



# **FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO “CARLO BESTA”**

## **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’ E ORGANIZZAZIONE P.I.A.O. 2025 – 2027: INTEGRAZIONE**



## Indice

PREMESSA .....	3
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA .....	4
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	4
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - VALORE PUBBLICO .....	4
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE .....	13
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	20
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	45
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	45
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	53
3.3 SOTTOSEZIONE - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2025-2027 .....	58
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	61

## **PREMESSA**

L'articolo 6, comma 6, del Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”* prevede che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il **Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.)**

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)** previsto dall’articolo 6 del citato Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, dal 30 giugno 2022, mediante emanazione del DPR n. 132 recante *“Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80”*, assorbe molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente: Piano della performance, Piano dei fabbisogni del personale, Piano sul lavoro agile, Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, con l’obiettivo di razionalizzarne la disciplina in un’ottica di massima semplificazione.

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.)** della Fondazione C. Besta è conforme alle modalità redazionali indicate nel suddetto DPR n. 132/2022 e tiene conto inoltre delle indicazioni operative fornite dalla circolare n. 2/2022 del 11/10/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica recante *“Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80”*.

Il presente Piano si compone di Sezioni a loro volta ripartite in Sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Esso è il frutto pertanto della collaborazione e del contributo delle diverse unità operative e strutture competenti nei suddetti ambiti.

Vengono indicate di seguito le sezioni e relative sottosezioni di cui si compone il Piano Integrato di Attività e Organizzazione:

Sezione 1. SCHEDA ANAGRAFICA della Fondazione

Sezione 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

Sottosezione di programmazione - Performance

Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

Sezione 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Sezione 4. MONITORAGGIO



## Sezione I – SCHEDA ANAGRAFICA

### Denominazione Ente:

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”

### Sede legale:

Via Celoria n. 11, Milano 20133

### Sedi decentrate:

via Temolo n. 4, Milano, laboratori di ricerca  
via Clericetti n. 2, Milano, uffici amministrativi e direzionali  
via Amadeo n. 42, Milano, laboratori di ricerca  
via Clericetti n. 22, Milano, ambulatori  
via Puecher n. 7/9, Milano, ambulatori

Indirizzo PEC: [protocollo@pec.istituto-besta.it](mailto:protocollo@pec.istituto-besta.it)

Telefono n. 02.23941 (centralino)

Fax n. 02.70638217

Codice Fiscale: 01668320151

Partita IVA: 04376340156

## Sezione 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta”, di rilievo nazionale, si configura statutariamente quale Fondazione di partecipazione, nella quale assumono particolare rilevanza i soggetti rappresentati in seno al Consiglio di Amministrazione. La Fondazione Besta annovera tra i Fondatori Regione Lombardia, Ministero della Salute e Comune di Milano che hanno, in seno al Consiglio di Amministrazione, una specifica rappresentanza.

Sono **Organi** della Fondazione: il **Presidente**, il **Consiglio di Amministrazione**, il **Direttore Generale**, il **Direttore Scientifico**, il **Collegio Sindacale**, il Collegio di Direzione

Il 15 luglio 2006 l'Istituto Neurologico “Carlo Besta”, fondato nel 1918 e classificato dal 1981 come Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è stato trasformato in Fondazione IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico, ai sensi del decreto legislativo n. 288 del 2003. L'attività della Fondazione è disciplinata dallo Statuto approvato con deliberazione della Giunta Regionale del 7 marzo 2012, n. 3080.

In data 24 giugno 2009 con atto notarile (repertorio n. 99004) è stata stipulata una convenzione che ha sancito l'ingresso della Fondazione Mariani nella Fondazione “Carlo Besta” quale primo partecipante privato al fianco dei fondatori pubblici.

## Il contesto

Le patologie neurologiche costituiscono una importante “sfida di trattamento di cura e presa in carico” di sanità pubblica, riguardano tutte le età, evolvono spesso verso la cronicità, possono causare gravi disabilità che hanno un forte impatto sugli assistiti, le loro famiglie, sul sistema socio-economico. In Europa queste patologie, come riportato in molti studi recenti, sono all’origine di circa il 35% della disabilità causata da malattie.

