere e di personalizzare l'assistenza, l'equità e la fiducia. Pertanto i cambiamenti che il sistema deve affrontare sono relativi al miglioramento della sicurezza e dell'accesso, all'aumento dell'efficienza e della responsabilità, al rafforzamento della prevenzione, alla riduzione dell'inequità e delle disuguaglianze.

La molteplicità ed eterogeneità delle esigenze da accogliere e soddisfare rendono il quadro di sistema particolarmente complesso e difficilmente governabile, richiedendo una appropriata attività di programmazione e controllo aziendale.



4.2 *Le dimensioni interne*

- *Le risorse umane*
 - *Competenze professionali / Motivazione*
- *Le risorse fisiche*
 - *Economiche finanziarie*
- *Le risorse immateriali*
 - *Cultura / Reputation*

A seguito dell'insediamento della nuova Direzione Strategica, per l'anno 2011 e 2012 è prevalsa la principale preoccupazione di avviare processi di razionalizzazione nell'uso delle risorse disponibili e, al contempo, di pianificare degli interventi programmatici per il periodo di investitura.

In particolare, una delle maggiori problematiche affrontate dal nuovo management è stata quella della gestione delle risorse umane. La provenienza da realtà diverse, le differenti modalità organizzative, la disomogeneità della composizione dei vari profili e la naturale "resistenza al cambiamento" hanno determinato un primo periodo di assestamento funzionale ed organizzativo per l'area amministrativa. A quanto sopra espresso, va aggiunto l'indirizzo della Regione Lombardia, che delinea in merito alla tematica oggetto di trattazione, un quadro di stringenti regole per l'anno in corso e presumibilmente per il biennio successivo. Sulla base della situazione attualmente in essere, le principali criticità sulle quali l'Azienda interviene e continuerà a promuovere delle azioni, sono riconducibili a:

- promozione di un "nuovo senso di appartenenza" aziendale attraverso attività di forte e continua sensibilizzazione, ascolto e coinvolgimenti in tutti gli ambiti;



- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- equità e trasparenza nei rapporti;

Tra le risorse immateriali invece, la reputazione aziendale è certamente una fra le più vitali a disposizione di un'impresa. Dal momento che essa dipende dalla qualità delle relazioni che un'azienda instaura con i suoi stakeholder, la costruzione di una solida e attraente reputazione permette all'organizzazione stessa di vivere e crescere in sintonia con l'ambiente.

L'Azienda, riconosce l'importanza di un costante monitoraggio e un'attenta gestione della propria reputazione come attività per costruire, mantenere o rafforzare il consenso dei diversi interlocutori sociali e, alla luce di tutte queste ragioni, ha attivato diverse azioni per misurare, monitorare e accrescere la propria reputation.

È necessario ricordare che, quanto sopra descritto, deve realizzarsi tenendo conto delle risorse finanziarie Aziendali disponibili, le quali, limitate per definizione, paiono esserlo ulteriormente nel periodo storico che attraversiamo.

Infatti, l'altro driver che guida le scelte aziendali è rappresentato dalla obbligatorietà vincolante di mantenere l'equilibrio economico-finanziario. Questo obiettivo è da conseguirsi continuando ad investire sulla qualità e sull'innovazione dei servizi da ottenersi attraverso un attento governo e controllo della spesa sanitaria ed in particolare di quella farmaceutica.

u

P

4.3 SWOT Analysis in sintesi

Punti di forza	Punti di debolezza
- Storica forte attrattività di alcune Unità Operative (Chirurgia Maxillo-Facciale) - Alta eterogeneità e complessità case mix trattato (No Upcoding /cream skinning) - Buona reputazione verso utenti esterni - Motivazione del personale - Buona capacità di creare economie di scala - Polo universitario	- Sistema informativo carente e non integrato - Adeguamenti normativi e strutturali (ampiezza e disponibilità locali) - Difficoltà di comunicazione all'esterno - Resistenza al cambiamento di alcuni responsabili UO, dirigenti - Mobilità figure professionali (alto tasso turnover)
Opportunità	Minacce
- Sviluppo rete Ospedale - Territorio - Possibile accordi o alleanze con altre strutture (sviluppo convenzioni e libera professione) "Informatizzazione dell'AO" - Riorganizzazione del personale - Valorizzazione "eccellenze" - Linee Guida Regole Regionali 2012 - Nuova regolamentazione attività libero professionale intramoenia - Rafforzamento legame con università per incentivare ulteriormente la ricerca	- Linee Guida Regole Regionali 2012 "Competitors" - Trasformazione alcune attività DH in ambulatoriale (MAC) - Alte liste d'attesa (Radiologia) - Nuova regolamentazione attività libero professionale intramoenia allargata giugno 2012





5 OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 Livello istituzionale (Tabella A Indicatori)

In questa sezione, l'Azienda si propone di descrivere le strategie e i programmi che intende attuare nell'arco temporale 2012-2014, coincidenti con gli obiettivi di mandato.

L'attenzione si è concentrata su linee di attività strategiche che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche.

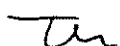
Una volta rilevata la necessità e le aspettative delle persone, diventa fondamentale la capacità aziendale di tradurre tali esigenze in obiettivi specifici, definendone priorità e le risorse per raggiungerli, tenuto conto che resta fondamentale il mantenimento dell'equilibrio economico.

Le aree di priorità degli obiettivi individuate sono:

- da un lato gli interventi che migliorano l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure;
- dall'altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema.

I driver che hanno orientato le scelte aziendali possono essere riassunti da quattro prospettive dalle quali l'Azienda non intende prescindere:

- Crescita ed innovazione (processi di formazione e sviluppo delle tecnologie);
- Prospettiva economico-finanziaria (mantenimento principi di economicità);
- Processi interni (riqualificazione e potenziamento dell'offerta e continuità assistenziale);
- Prospettiva del cliente (alta percezione dei servizi erogati);





Per il triennio 2012-2014, l'Azienda, in linea con le dimensioni di performance sopra indicate, si propone di raggiungere tre macro obiettivi ritenuti fondamentali che verranno meglio esplicitati sotto, ovvero:

- ❖ Innovazione e ammodernamento tecnologico delle strutture, finalizzata allo sviluppo delle eccellenze e delle tecnologia avanzate, della ricerca e dell'innovazione gestionale;
- ❖ Riorganizzazione della rete territoriale così da permettere una maggiore presa in carico dei cittadini, (soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza) e una razionalizzazione delle risorse;
- ❖ Riorganizzazione e sviluppo dell'attività libero professionale allo scopo di aumentare il volume dei ricavi.

La particolare importanza e ambizione degli obiettivi richiede una doverosa, accurata e puntigliosa descrizione dei singoli obiettivi identificati e delle modalità di realizzazione degli stessi.

1) Innovazione e ammodernamento tecnologico delle strutture, finalizzato allo sviluppo delle eccellenze e delle tecnologia avanzate, della ricerca e dell'innovazione gestionale;

L'Azienda, ritiene di fondamentale importanza per la propria sopravvivenza e per continuare a mantenere la capacità di rispondere alle sempre crescenti esigenze degli stakeholders, investire nella propria struttura.

A riguardo, ha provveduto ad attivare, relativamente al triennio 2012-2014, diversi piani e progetti che consentiranno di modernizzare la struttura, rendendola tecnologicamente



all'avanguardia e con un forte orientamento al mantenimento e alla creazione di eccellenze.

Il piano di ammodernamento della struttura edilizia e degli impianti, ricerca l'obiettivo generale di concentrare gli spazi per l'attività sanitaria in modo coerente e logisticamente efficace, consentendo peraltro all'Azienda di subire trasformazioni in modo controllato e avendo cura che sia mantenuta la necessaria flessibilità, così da consentire di adattarsi ai cambiamenti in un percorso di ammodernamento strutturale e tecnologico finalizzato ad un miglioramento continuo nella gestione ospedaliera.