Stiamo assistendo al passaggio da uno scenario contraddistinto dalla prevalenza di malattie trasmissibili come le infezioni, ad uno caratterizzato dalle malattie croniche non trasmissibili correlate all’invecchiamento della popolazione ed all’evoluzione delle conoscenze e terapie medico-chirurgiche che portano alla cronicità malattie caratterizzate in precedenza da elevata mortalità; si tratta della cosiddetta “transizione demografica ed epidemiologica” che sta minando la “sostenibilità” dei sistemi socio-sanitari così come oggi sono concepiti e sta accrescendo la preoccupazione e le difficoltà di chi deve valutare, in maniera globale, la salute e la disabilità (motoria e sensoriale, cognitiva, psicoemotiva e viscerale) delle popolazioni.

Cresce l’attenzione al carico assistenziale sempre più rilevante che deriva dalle patologie neurologiche spesso invalidanti: le malattie neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica), i tumori del sistema nervoso, le patologie autoimmuni (Sclerosi Multipla, Miastenia), le epilessie, le malattie degenerative genetiche e le malattie dello sviluppo infantile e dell’adolescenza i disordini della coscienza

In questo contesto si inserisce la rapida evoluzione delle neuroscienze, accompagnata dal continuo sviluppo di nuove tecnologie e capacità diagnostiche e terapeutiche, oltre che l’applicazione di modelli gestionali che necessariamente devono coniugare efficienza gestionale con l’efficienza diagnostica e terapeutica per il benessere dell’individuo e la sostenibilità del “sistema salute”. Uno sforzo straordinario è in corso, in questo senso, a livello internazionale.

A fronte della crescente domanda di salute in questo ambito, vi è da tempo, a livello nazionale e regionale, un’attenzione alla programmazione delle risorse destinate ai livelli di assistenza, alla verifica dell’appropriatezza della spesa, alla definizione di regole di finanziamento che spingono verso modelli gestionali più parsimoniosi, ma maggiormente efficaci per la cura del paziente, attraverso una modifica della politica tariffaria (DRG e prestazioni) orientata a ridurre, dove possibile, il ricorso ai ricoveri grazie alla progressiva evoluzione tecnologica e organizzativa.

La pandemia di Covid-19 è stato uno “stress test” per il sistema socio-sanitario e per molte organizzazioni sanitarie che una volta chiusa la fase “emergenziale” ed in presenza della costante crisi di “finanziamento” del sistema salute devono affrontare la “sfida della cronicità” e ripensare a modelli organizzativi più efficaci ed efficienti nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici in grado di assolvere ai nuovi bisogni di cura e di assistenza. L’elevato impatto disabilitante ed il complessivo rapporto costo/beneficio a carico delle malattie neurologiche, dovrebbe far considerare questo ambito prioritario nei criteri di allocazione delle risorse di sistema.

A livello regionale, nazionale ed internazionale le linee programmatiche in ambito socio-sanitario e di ricerca biomedica sono orientate a sviluppare e implementare approcci di Medicina Personalizzata e di Precisione, in linea con le strategie europee che vengono sviluppate nel nuovo programma quadro HORIZON EUROPE. Parimenti in ambito tecnologico vi è una forte spinta, sia da parte di Regione Lombardia che da parte del Ministero della Salute (D.lgs. 200, del 23/12/2022), che in campo internazionale, ad investire sempre maggiori risorse promuovendo a) modelli organizzativi che coniugano assistenza e ricerca, privilegiano la collaborazione in Rete, al fine di migliorare l’accessibilità alle cure e ottimizzare i costi/benefici, b) strategie volte all’implementazione di piattaforme tecnologiche e investimenti in attività con alto potenziale di trasferimento tecnologico, c) bandi di ricerca volti a finanziare lo sviluppo di tecnologie avanzate al fine di contribuire allo sviluppo di nuove conoscenze, metodologie, trattamenti diagnostico-terapeutici. Sul fronte della

ricerca biomedica, le neuroscienze hanno avuto un'evoluzione recente nell'ambito della medicina molecolare, della biologia cellulare, della medicina di precisione, che aprono possibilità straordinarie alla diagnosi e alla cura sempre più efficace e attenta agli esiti delle patologie. Forte impulso in tale senso viene dato dall'applicazione di modelli di Intelligenza Artificiale.