Il piano di ammodernamento dell'Azienda vuole prefigurare lo sviluppo nel medio-lungo termine; in quest'ottica, l'intento anticipato è quello di un modello organizzativo aziendale che assicuri tutte le funzioni previste dalla mission, garantendo al contempo un migliore utilizzo delle risorse.

Il progetto cardine, attorno al quale si svilupperà l'organizzazione dell'ospedale nel prossimo futuro, riguarda certamente la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso, la cui ultimazione è prevista per la fine dell'anno 2013.

La Direzione Strategica ha definito, per il triennio 2012-2014, degli obiettivi annuali e di programmazione finalizzati al completamento del progetto:

- ✓ Stato di avanzamento dei lavori per l'anno 2011: 60%;
- ✓ Stato di avanzamento dei lavori per l'anno 2012: 90%;
- ✓ Stato di avanzamento dei lavori per l'anno 2013: completamento;
- ✓ Per l'anno 2014 si prevede la messa a regime e il pieno funzionamento.

La realizzazione del nuovo Pronto Soccorso riveste fondamentale importanza per l'Azienda e, richiederà anche, un ripensamento dell'attuale impianto logistico complessivo, al fine di ottimizzare gli spazi creati e rispondere in maniera ancor più efficace e tempestiva alle esigenze degli utenti.

Il futuro competitivo delle aziende è strettamente legato alla capacità del sistema economico locale di introdurre innovazioni in ogni aspetto dell'attività di impresa e quindi



anche nelle tecnologie. Gli investimenti innovativi producono un miglioramento generale della capacità dell'impresa di rispondere alle esigenze degli stakeholders.

L'obiettivo specifico aziendale a riguardo è quello di accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente.

Per il raggiungimento di quanto sopra indicato, l'Azienda, attraverso l'approvazione della delibera 1197 del 29-12-2011, si è esplicitamente impegnata nel perfezionamento dell'acquisto dei seguenti macchinari:

- Apparecchi per anestesia a circuito chiuso per le sale operatorie;
- Ecografi alta fascia da utilizzarsi per attività di cardiologia/ginecologia;
- Strumentario chirurgico

Altro elemento cardine della strategia aziendale, relativamente all'anno 2012 e successivo biennio, va ricercato sicuramente in un ulteriore sforzo di "informatizzazione" della gestione ospedaliera.

La principale criticità esistente, si rintraccia nella mancanza di un sistema completamente integrato di gestione dei dati.

Infatti, nelle unità operative vengono utilizzati differenti applicativi con procedure e modalità di funzionamento specifiche che, per potere interagire e rendere il dato univoco, talvolta necessitano di un ulteriore sforzo di coordinamento, con il rischio di incorrere in errori o imprecisioni.

Quindi, la necessità di avere un sistema integrato sia in ambito sanitario quanto in quello amministrativo rappresenta per l'anno in corso una priorità improrogabile da realizzarsi.

Ad ogni modo, il cospicuo investimento economico nonché l'impiego di risorse per la progettazione e realizzazione dei progetti, si prevede siano pienamente compensati da numerosi vantaggi, anche immediatamente riscontrabili.



Infatti, l'Azienda prevede di ottenere come immediato beneficio un notevole aumento della competitività aziendale, sia direttamente, per l'abbattimento dei costi, sia indirettamente, per l'innalzamento della qualità. Banalmente, e a titolo esemplificativo, si è ritenuto di riportare alcuni vantaggi che si immagina di poter riscontrare già nel breve periodo, anche immaginando il relativo risparmio in termini di tempo impiego delle risorse e spese correnti:

- maggior velocità di elaborazione delle pratiche amministrative e dei processi aziendali interni;
- maggior velocità nelle comunicazioni sia all'interno dell'impresa sia all'esterno con i fornitori e i clienti;
- gestione più semplice del personale e possibilità di formazione permanente;
- gestione più snella del magazzino e delle procedure di consegna o di ricevimento;
- possibilità di richiesta di consulenze on-line;
- possibilità di richiedere e visualizzare i referti on-line;
- possibilità di prenotare alcuni esami diagnostici on-line.

L'Azienda, per l'anno 2012, all'interno di un progetto da realizzarsi nell'arco del triennio, ha individuato obiettivi specifici che rappresentano i primi steps per il raggiungimento del più ampio obiettivo di un completo e performante impianto informativo.

È assolutamente prioritario sottolineare come, per alcune delle gare che permetteranno un miglioramento dell'attuale sistema informativo aziendale, siano state attivate tutte le procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi attraverso l'adesione ai contratti/convenzioni regionali attivate dalla Centrale Regionale Acquisti.

Di seguito, si riportano sinteticamente gli obiettivi individuati per l'anno in corso:

- Adesione (entro il 30/4/2012) gara CONSIP per rinnovo infrastruttura di rete, di sicurezza, telefonia e posta elettronica;
-



- Preparazione capitolato (entro il 15/5/2012) per rinnovo sistema informativo per la componente applicativa e di data center;
- Approvazione delibera per gara applicativo personale (entro il 15/4/2012).
- Individuazione delle priorità di sviluppo della dotazione di tecnologie, tenendo conto della necessità di aggiornamento, dell'integrazione delle attrezzature nel sistema informativo ospedaliero e di un utilizzo diffuso delle alte tecnologie da parte delle diverse aree specialistiche;
- acquisizione delle attrezzature in relazione alla messa in funzione di nuove aree \ ambiti di attività;
- applicazione sistematica delle procedure di valutazione delle tecnologie e delle loro ricadute organizzativo - gestionali, garantendo il pieno utilizzo integrato, interdisciplinare e intensivo del parco tecnologico esistente.

2) Riorganizzazione della rete territoriale così da permettere una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza:

L'Area della cronicità rappresenta senza dubbio un tema meritevole di particolari attenzioni in quanto disegna sempre più una parte importante del fabbisogno di servizi e di assorbimento di risorse. Le patologie croniche sono oggetto di riflessione sia a livello regionale che a livello di ASL, alimentate dalle informazioni fornite dallo strumento informativo denominato Banca Dati Assistito. Tale raggiungimento di conoscenza e di monitoraggio ha permesso di definire più chiaramente i fabbisogni e soprattutto di tracciare in modo chiaro i percorsi dei pazienti.

E' necessario, quindi, avviare una riflessione finalizzata ad individuare delle soluzioni strutturali ed organizzative che consentano la gestione integrata della cronicità sul territorio.



L'evoluzione dei bisogni della collettività sta orientando le strategie degli erogatori di servizi sanitari verso un forte investimento sulla rete territoriale, lasciando all'ospedale il trattamento delle sole acuzie; a tal proposito, anche l'Azienda ritiene di dover avviare una riorganizzazione della propria rete territoriale di assistenza, perseguendo almeno tre finalità:

- Garantire una migliore presa in carico del paziente ed assistenza all'utente finale;
- Realizzare un assetto organizzativo che eviti duplicazioni attraverso la costruzione di livelli di offerta diversificati;
- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse e aumentandone l'efficienza.

La nuova organizzazione richiede un ripensamento del modello organizzativo in grado di prendersi in carico il paziente personalizzandone l'assistenza ed il processo di cure; un'organizzazione, dunque, in grado di trasferire la sua azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato.

Tuttavia, è bene premettere che, il processo di riorganizzazione ospedaliera ha come prima finalità quella di ridisegnare i servizi e non di tagliarli

L'azione vera e propria consiste nel miglioramento dei risultati, nell'aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica alla luce della sempre crescente necessità di bisogni manifestati dalla collettività.

La progettazione della rete territoriale afferente l'Azienda, individua nella rivisitazione dell'organizzazione della NPI (Neuro Psichiatria Infantile) e dei CAL (Centri Assistenza Limitata), due imperativi di fondamentale importanza.

Relativamente all'area della NPI, l'obiettivo aziendale è quello di potenziare ulteriormente la rete assistenziale esistente, così da consolidare la posizione di riferimento e d'eccellenza nel territorio milanese. In particolare, l'area della cura dell'apprendimento e quella del centro di cura dell'autismo, saranno quelle maggiormente interessate dal



cambiamento e si è previsto vengano potenziate le strutture in previsione di un aumento della casistica trattata.

In particolare, l'Azienda, per quanto riguarda il centro di cura dell'autismo si è attivata in un processo di riordino degli ambulatori al fine di permettere l'erogazione di un servizio maggiormente completo e soddisfacente.

Inoltre, riveste importanza l'ultimazione della costruzione della nuova area dedicata alla cura dell'autismo prevista per la fine dell'anno 2012, e, la cui inaugurazione è attesa per l'anno 2013.

Come sopra accennato, l'Azienda considera altrettanto prioritario, al fine di garantire un servizio ancor più efficace e rispondente alle crescenti aspettative degli utenti, un intervento di riprogettazione dei CAL (centro assistenza limitata). Attualmente il servizio è gestito attraverso i due CAL di Rozzano e Monpiani e da una parte ospedaliera nella quale viene concentrata la casistica maggiormente complessa. La strategia aziendale per il prossimo triennio, che prevede il mantenimento dei volumi di attività e di servizio fino ad ora garantiti, pone particolare attenzione verso un ripensamento della logistica di offerta del servizio.

Infatti, è prevista la riprogettazione e costruzione di un nuovo centro dialisi all'interno della struttura ospedaliera ed un riammodernamento tecnologico dei CAL esterni.

tu

[Signature]



3) Riorganizzazione dell'attività libero professionale al fine di aumentare il volume di ricavi:

L'attività libero professionale rappresenta per l'Azienda San Paolo un'importante risorsa, sulla quale, considerata l'importanza dei numeri raggiunti e consolidati oramai da diversi anni, si rende necessaria una riorganizzazione e un ripensamento nelle modalità di gestione dell'attività stessa.

La recente approvazione del decreto Milleproroghe, infatti, ha fissato, per quanto attiene la regolamentazione dell'attività libero professionale intramoenia, due importanti provvedimenti:

- Proroga di un anno (fino al 31 dicembre 2012) della possibilità per i medici di svolgere la libera professione intramuraria al di fuori delle strutture pubbliche;
- Sposta al 2014 il termine per le Regioni per completare il programma di realizzazione di strutture sanitarie ad hoc per l'attività libero professionale intramurariale.

In considerazione di quanto sopra riportato, ma soprattutto in virtù della forte attenzione che l'Azienda intende riporre nella gestione e nello sviluppo ulteriore dell'attività, sono stati identificate alcune azioni che consentiranno una gestione maggiormente efficiente e produttiva, confacente i dettami imposti dal Milleproroghe.

L'obiettivo prioritario per l'anno 2012 è quello di rivisitare il regolamento aziendale, sia in previsione dei cambiamenti imposti alla regolamentazione della libera professione intramoenia dal decreto Millepropoghe, sia per la ricerca di ulteriori margini di efficienza e sviluppo.

In particolare, verrà avviato un processo di ripensamento nella logistica degli spazi utilizzati, al fine di identificare ulteriori soluzioni valide come l'ampliamento delle visite ad orari prolungati e diversificati in grado di incontrare da un lato le necessità delle famiglie e



i bisogni dei cittadini e, dall'altro l'appropriatezza delle cure e il miglior utilizzo del personale e degli spazi.

Per l'anno 2012, la Direzione Strategica, ha indicato alcuni obiettivi sotto riportati, che rappresentano l'inizio del percorso di riorganizzazione precedentemente presentato:

- Rivisitazione regolamento dell'attività libero professionale entro il 30/09/2012;
- Riorganizzazione dell'occupazione stanze presso il poliambulatorio attraverso l'elaborazione di un documento contenente il nuovo piano di occupazione;
- Somministrazione scheda di rilevazione del livello di gradimento per i pazienti degenti in LP, nell'ottica di promuovere un processo di customer satisfaction;
- Valutazione apertura spazi libera professione al sabato con l'obiettivo di promuovere azioni di semplificazione delle procedure amministrative collegate alle attività sanitarie e soprattutto di agevolare l'accesso in fasce orarie estese;
- Ristrutturazione stanze solenti.

Le iniziative appena descritte, disegnano un primo passaggio nell'ambito di un progetto triennale, che ha come intendimento quello di incrementare il fatturato aziendale derivante dalla voce libera professione.



5.2 La programmazione dei progetti aziendali (Tabella B Indicatori)

Nella programmazione dei progetti aziendali, risiede la capacità manageriale e professionale della Direzione Strategica di tradurre in obiettivi le linee guida regionali. In particolare, in tale fase, vengono richiamati tanto gli indirizzi espressi annualmente attraverso la Delibera delle regole, quanto gli obiettivi di fondo pluriennale contenuti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014.

Tuttavia, prima di illustrare quanto è stato realizzato, è assolutamente necessario premettere che, la visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni, dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici.

Così come, di contro, l'elevata complessità della casistica trattata, l'alto indice occupazionale dei posti letto e soprattutto la presenza di professionalità di eccellenza e la vocazione alla ricerca, devono rappresentare punti di forza imprescindibili per il riordino della rete di offerta, che, dovrà mirare ad una maggiore soddisfazione dell'utenza con appropriatezza, equità e capacità di efficiente risposta alla crescente domanda sanitaria.

In questa sezione, l'Azienda illustra il perseguimento degli obiettivi di salute ad essa assegnati dalla Regione, descrivendo le strategie aziendali messe in atto in accordo con gli indirizzi emersi dalla programmazione Regionale.



Dapprima verranno illustrate le diverse aree di programmazione all'interno delle quali l'Azienda ha prestato il proprio contributo, descritti i macro obiettivi individuati evidentemente in linea con le indicazioni regionali e, infine, verranno illustrate le strategie attraverso cui l'Azienda ha inteso operare per formulare una valutazione di quanto ha realizzato.

AREA DI INTERVENTO:

"INFORMATIZZAZIONE DELL'OSPEDALE": (SISS)

Il SISS è oggi l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio che concorrono all'erogazione dei servizi socio sanitari all'interno della regione Lombardia. Il SISS è costituito da una serie di sistemi informatici che stanno costantemente evolvendo secondo una precisa prospettiva informatica di e-health, ovvero dell'impiego sempre più diffuso nei servizi sanitari delle tecnologie innovative nel campo info-telematico.

L'Azienda, sulla scorta del percorso avviato nell'anno 2011, intende proseguire nel progetto intrapreso anche nel triennio successivo, finalizzandolo ad una sempre crescente "informatizzazione" dell'ospedale e dei servizi offerti all'utente.

È già attiva la gestione della prescrizione SISS da parte dei medici ospedalieri, sia ambulatoriale che farmaceutica, così come ulteriore enfasi verrà posta relativamente all'ampliamento progressivo dell'offerta delle prestazioni prenotabili e rese visibili al SISS-SEB GP, e ai livelli di servizio dei cup aziendali.

Un obiettivo di fondamentale importanza che l'Azienda intende raggiungere per l'anno 2012 è la gestione delle prescrizioni sanitarie interamente in modo elettronico, così come il pagamento del ticket tramite carta SISS.

Un ulteriore obiettivo dell'Azienda è rappresentato dall'implementazione di specifiche azioni verso i cittadini e gli operatori quali l'attivazione di particolari servizi via sms, l'informazione in merito alla disponibilità on-line del referto e sul riscontro di prenotazione ed infine l'implementazione del sistema della cartella elettronica.



POLITICHE DEL PERSONALE

L'Azienda, in linea con quanto indicato dalla programmazione regionale, prevede di realizzare i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2012.