Nel contesto più generale di ottimizzazione degli investimenti in ricerca si inseriscono:

- 1) la partecipazione ai Programmi Operativi Salute (POS);
- 2) lo sfruttamento delle potenzialità di infrastrutture quali Human Technopole che agisce da polo scientifico a sostegno della ricerca altamente innovativa con un approccio multidisciplinare ed integrato, volto a garantire la più ampia accessibilità per la comunità scientifica, trasparenza e verificabilità dei risultati;
- 3) il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede un insieme integrato di investimenti e riforme orientato a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività del Paese, a favorire l'attrazione degli investimenti e in generale ad accrescere la fiducia di cittadini e imprese;
- 4) il Piano Nazionale Complementare (PNC) al PNRR volto al potenziamento della ricerca di base e applicata e la promozione del trasferimento tecnologico. per migliorare la digitalizzazione e l'accessibilità dei vari siti attraverso la creazione di reti di riferimento nazionali nell'ambito delle Scienze della Vita e di sviluppare servizi, strumenti e risorse utili a colmare il divario tra ricerca e innovazione, promuovendo lo sviluppo tecnologico e la valorizzazione internazionale della ricerca del nostro Paese.

### **La Fondazione Besta e il contesto**

Dopo il periodo pandemico da Covid-19, la sfida del Paese delineata nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) vede la Fondazione impegnata in prima linea nel raggiungimento degli obiettivi di salute (target M6), attraverso l'aggiornamento e lo sviluppo tecnologico e digitale, rafforzando in tal modo il proprio ruolo di centro di eccellenza di riferimento per molte delle reti di diagnosi e cura di patologie neurologiche per l'età adulta, infantile e adolescenziale, proseguendo la rilevante attività di ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze con un ruolo importante anche nella formazione di personale altamente specializzato, contribuendo pertanto al rilancio del sistema salute coniugato alla ricerca.

Nell'ambito dell'attività clinico-assistenziale si sta operando per implementare e strutturare servizi di telemedicina attraverso il teleconsulto tra professionisti, la televisita ed il telemonitoraggio dei pazienti, con conseguente rivisitazione dei PDTA, gli investimenti in ambito di digitalizzazione di tutti i processi sanitari e amministrativi collegati all'offerta dei servizi e alla loro gestione. L'eccellenza e l'innovazione nella gestione clinico-assistenziale del paziente permette alla Fondazione di rispettare elevati standard qualitativi per essere riconosciuti come Centro di Riferimento a livello europeo all'interno di 9 European Reference Networks (ERNs). In linea con il Decreto Legge 200/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico", che ha modificato in maniera importante la legge 288/2003, la Fondazione ha introdotto nel POAS 2022/2024, confermato nell'aggiornamento POAS 2024, una strategia di rafforzamento e semplificazione della "governance" aziendale che identifichi un modello organizzativo e di gestione integrato e orientato alla ricerca, che responsabilizzi tutti gli organi strategici (Presidenza, Direzione Generale e Direzione Scientifica) al raggiungimento congiunto dei risultati. Infine, la Fondazione contribuisce per quanto richiesto, alla definizione delle politiche di ricerca del Ministero della Salute, con il fine di implementare la qualità della ricerca sanitaria e la trasferibilità dei risultati e con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

Il coinvolgimento attivo nello sviluppo di infrastrutture di ricerca e nell'implementazione tecnologica, anche in termini di trasferimento dei risultati alla pratica clinica e protezione e

valorizzazione dei prodotti di ricerca (brevetti) (socio fondatore, con gli altri 3 IRCCS pubblici, della Fondazione Innovazione Trasferimento Tecnologico – FITT; partecipazione in qualità di Spoke di II livello al progetto PNC – TT – E3 “PerfeTTO”) permette alla Fondazione di essere uno degli attori primari nello sviluppo di nuove conoscenze e nuovi modelli organizzativi della ricerca che potrà trovare un’articolazione anche nel *Nuovo Besta* all’interno del progetto Città della Salute e della Ricerca.