- Rideterminazione fabbisogno personale per il triennio 2012-2014;
- Effettuazioni assunzioni del personale a tempo indeterminato nelle aree del comparto e della dirigenza autorizzate nei piani di assunzione approvati per l'anno 2011;
- Rispetto L. 122/2010 per quanto riguarda l'obbligo di riduzione del 50% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009 relativo alle forme contrattuali a TD ed a tutti i contratti atipici, confermando le eccezioni previste nella DGR 1151 del 2010 allegato C e DGR 2057 del 2011 previo parere del collegio sindacale;
- Riduzione del 10% dei costi sostenuti per l'anno 2011 relativi ad assunzione di personale con contratto a tempo determinato;
- Riduzione del 10% dei costi sostenuti per l'anno 2011 relativi ai contratti atipici (co.co.co., incarichi libero professionali e consulenze);
- Rispetto delle scadenze, completezza, qualità dei dati del personale (FLUPER - anno 2012, Conto annuale -esercizio 2011, Relazione al conto annuale - esercizio 2011, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE" -anno 2012);
- Rispetto del meccanismo di erogazione delle quote di incentivazione a titolo di acconto



FORMAZIONE

La continua formazione e la valorizzazione e promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane rappresenta un cardine della strategia che l'Azienda intende perseguire.

La finalità ultima, è quella di coinvolgere tutti gli operatori al fine di una promozione della loro crescita professionale, con la prospettiva di una crescente ritorno per l'Azienda in termini di professionalità, motivazione e soprattutto senso di appartenenza aziendale.

Per l'anno 2012 l'Azienda intende continuare nel percorso intrapreso teso alla valorizzazione delle proprie risorse e, a tal proposito, porrà in essere una serie di azioni che si è ritenuto ,sinteticamente, di riportare sotto:

- Piano formazione aziendale anno 2012;
- Formazione obbligatoria sulla prevenzione all'AIDS(legge 135/1990);
- Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità attraverso EUPOLIS;
- Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità in tema di Ricerca Clinica;
- Mutilazioni genitali femminili: partecipazione agli eventi formativi predisposti dalla DGS in attuazione alla L. n. 7/2006;
- Emergenza Urgenza Intraospedaliera: partecipazione del personale attivo nella rete emergenza urgenza intraospedaliera ai percorsi formativi predisposti dalla DGS sul triage in PS;
- Infezioni Ospedaliere Gravi: partecipazione agli eventi formativi predisposti dalla DGS in merito al monitoraggio della sepsi;
- Prelievo Multi Organo e Tessuti: formazione del personale medico coinvolto nel processo di donazione di organi e tessuti,attraverso gli interventi formativi proposti da DGS, sia centralmente che nelle sedi locali;
-



- Umanizzazione delle cure: partecipazione dei corsi organizzati da DGS rivolti al personale medico ed infermieristico coinvolto nel percorso di diagnosi cura e assistenza del malato oncologico.

RETI DI PATOLOGIA

Le reti di patologia, istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità la condivisione collegiale dei protocolli di procedura, costituiscono il modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario.

In tal senso le infrastrutture tecnologiche su cui poggiano le informazioni clinico scientifiche necessarie per la gestione del paziente rappresentano, attraverso il CRS-SISS, l'elemento di confronto e integrazione tra i dati più semplicemente clinici e i dati sanitari/sociali/amministrativi, indispensabili per una efficace azione di programmazione; il relativo registro dovrà essere messo in rete con quello esistente, al fine di soddisfare il fabbisogno sanitario.

L'obiettivo finale è quello di portare a regime ed estendere le reti di patologia, considerata l'efficacia delle cure e il gradimento registrato da parte di operatori e cittadini, e di sviluppare progetti per rafforzare la centralità del paziente, coinvolgendolo attivamente nella costruzione e nella gestione del proprio fascicolo socio sanitario personale tramite CRS-SISS.

La rete di patologia rappresenta la naturale risposta a queste esigenze, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, socio sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.



RETE ONCOLOGICA LOMBARDA (ROL)

L'obiettivo regionale è di estendere e specializzare in ambiti differenti la rete già presente, prevedendo in primo luogo la ricerca scientifica e la collaborazione con partner pubblici e privati, oltreché la possibilità di utilizzare la piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti alla ROL in contesti di ricerca d'avanguardia.

Seguendo il percorso regionale individuato, l'Azienda ha risposto pienamente attraverso lo sviluppo del progetto ROL-3 nell'anno 2011 e si prefigge un ulteriore impegno anche per il successivo triennio.

Il Progetto ROL-3, coordinato dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, sarà esteso con l'opportunità di fruire della piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti in contesti di ricerca d'avanguardia. Particolare attenzione sarà posta alla gestione globale del paziente anche in fase avanzata di malattia rendendo sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie, e sociali individuate ed operative secondo matrici di responsabilità che costituiscono l'indispensabile rete attorno al paziente oncologico. La rete oncologica sarà la prima ad essere valutata rispetto agli indicatori di integrazione forte realizzati (commissioni, dipartimenti, servizi comuni, protocolli condivisi, convenzioni per collaborazioni professionali, sistemi informativi integrati, coinvolgimento dei volontari, campagne di comunicazione, pubblicazioni, ecc.) e del loro impatto (misurazione) in termini di vantaggio economico e organizzativo delle aziende sanitarie e di soddisfazione e partecipazione dei pazienti, cittadini, comunità.



RETE TRASFUSIONALE

La Regione Lombardia, attraverso un attento lavoro di programmazione negli anni, ha garantito la piena autosufficienza di sangue ed emocomponenti, raggiungendo elevati livelli di qualità e sicurezza a tutela e garanzia sia dei riceventi che dei donatori, grazie anche al lavoro in sinergia di tutti gli operatori direttamente coinvolti nel processo donazione/trasfusione.

Anche per l'anno 2012, in un continuum con l'anno precedente, l'Azienda parteciperà al progetto **Sistema Trasfusionale Regionale**, impegnandosi nella realizzazione del piano annuale di programmazione e compensazione di unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati, e nell'adozione di un sistema integrato di indicatori di efficienza ed efficacia per il monitoraggio del sistema sangue.

RETE RENE

L'avvio del progetto sperimentale relativo alla rete nefrologica (RENE) ha cominciato a dare i primi risultati. È stato rivisto il registro di dialisi e trapianto, utilizzando il supporto della piattaforma tecnologica CRS-SISS, il quale, oltre a fornire informazioni a fini statistici, epidemiologici e di analisi e ricerca, permetterà di definire l'entità delle patologie ed impostare un approccio razionale sia alla diagnosi che alla terapia dei pazienti, per un utilizzo appropriato delle risorse.

L'Azienda, in questo ambito, prevede nel 2012 l'adesione al progetto **Nefrologica Lombarda (ReNe)** e il perfezionamento della infrastruttura tecnologica a supporto della rete e della implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell'ambito dei servizi attivati nel sistema nell'ambito dei servizi attivati nel sistema SISS.



RETE REL

Anche per quanto concerne l'avvio del progetto sperimentale relativo alla rete ematologia (REL) è necessario sottolineare i notevoli risultati raggiunti. Infatti, è stato implementato il registro delle malattie ematologiche e, attraverso eventi formativi, già avviati nell'ambito della REL, si andranno a sviluppare le necessarie sinergie tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti, al fine di garantire non solo alta qualità delle cure, ma anche un sistematico e rigoroso controllo dei rischi correlati ai trattamenti sanitari.

L'Azienda, per l'anno 2012, parteciperà al progetto **Ematologica Lombarda (REL)** attraverso la formalizzazione della convenzione con l'Ente attuatore e l'accettazione dei PDT per mielomi, mielodisplasie, linfomi e LMC.

RETE DELLE CURE PALLIATIVE E RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La Regione Lombardia, con l'obiettivo di completare l'implementazione della rete per le cure palliative, prosegue nel percorso iniziato nel 1998, in continuità con la programmazione prevista nei precedenti PSSR e, con la prospettiva di garantire ancora il livello di eccellenza storicamente raggiunto.

L'Azienda, nell'anno 2012, si impegna nella partecipazione al progetto regionale **Cure Palliative e Terapia del Dolore**, ponendo particolare attenzione alla condivisione e monitoraggio dei percorsi e alla partecipazione a specifici programmi regionali di formazione rivolti a professionisti e volontariato.



TRAPIANTI

La medicina dei trapianti ha in Lombardia aree di assoluta eccellenza, e negli ultimi anni è in costante incremento. Va quindi garantito il mantenimento degli *standard* di attività e di qualità raggiunti anche per la rilevanza che tale attività riveste in ambito interregionale. La Regione monitorerà costantemente l'attività di reperimento degli organi, con programmi di formazione professionale e di sensibilizzazione del cittadino, da attivare con la collaborazione anche delle ASL. Verrà costantemente verificata l'appropriatezza dell'intero processo, dalla segnalazione al trapianto, per migliorare i soddisfacenti livelli raggiunti.

L'Azienda, nel proseguo di quanto effettuato nel 2011, ha identificato una serie di obiettivi ambiziosi per il 2012 e il successivo biennio.

In particolare, per l'anno in corso, si prevede di raggiungere:

- Prelievi multiorgano: conferma del numero di segnalazioni di potenziali già assegnato nel 2011 (1 donatori);
- Prelievo di tessuti:
 - numero di donatori di cornea pari ad almeno il 10% dei deceduti in ospedale
 - prelievo pari ad almeno il 10% delle protesi d'anca impiantate in elezione;
- Attività formativa rivolta al personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e prelievo di organi e tessuti;
- Utilizzo "Donor Action/Manager" (debito informativo verso la Regione).



RELAZIONI INTERNAZIONALI

Due nuovi elementi di contesto per il 2012 sono dati in particolare da:

- la recente Direttiva 2011/24/UE (che va recepita entro il 2013), che promuove il diritto dei cittadini europei di farsi curare in uno Stato Membro diverso da quello di appartenenza, promuovendo tra l'altro la costituzione di "reti sanitarie europee".
- l'aggravarsi della crisi economico-finanziaria internazionale che pone problemi di sostenibilità delle cure a tutti i sistemi sanitari basati su principi di universalità e uguaglianza.

Tra gli obiettivi regionali in tema di relazioni internazionali, particolare attenzione verrà riposta nella costruzione di una rete di "Alleanze Sanitarie" internazionali con sistemi regionali e nazionali avanzati in Europa e nel mondo o in Cooperazioni a favore di paesi in via di sviluppo.

Lo strumento del gemellaggio tra aziende sanitarie, sotto la *governance* dell'assessorato alla Sanità, ha evidenziato nella scorsa legislatura una notevole potenzialità nel settore della cooperazione allo sviluppo e sarà, in questo quadro, ulteriormente messo a punto. Si avrà così un potenziamento della promozione del sistema sanitario lombardo e dell'immagine della Lombardia nel mondo, anche con positive ricadute sui nostri professionisti coinvolti.

L'Azienda, in linea con quanto sopra espresso, per l'anno 2012 prevede di proseguire il gemellaggio avviato lo scorso anno con l'ospedale Makassed di Gerusalemme e di vagliare ulteriori possibilità di sviluppo e cooperazione internazionale.

COMUNICAZIONE

La comunicazione si qualificherà sempre più come strumento per orientare il cittadino e gli *stakeholder* agli indirizzi e conseguentemente alla programmazione degli interventi, basati sull'attenzione dei segnali espressi dal territorio, anche mediante il dialogo con i cittadini. Sarà curato l'ascolto dei bisogni oltre che l'informazione, così da favorire la partecipazione attiva di tutti ad utilizzare, secondo i principi di centralità del cittadino, nel modo più appropriato, il sistema sanitario lombardo in una dimensione di condivisa responsabilità della salute.

L'Azienda, per l'anno 2012, si propone di elaborare un piano di comunicazione pregnante e significativo e di anticipare tramite e-mail alla Struttura "Progettazione e Sviluppo Piani, Comunicazione " tutti i progetti di comunicazione che intende realizzare a marchio SSRL, indicando altresì il tema dell'oggetto dell'iniziativa, il mezzo di comunicazione, il target e le quantità previste.

LOGISTICA OSPEDALIERA: AREA FARMACI, DISPOSITIVI E ALTRI MATERIALI

La Regione Lombardia ha promosso ed effettuato indagini approfondite sull'organizzazione della logistica dei beni nelle aziende sanitarie ed ospedaliere.

Le evidenze emerse da tali studi indicano che un approccio condiviso nella gestione logistica del farmaco, attraverso l'utilizzo di magazzini centralizzati e l'accentramento delle operazioni logistiche, rappresenta una delle soluzioni a più alto potenziale di efficienza.

A tal proposito, entro il mese di giugno 2012, di concerto con le altre Aziende ospedaliere, le Fondazioni IRCCS e la ASL della Città di Milano, l'Azienda predisporrà un progetto di integrazione logistica del farmaco, dei presidi, dei laboratori di analisi, delle attività di sterilizzazione oltre che dei servizi amministrativi e generali aziendali, in conformità alle seguenti funzioni:



- programmazione degli acquisti in funzione dell'integrazione logistica;
- gestione logistica dei magazzini, con processo di concentrazione delle funzioni logistiche;
- implementazione di un sistema informativo di supporto per tutta la rete;
- Integrazione dei servizi amministrativi e generali aziendali.

PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La programmazione per l'area della salute mentale nel 2012 prende le mosse dagli obiettivi di sviluppo raggiunti negli ultimi anni e dalle innovazioni introdotte in psichiatria all'interno del sistema sanitario lombardo.

Gli organismi di coordinamento per la salute mentale ed i tavoli territoriali interistituzionali, per la psichiatria e per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sono strumento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi.

La pianificazione nel 2012 per l'area NPIA deve evidenziare quanto emerso dalla rilevazione delle attività ordinarie, dal lavoro dei progetti regionali attuati e dal contributo del GAT (Gruppo Approfondimento Tecnico) sull'acuzie psichiatrica in adolescenza, nonché i nuovi progetti di NPIA e le aree prioritarie di intervento e di approfondimento previste nel 2012.

In tale ambito va inserito il problema di una maggiore integrazione di Psichiatria e NPIA per l'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza e al ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni.

L'Azienda, per l'anno 2012 e successivo biennio intende fornire ulteriore impulso a quanto fino ad ora effettuato nell'area della Psichiatria e della NPI e, a tal proposito, ha individuato per le diverse aree degli obiettivi ambiziosi.



In particolare, per quanto concerne l'area della psichiatria, le azioni individuate sono:

- aggiornamento della funzione dell'SPDC nell'ambito delle attività del dipartimento di salute mentale in linea con le indicazioni presenti nel documento finale del GAT sul ruolo dell'SPDC;
- Partecipazione a corsi di formazione attivati da EUPOLIS;
- Adozione nuovo applicativo per la registrazione delle prestazioni ;
- Completezza nella rendicontazione dei dati.

Relativamente all'area della NPI, i principali obiettivi sono riassumibili nei seguenti punti:

- Strutturazione di modalità di accesso ambulatoriale prioritario per la gestione del pre e post APA;
- Rilevazione della situazione strutturale e organizzativa esistente presso i PS/DEA nell'ottica dell'individuazione di spazi dedicati presso i quali poter effettuare OBI NPIA;
- Rilevazione della situazione esistente nei reparti pediatrici e SPDC rispetto all'appropriatezza strutturale e organizzativa in caso di eventuali ricoveri di APA;
- Informatizzazione UOMPIA prevedendo l'integrazione al SISS



5.3 La programmazione gestionale aziendale (Tabella C Indicatori)

La programmazione aziendale si è strutturata, come previsto annualmente, attraverso la metodica dei budget operativi, con i quali sono stati negoziati gli obiettivi tra la Direzione Strategica e i vari Direttori di unità operative complesse, sia di area sanitaria che amministrativa.