In linea con le azioni strategiche di medio/lungo periodo su tematiche di ricerca e innovazione in ambito di neuroscienze, la Fondazione, attraverso la stipula di un accordo con il Politecnico di Milano, ha istituito le *Joint Reserach Platform*, laboratori di ricerca congiunti - LEARN Lab (Laboratory of E-Health Technologies and Artificial Intelligence Research in Neurology), MIND Lab (Laboratory of coMputational multl-omics of Neurological Disorders), BrainNs Lab (Brain-targeted Nanotechnologies) - con lo scopo di sviluppare ricerche avanzate e complesse dall’alto contenuto sperimentale e innovativo, consolidare rapporti duraturi per investimenti in ricerca e sviluppo a lungo termine, investire nella crescita delle risorse umane del futuro, supportando dottorati di ricerca e giovani ricercatori.

La Convenzione Quadro con l’Università di Milano, che rende la Fondazione Besta polo Universitario, rappresenta una ulteriore affermazione del suo fondamentale ruolo formativo di alta specializzazione sia in campo assistenziale che di ricerca.

In tale contesto si inseriscono:

- a) le azioni volte ad attuare le Linee di azione definite nel Piano Operativo Salute (POS) con particolare attenzione alla *Traiettorie 2 “eHealth, diagnostica avanzata, medical device e mini invasività”; Traiettorie 3 “Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata”; Traiettorie 4 “Biotecnologia, bioinformatica e sviluppo farmaceutico”;*
- b) il coinvolgimento nell’attuazione del PNRR per quanto riguarda lo svolgimento di progetti di ricerca fondamentale e/o applicata trasversale, secondo un approccio interdisciplinare, olistico e problem solving, messo in atto da reti di Università, Centri di Ricerca ed altri soggetti pubblici e privati, con l’obiettivo di rafforzare le filiere della ricerca a livello nazionale e il ruolo nelle reti strategiche europee e internazionali;
- c) le azioni per l’attuazione di progetti di Ricerca e Sviluppo con ricadute dirette sull’ecosistema lombardo e nazionale;
- d) l’attuazione di percorsi formativi universitari post laurea multidisciplinari di eccellenza nell’ambito delle neuroscienze (Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master, ecc.) e l’incentivazione alla partecipazione a programmi europei quali ERASMUS, Marie Curie Action, ERC.

### **Partecipazione ad organismi e istituzioni**

La Fondazione, in conformità alla sua *mission*, ha costituito e partecipa, con altre strutture pubbliche e private, a diversi consorzi/associazioni/società:

- Associazione **Ce.ri.S.Ma.S. (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario)** che ha lo scopo di sviluppare attività di ricerca e promozione nell’area della gestione delle organizzazioni sanitarie, anche mediante forme di collaborazioni con istituzioni pubbliche e private.
- **Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (FIASO)** che ha come scopo quello di concorrere alla ottimale qualificazione e sviluppo dell’assistenza sanitaria nonché promuovere la formazione e l’aggiornamento professionale degli operatori sanitari.

- **Fondazione CNAO** che ha come scopo la realizzazione e la gestione del Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica, nonché lo svolgimento di attività di ricerca e formazione, con particolare ma non esclusivo riferimento all'Adroterapia Oncologica.
- **Fondazione Innovazione Trasferimento Tecnologico (FITT)**, i cui soci fondatori sono i 4 IRCCS pubblici lombardi, a cui si è aggiunta nel 2023 la Fondazione IRCCS San Gerardo di Monza, che ha lo scopo di promuovere e valorizzare in Italia ed all'estero i risultati della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica del sistema italiano al fine di favorire lo sviluppo dell'economia del Paese e ha per oggetto l'attività di trasferimento tecnologico negli ambiti delle scienze della vita, delle tecnologie umane e della long life.
- **Associazione Network per la Valorizzazione della Ricerca (NETVAL)** a cui aderiscono 64 tra Università e Centri di Ricerca, tra cui anche i 3 IRCCS pubblici lombardi, ha lo scopo fondamentale di diffondere le informazioni e la cultura del Trasferimento Tecnologico in Italia attraverso iniziative volte a mettere in contatto gli Uffici di Trasferimento Tecnologico (UTT) attraverso incontri, corsi di formazione e partecipazione a gruppi tematici.
- **Disability Italian Network (DIN)**, associazione che ha come finalità la diffusione in Italia della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, ICF, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

### **Partecipazione a reti regionali, nazionali e internazionali**

La Fondazione partecipa, a livello regionale, alla **Rete delle Malattie rare** e alla **Rete delle Neuroscienze** al cui all'interno sono costituite specifiche commissioni tecniche (es. Cefalee, Epilessia, ecc.) che hanno lo scopo di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete.