L'evoluzione prevedibile della gestione, sulla scorta di quanto precedentemente anticipato, si indirizza verso alcuni obiettivi definiti sia dalla pianificazione strategica, sia in sede di contrattazione regionale e di budget interno, quindi tenendo conto tanto degli indirizzi regionali, quanto delle capacità e delle risorse interne all'Azienda, nell'ottica di promuovere una razionalizzazione complessiva dell'Azienda tesa alla continua ricerca dell'efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Come anticipato, gli obiettivi strategici dell'Azienda sono stati tradotti e declinati in attività attraverso il processo di budget, con il quale sono state allocate le risorse e definiti gli obiettivi specifici dei dipartimenti e, all'interno di questi, delle singole strutture. Con il budget annuale è stato definito chi fa cosa, in quanto tempo, con quali risorse, gli strumenti per misurare i risultati e chi ha la responsabilità dei risultati.

Per tutte le attività sopra descritte, l'Azienda ha attivato un monitoraggio continuo relativo allo stato di avanzamento del lavoro e al corrispondente grado di raggiungimento dell'obiettivo prefissato, attraverso l'implementazione di un sistema di reportistica mensile. In tal senso, anche attraverso delle azioni di forecasting, l'Azienda si riserva la possibilità di attivare eventuali azioni correttive nel corso dell'anno rivedendo il budget inizialmente assegnato e, conferendo così particolare flessibilità allo strumento di budget.



Di seguito, vengono sommariamente descritte le diverse fasi che hanno caratterizzato il processo di budget aziendale.

- Analisi preliminare, predisposizione dell'architettura base di supporto al processo, stesura dei documenti e individuazione degli obiettivi di budget;
- Compilazione della scheda di budget ;
Attraverso tale strumento, indispensabile ai fini del processo, vengono presentate al Centro di responsabilità le informazioni relative alla struttura, con particolare riferimento ai dati di attività rilevati nell'ultimo anno, definiti sia in termini sintetici che analitici, e la proposta di budget per l'anno di riferimento. La scheda contiene inoltre gli obiettivi individuati e riconducibili alla specificità della struttura nonché una griglia di indicatori finalizzati alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi
- Incontri tra la Direzione Strategica supportata dal Controllo di Gestione e i singoli responsabili delle strutture per la negoziazione degli obiettivi;
- Assegnazione definitiva dei budget ai Dirigenti;
- Monitoraggio dell'attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- Report finale e analisi scostamenti.

Il processo di budgeting all'interno dell'azienda è, per espressa scelta della Direzione Strategica, un processo negoziale. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno sempre condivisi e concordati, rappresentando gli elementi per la valutazione annuale dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti coinvolti nel processo negoziale.



6 Le dimensioni di analisi e la misurazione delle Performance attraverso gli indicatori di risultato

Nell'ambito della costruzione ed elaborazione del Piano, la misurazione e valutazione della performance, rappresenta un momento fondamentale del processo.

Il sistema di misurazione e valutazione è costituito dall'insieme coerente ed esaustivo delle metodologie, modalità e azioni che hanno ad oggetto la misurazione e valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Azienda di pervenire in modo sistemico a misurare e valutare la performance organizzativa e individuale.

L'approccio metodologico aziendale utilizzato, consta di due fasi: dapprima sono state individuate le dimensioni oggetto d'analisi e, successivamente, per ognuna di queste, una molteplicità di indicatori rappresentativi della attività aziendale effettuata.

Le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali strategici, di programmazione e gestionali. Le dimensioni individuate, con specifico riferimento al livello strategico sono:

- Economicità (equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento)

- Efficacia esterna (impatto sui bisogni). L'efficacia esterna riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività a cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica. L'Azienda Sanitaria identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno ed in particolare in termini di risposta ai bisogni. Ex ante sono identificati gli impatti che l'attività si propone di produrre sull'ambiente di riferimento e sui bisogni della collettività. Ex post vengono forniti elementi utili a valutare se gli impatti previsti si sono realmente prodotti. Tale dimensione misura gli esiti clinici (outcome) delle cure, nonché la loro



appropriatezza, in linea con gli orientamenti del PSSR e delle delibere di applicazione, ma con riguardo alle specialità e quindi ai processi specifici che vengono generati dalle singole aree di cura.

- **Efficacia organizzativa** (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità)

- **Efficacia interna**, che misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità. L'efficacia interna è sinonimo di efficacia gestionale, cioè della capacità di raggiungere obiettivi definiti in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di output prodotta.

Con riferimento al livello programmazione le dimensioni oggetto di misurazione sono direttamente legate allo stato di avanzamento dei progetti strategici. La misurazione riguarda dunque la valutazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse.

Con riferimento al livello gestionale le dimensioni da monitorare sono:

- **Efficienza**: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.

- **Qualità dei processi e dell'organizzazione**. Per qualità dei processi e dell'organizzazione si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari.

- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza. Se l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni, è evidente come tale dimensione sia strettamente correlata alla fruizione dei risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente. Dall'altro lato la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

Come anticipato poc'anzi, il Piano prevede l'individuazione di indicatori quali strumenti di misurazione delle politiche e della performance, sia individuale sia organizzativa. In pratica, si tratta di rilevare come l'attività o il processo produca concretamente effetti positivi su specifici o generali aspetti della realtà sociale aziendale e per tutti i portatori di interesse, anche in riferimento ad una migliore risposta ai bisogni della collettività. Il principio cardine della misurazione della performance, è costituito dalla verifica dei risultati conseguiti dall'Azienda nel suo complesso, dall'ambito organizzativo a cui sono riconducibili specifiche responsabilità, così come delle singole unità di personale sulla base di un attenta osservazione dell'andamento dei processi di carattere endo-organizzativo, del livello di efficienza/efficacia/rendimento di attività e servizi, così come delle effettive condizioni di impiego del personale.

Il riferimento ultimo, gli indicatori, sono informazioni critiche, sintetiche, significative e prioritarie che permettono di misurare l'andamento aziendale nei suoi più svariati aspetti. Sono informazioni critiche, in quanto su di esse il management opera le proprie scelte; sintetiche, perché espresse da una variabile semplice o composta; significative, in quanto ben rappresentano i fenomeni aziendali alle quali si riferiscono; prioritarie, per la loro natura irrinunciabile nei cicli di pianificazione e controllo a tutti i livelli aziendali (strategico, direzionale, operativo); permettono di misurare l'andamento aziendale in quanto sono rappresentate da variabili quantitative o qualitative comunque confrontabili.



Grazie ad essi, il management non solo misura i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio, ma pianifica e programma le attività aziendali (definendo obiettivi misurabili nel breve e medio periodo), misura gli scostamenti tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e intraprende le azioni necessarie per correggere i gap, ovvero gestisce con metodo l'azienda o la parte di essa di cui è responsabile. Un buon sistema di indicatori a misura delle prestazioni permette la rilevazione tempestiva di criticità che altrimenti, con la sola contabilità, potrebbero essere rilevate troppo tardi. Le performance non possono essere osservate solo da un punto di vista economico-finanziario, infatti, i dati contabili solo in parte rilevano la dimensione strategica della gestione e solo nel medio-lungo periodo.

La misurazione delle performance delle attività e dei processi aziendali richiede la definizione di un sistema di indicatori che permetta di rappresentare, in un quadro unitario e prospettico, la capacità dell'impresa di perseguire i propri obiettivi di breve, medio e lungo periodo. Non si tratta di un sistema di misure che colgono solamente i risultati conseguiti, quindi secondo una prospettiva di analisi statica, ma che è anche in grado di evidenziare la capacità dell'impresa di adattarsi alle mutazioni dell'ambiente esterno, secondo una prospettiva di analisi dinamica.

L'Azienda, coerentemente con quanto premesso, ha identificato molteplici dimensioni di analisi, e, per ognuna di queste, diversi indicatori rappresentativi dell'operato aziendale.

Come risultato del lavoro effettuato, schematicamente, vengono riportati gli indicatori attraverso i quali l'Azienda intende misurare la propria performance, inseriti all'interno delle diverse dimensioni di analisi individuate.

u

 000113



Tabella A Indicatori

PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	
DIMENSIONE DI ANALISI	INDICATORE
Economicità	Valore della produzione/Costo totale aziendale
	Fatturato totale in regime di libera professione per UO
	Fatturato totale/ Numero medici
Efficacia esterna	Tasso di fuga*
	Peso medio aziendale
	Valore DRG medio aziendale
Efficacia interna	% Riduzione prezzo servizi appaltati
Efficacia organizzativa	Tasso di obsolescenza tecnologie (valore beni-f.do amm.to/valore iniziale)

* relativo all'attività odontostomatologica



Tabella B Indicatori

PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	
DIMENSIONE DI ANALISI	OBIETTIVO
Tempistica, Efficienza, Qualità e Risultato atteso dal progetto	Screening oncologici: rendere disponibili ed esplicitare nei contratti, di concerto con la ASL, adeguati volumi di prestazioni di 1° e 2° livello, a garanzia del mantenimento delle performance di estensione ed adesione
	Prevenzione e controllo HIV / AIDS
	Equilibrio economico finanziario
	Rideterminazione fabbisogno personale per il triennio 2012-2014
	Effettuazioni assunzioni del personale a tempo indeterminato nelle aree del comparto e della dirigenza autorizzate nei piani di assunzione approvati per l'anno 2011
	Rispetto L. 122/2010 per quanto riguarda l'obbligo di riduzione del 50% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009 relativo alle forme contrattuali a TD ed a tutti i contratti atipici, confermando le eccezioni previste nella DGR 1151 del 2010 allegato C e DGR 2057 del 2011 previo parere del collegio sindacale
	Riduzione del 10% dei costi sostenuti per l'anno 2011 relativi ad assunzione di personale con contratto a TD
	Riduzione del 10% dei costi sostenuti per l'anno 2011 relativi ai contratti atipici (co.co.co., incarichi libero professionali e consulenze)
	Rispetto delle scadenze, completezza, qualità dei dati del personale (FLUPER - anno 2012, Conto annuale -esercizio 2011, Relazione al conto annuale - esercizio 2011, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE" -anno 2012)
	Presentazione Bilancio Preventivo 2012 con relazione sull'andamento degli indicatori specificando le linee delle azioni aziendali al fine di mantenere e migliorare l'andamento degli indicatori
	Limite degli investimenti autofinanziati contenute nella DGR 937/2010
	Rispetto regole di ammortamento contenute nella DGR 937/2010
	Rispetto dei termini di invio dei CET secondo le indicazioni contenute nella DGR 937/2010
	Governo dell'istituto delle ferie
	Risk Management



Tempistica, Efficienza, Qualità e Risultato atteso dal progetto

Flussi informativi Controllo di Gestione
Rispetto del meccanismo di erogazione delle quote di incentivazione a titolo di acconto
Stesura del piano di performance aziendale
Controlli N.O.C.C.
Riscossione del Ticket
Tempi di pagamento
Flussi finanziari
Contenzioso con i fornitori
Rispetto della normativa nazionale e regionale; Intesa Stato-Regione del 2005 e Patto della Salute del 2006 e successive modifiche e/o integrazioni
Rispetto integrale delle regole di gestione socio-sanitaria definite annualmente dalla Giunta Regionale
Piano Oncologico
Cure Palliative e Terapia del dolore
Piano cerebrevascolare
Rete REL
Rete ReNe
Emergenza Urgenza
Screening Audiologico Neonatale
Screening neonatale per le patologie visive
BPCO e insufficienza respiratoria
Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
Diabete
Pronto Soccorso
Sepsi
Area trapianti
Commissione Oncologica
Commissione cardio cerebro vascolare
Sistema Trasfusionale Regionale
Ospedale Territorio: EUOL: un sistema per la gestione delle emergenze -urgenze
Sperimentazione clinica dei farmaci e presidi medico-chirurgici e studi osservazionali
Processo di internazionalizzazione
Tempi di attesa



Tempistica, Efficienza, Qualità e Risultato atteso dal progetto

Farmaceutica ospedaliera
Prestazioni ambulatoriali:
Prestazioni di PS:
Ricoveri ospedalieri
Flusso endoprotesi
Flussi ministeriali
Area Comunicazione
Promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto
Promozione appropriatezza prescrittiva (Relativamente ai farmaci riclassificati di cui alla determinazione AIFA del 2.11.2010, si dovrà monitorare e verificare l'appropriatezza prescrittiva)
aggiornamento della funzione dell'SPDC nell'ambito delle attività del dipartimento di salute mentale in linea con le indicazioni presenti nel documento finale del GAT (Gruppo
Partecipazione a corsi di formazione attivati da EUPOLIS
Adozione nuovo applicativo per la registrazione delle prestazioni
Completezza nella rendicontazione dei dati
Strutturazione di modalità di accesso ambulatoriale prioritario per la gestione del pre e post APA (Acuzia Psichiatrica Adolescenza)
Rilevazione della situazione strutturale e organizzativa esistente presso i PS/DEA nell'ottica dell'individuazione di spazi dedicati presso i quali poter effettuare OBI NP/IA
Rilevazione della situazione esistente nei reparti pediatrici e SPDC rispetto all'appropriatezza strutturale ed organizzativa in caso di eventuali rيوeri di APA (Acuzia Psichiatrica Adolescenza)
Informatizzazione UOMPIA prevedendo l'integrazione al SISS
Raggiungimento obiettivi indicati nel piano annuale già presentato il 31.01.2012
Piano formazione aziendale
Formazione obbligatoria sulla prevenzione all'AIDS (legge 135/1990)
Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità attraverso EUPOLIS
Partecipazione ai corsi promossi dalla Direzione Generale Sanità in tema di Ricerca Clinica
Mutilazioni genitali femminili: partecipazione agli eventi formativi predisposti dalla DGS in attuazione alla L. n. 7/2006
Emergenza Urgenza Intraospedaliera: partecipazione del personale attivo nella rete emergenza urgenza intraospedaliera ai percorsi formativi predisposti dalla DGS sul triage in PS
Infezioni Ospedaliere Gravi: partecipazione agli eventi formativi predisposti dalla DGS in merito al monitoraggio della sepsi
Prelievo Multi Organo e Tessuti: formazione del personale medico coinvolto nel processo di donazione di organi e tessuti, attraverso gli interventi formativi proposti da DGS, sia centralmente che nelle sedi locali



Tempistica, Efficienza, Qualità e Risultato atteso dal progetto	Umanizzazione delle cure: partecipazione dei corsi organizzati da DGS rivolti al personale medico ed infermieristico coinvolto nel percorso di diagnosi cura e assistenza del malato oncologico
	Rispetto delibera 2057/2011
	LR 3/8/2011
	Logistica del farmaco, dei presidi, dei laboratori di analisi, delle attività di sterilizzazione oltre che dei servizi amministrativi e generali aziendali
	Flussi informativi sistema degli osservatori
	Sperimentazione mobilità sostenibile
	Approvazione dei bilanci di previsione senza sospensione
	Rispetto dei cronoprogrammi, dei costi e dei quadri tecnico-economici relativi agli interventi contenuti nell'ADPQ e nei successivi atti integrativi nonché nelle note attuative regionali
	Attuazione della MAC
	rendicontazione con periodicità mensile anche nel caso in cui i pacchetti prevedano di erogare prestazioni per tempi superiori al mese