A livello nazionale la Fondazione partecipa:

- **Associazione Rete delle neuroscienze e della riabilitazione (RIN)**, con sede legale presso la Fondazione Besta, che ha come scopo quello di stimolare la collaborazione tra gli IRCCS che operano nell'ambito delle neuroscienze e della neurorabilitazione, favorire la diffusione delle informazioni inerenti l'attività clinico-scientifica e coordinare le azioni a livello internazionale volte ad aumentare il rilievo e la competitività del settore delle neuroscienze e della neurorabilitazione.
- **Associazione Rete Italiana salute dell'Età evolutiva (IDEA)**, che associa gli IRCCS con specializzazione pediatrica e il cui obiettivo è quello di promuovere la ricerca scientifica e tecnologica sui temi legati alla salute in età evolutiva promuovere l'educazione e l'informazione per favorire la qualità della vita del bambino e la sua piena crescita psicofisica.

A livello internazionale partecipa:

- **European Reference Network su:**
  - Anomalie craniofacciali rare (ERN CRANIO)
  - Epilessie (ERN EpiCARE)
  - Patologie Neurologiche (ERN-RND)
  - Patologie Neuromuscolari (ERN EURO-NMD)
  - Tumori nell'adulto (tumori solidi) (ERN EURACAN)
  - Patologie Vascolari (VascERN)
  - Oncologia pediatrica (ERN PaedCan)
  - Disabilità intellettive (ERN ITHACA)
  - Sindromi genetiche predisponenti tumori (ERN GENTURIS)

Si tratta di Reti europee di riferimento per patologie specifiche ai sensi della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9/03/2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la quale, all'articolo 12, prevede lo

sviluppo di reti europee di riferimento, costituite da centri di riferimento/eccellenza appartenenti agli Stati membri.

- **Rete H.P.H. (Health Promoting Hospital)**, un progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finalizzato alla promozione della salute.
- **Centro Collaboratore italiano OMS** per la Famiglia delle Classificazioni (WHO-CC Research Branch); il Centro OMS si occupa per l'Italia dello sviluppo e della diffusione delle classificazioni internazionali e dei temi disabilità e riabilitazione.

### **Rapporti con gli stakeholder: le associazioni e volontariato**

La Fondazione vanta una storica collaborazione con numerose Associazioni e Fondazioni che si caratterizzano per le loro differenti finalità:

- assistenza e sostegno in ospedale ai pazienti e ai loro familiari,
- promozione della ricerca scientifica in campo neurologico,
- raccolta di contributi finalizzati alla ricerca,
- sostegno alle azioni divulgative e di educazione sanitaria.

Al fine di consolidare e ottimizzare il prezioso supporto che viene garantito dall'associazionismo e dalla presenza dei Volontari, la Fondazione ha istituito un apposito Registro delle Organizzazioni Non Profit al quale hanno aderito ad oggi, 45 Organizzazioni.

### **Relazioni internazionali**

La progressiva internazionalizzazione dei sistemi socio-economici riguarda sempre più da vicino anche il settore sanitario.

Come già riportato precedentemente la Fondazione fa parte di 9 Reti europee di riferimento per patologie specifiche ai sensi della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9/03/2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la quale, all'articolo 12, prevede lo sviluppo di reti europee di riferimento, costituite da centri di riferimento/eccellenza appartenenti agli Stati membri.

In quanto centro leader nelle neuroscienze, contribuisce a queste strategie con innumerevoli iniziative di livello internazionale. Fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital), un progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finalizzato alla promozione della salute.

Nell'ambito delle esperienze di gemellaggi a livello internazionale la Fondazione ha in corso e allo studio progetti di cooperazione sanitaria in area depresse, sottosviluppate o caratterizzate da particolari patologie o emergenze sanitarie. Al riguardo, nel dicembre 2022 la Fondazione Besta ha aderito all'Accordo quadro di collaborazione tra IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia per lo sviluppo di un Centro per la cooperazione sanitaria internazionale.