Tabella C Indicatori

PROCESSO DECISIONALE: ATTUAZIONE DELLA GESTIONE	
DIMENSIONE DI ANALISI	INDICATORE
Efficienza organizzativa	Costi beni di consumo sanitario per intervento chirurgico
	Costi beni di consumo sanitario per prestazione
	Costi beni di consumo sanitario per accesso
	Costi beni di consumo sanitario per paziente
	Costo diagnostici e reagenti per UO
	N° prestazioni ambulatoriali
	Rispetto dei tempi di adozione delibere e determine
	Messa a regime procedura Equitalia finalizzata al recupero dei crediti per prestazioni sanitarie (come previsto dalla DGR 2633/2011-regole 2012)
	Firma autorizzazioni di spesa per le determinazioni dirigenziali entro 2 giorni dalla data della redazione della proposta definitiva
	Analisi puntuale su base mensile delle fatture passive in contenzioso
Qualità processi e dell'organizzazione	Risposte ai quesiti del collegio sindacale
	Predisposizione piano ferie anno 2012 e smaltimento equivalente monte ferie annuo (28 gg congedo ordinario + 4 gg festività sopresse)
	Valore medio DRG RO
	Valore medio DRG DH/DS
	%SDO ricoveri ordinari chiusi con un ritardo superiore ai 10 giorni dalla data di dimissione del paziente
	n° moduli "Applicazione del protocollo prelievo cornee" correttamente compilati/n° decessi
	% ricoveri day hospital/day surgery non confermati ai controlli ASL (campione casuale)
	%SDO DH/DS chiusi con un ritardo superiore ai 10 giorni dalla data di dimissione del paziente
	% ricoveri ordinari non confermati ai controlli ASL (campione casuale)
	Valore convenzioni con aziende ospedaliere
	Certificazione ISO (Radiologia)
	Firma dei referti con carta SISS
	N° prelievi cornee
	Area trapianti: prelievo pari ad almeno il 10% delle protesi d'anca impiantate in elezione
	N° colonscopie (diagnostiche/operative) esterne
	N° EGDS (diagnostiche/operative) esterne
	N° prestazioni operative per interni
	N° prestazioni diagnostiche per interni
	N° prestazioni ambulatoriali complesse
	N° pazienti assistiti a domicilio
	N° prestazioni ambulatoriali (cure palliative)
	N° prestazioni esterne
	N° prestazioni in convenzione
	N° donazioni
	N° plasmateresi
	N° plastrinaferesi
	N° TC
	N° RM
	N° ecografie
	N° procedure interventistiche
	N° prestazioni PS
	N° prestazioni ambulatoriali
Accessibilità e soddisfazione utente	Tempi d'attesa
	Customer satisfaction
	"-Somministrazione scheda di rilevazione sul grado di soddisfazione del paziente (dato complessivo) e di soddisfazione del personale, la disponibilità e le capacità attitudinali del personale" "-"Somministrazione scheda di rilevazione del livello di gradimento per i pazienti" "-"Elaborazione report finale entro il 31/12/2012"



7 Conclusioni

Il Piano della performance organizzativa costituisce l'impegno esplicito e pubblico della Azienda Ospedaliera San Paolo in materia di ottimizzazione della produttività dell'attività e dell'efficienza e trasparenza degli atti che regolano la vita dell'organizzazione-ospedale: rende visibili le scelte e i progetti che si effettueranno nel triennio 2012-2014, sia ai soggetti esterni interessati a conoscerlo, sia alle componenti interne. .

Il Piano, infatti, non rappresenta una banale individuazione di obiettivi strategici ed operativi da realizzare, ma prevede una chiara relazione con le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi e, soprattutto, uno stretto legame tra il Piano della performance ed i documenti di programmazione.

Il principio ispiratore, attorno al quale è stato costruito, è quello di un'organizzazione che si pensa e si progetta, apprende e corregge con il monitoraggio e, dalla riflessione su ciò che fa, programma il futuro.

Suona come una doverosa premessa, sottolineare quanto il Piano sia stato redatto, predisposto e proposto con l'apporto imprescindibile della Direzione Strategica e con i principali attori coinvolti nel governo dell'Azienda. In particolare, considerata la complessità dei singoli obiettivi pianificati, piace rimarcare l'operato di differenti team per tematiche diverse.

Tuttavia, quanto redatto, sconta evidentemente dei margini fisiologici di imprecisione dettati dalla necessità di completare i passaggi previsti per l'anno in corso, i quali, costituiscono solo una parte degli obiettivi di riorganizzazione programmati sul triennio.

Il messaggio chiaro ed inequivocabile che la Direzione Strategica ha inteso trasferire, rimarcandolo in tutta la trattazione del Piano, evidenzia un profondo sforzo finalizzato ad orientare i comportamenti aziendali verso una gestione efficace ed efficiente, volta ad individuare la miglior distribuzione possibile delle risorse sulla base di indici e metodologie



sanitarie, nel pieno rispetto del vincolo economico. Tale strategia si basa sulla consapevolezza che l'economicità della gestione vada curata con riferimento all'Azienda nel suo complesso, anche se, è sempre necessario ricordare che in un contesto in cui le risorse umane incidono sul bilancio aziendale costituendo la voce di maggior rilievo con un incidenza significativa sul totale, la corretta allocazione delle poche risorse disponibili, costituisce la priorità assoluta in termini di razionalizzazione. Il proposito aziendale di investire nell'ammodernamento delle infrastrutture e nell'aggiornamento tecnologico, nella riorganizzazione della attività libero professionale oltreché nel percorso di razionalizzazione della rete territoriale, rappresentano capisaldi di un'avveduta e lungimirante progettualità aziendale incentrata su un orizzonte temporale di lungo periodo i cui risultati, auspicabilmente, si osserveranno tra qualche anno.

Infine, l'implementazione del Piano delle Performance, valido per il triennio 2012-2014, ha presentato pubblicamente i propositi aziendali, rappresentando il primo passaggio necessario per la realizzazione degli intenti sopra descritti.



LEGA CONSUMATORI
Promossa dalle Acli nel 1971
Associazione di difesa delle famiglie,
dei consumatori e utenti



Azienda Ospedaliera

S.Paolo

Polo Universitario

Oggetto: discussione con esame approfondito del Piano di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità della Azienda ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 D.lgs 14 marzo 2013 n. 33.

In qualità di Presidente della Lega Consumatori , faccio parte del Comitato CNCU – Regioni del Ministero dello Sviluppo Economico , oltre che del CNCU stesso. Ho accettato di buon grado l'invito a discutere nel merito del Piano di Prevenzione dell'Azienda Ospedaliera S. Paolo anche perché il Comitato citato da un biennio è impegnato su una tematica analoga per la quale all'inizio 2012 si è tenuta a Milano la Conferenza CNCU – Regioni prevista dal Codice del Consumo sul tema SERVIZI PUBBLICI E PARTECIPAZIONE CIVICA .

L'esame approfondito ha accertato il puntuale riferimento alla normativa vigente , a partire dal richiamo fondamentale alla legge 7 agosto 1990 n. 241 riguardante i diritti dei cittadini di fronte alle pubbliche amministrazioni oltre alle numerose norme puntualmente citate .

Come associazione di cittadini consumatori e utenti condividiamo pienamente i contenuti e i valori etici richiamati, tutti riconducibili alla centralità del paziente e al soddisfacimento dei suoi bisogni.

Apprezziamo gli strumenti indicati per una gestione oggettivamente trasparente e l'indicazione di canali per ricevere proposte indicazioni e critiche eventuali.

Troviamo corretto e moderno la messa on line "sul proprio sito istituzionale " dei dati indicati al n. 8 del Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità.

In sintesi esprimiamo un apprezzamento per l'intero Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e programma Triennale per la trasparenza e l'Integrità e più che avanzare proposte integrative preferiamo manifestare la nostra disponibilità a continuare, il confronto, il dialogo e la collaborazione in funzione di una autentica partecipazione civica.

Milano 9 ottobre 2013

Il Presidente Nazionale

Pietro Praderi

SEDE NAZIONALE

Via delle Orchidee 4/A – 20147 MILANO
Tel. 02.48.30.36.59 - Fax. 02.48.30.26.11
www.legaconsumatori.it e-mail: milano@legaconsumatori.it

T

✓

000122



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO

ELENCO N. 57

Deliberante del 12/12/2013

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta che copia del presente atto è stata pubblicata sul sito Aziendale alla voce "Amministrazione Trasparente" dal 13/12/2013 al 28/12/2013.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Sergio Tadiello

20142 Milano – Via A. di Rudini, 8 – Tel. 028184.1 – Fax 02/8910875 – Cod. Fisc. 80102370154 – P.IVA 04444150157

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

e-mail – direzione.amministrativa@ao-sanpaolo.it