È Research Branch del Centro Collaboratore italiano OMS per la Famiglia delle Classificazioni (WHO-CC Research Branch), che si occupa, per l'Italia, dello sviluppo e della diffusione delle classificazioni internazionali e dei temi disabilità e riabilitazione.

A livello di ricerca sperimentale e clinica la Fondazione collabora con numerosissimi centri a livello internazionale.

### **OBIETTIVI STRATEGICI E DI VALORE PUBBLICO**

Alla luce della *mission* della Fondazione e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse disponibili, si dà evidenza delle linee di indirizzo strategico e di valore pubblico per il triennio di riferimento del presente Piano.

La Fondazione, intende perseguire la piena attuazione delle indicazioni nazionali per l'implementazione del P.I.A.O., in una logica di semplificazione e integrazione degli strumenti e dei processi di programmazione e controllo, tenendo conto anche degli obiettivi di mandato di Regione Lombardia (Regole di Sistema) e delle norme nazionali.

I punti cardine su cui la Fondazione concentrerà l'attenzione, in prosecuzione dell'attività in corso negli anni precedenti, possono essere così sintetizzati:

- Analisi economica delle modifiche introdotte con nuovi codici e nuove tariffe dal nuovo nomenclatore tariffario (in vigore dal 30/12/2024) per valutarne l'impatto e, dove possibile, proporre un eventuale riconoscimento o adeguamento tariffario (es. monitoraggio intra operatorio, specifici esami di genetica).
- Partecipazione alle Reti di Patologia al fine di aggiornare e sviluppare percorsi di cura valorizzando il ruolo di IRCCS nel panorama dell'offerta sanitaria regionale e nazionale.
- Potenziamento del livello di digitalizzazione attraverso l'implementazione della nuova cartella clinica elettronica (CCE) anche per l'area ambulatoriale e le necessarie integrazioni dei processi di supporto alla diagnosi e cura (order entry per la richiesta di prestazioni, prescrizione farmaci) anche al fine di rafforzare l'utilizzo di strumenti interoperabili e digitali.
- Recepimento delle disposizioni operative regionali in ambito cybersecurity.
- Gestione delle liste di attesa.
- Aggiornamento sito web istituzionale per migliorare l'accessibilità alle informazioni e alla fruizione dei servizi sanitari dell'Istituto, nonché la comunicazione attività di ricerca anche al fine di incrementare le attività di "fundraising".
- Attivazione e implementazione di nuovi spazi ambulatoriali per le attività dell'Istituto.
- Adesione a tutte le iniziative ed adempimento degli obblighi finalizzati alla realizzazione del Progetto Città della Salute e della Ricerca in collaborazione con Regione, la Fondazione Istituto Nazionale Tumori e Aria Spa.
- Sviluppo nuove conoscenze, nuove progettualità, sviluppo di brevetti e Trasferimento tecnologico.

Tali linee strategiche saranno tradotte in obiettivi operativi da assegnare per competenza, alle strutture della Fondazione. Il processo di negoziazione del budget per il 2025 sarà avviato nei primi mesi dell'anno.

Tra gli obiettivi strategici riportati in tabella sono evidenziati gli obiettivi con rilevante Valore Pubblico.

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILE	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO	Riorganizzazione, sviluppo e potenziamento aree strategiche di attività	• Analisi economica prestazioni sanitarie “nuove”	Sviluppo e realizzazione progettualità	2025-2027	Staff Direzione Strategica	Direzione Medica di Presidio Dipartimenti gestionali sanitari
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Riorganizzazione, sviluppo e potenziamento aree strategiche di attività	• Partecipazione alle Reti di Patologia	Sviluppo e realizzazione progettualità	2025-2027	Staff Direzione Scientifica	Direzione Scientifica
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Fascicolo sanitario elettronico	Mantenimento % 2024 dei referti di visite SSN firmati digitalmente confluiti nel fascicolo sanitario elettronico	• Monitoraggio n. referti SSN; • % referti firmati digitalmente / totale referti $\geq 99,4\%$ (con tolleranza 1% in caso di problematiche tecniche)	2025* * monitoraggio da effettuare nelle more dell'implementazione della CCE ambulatoriale	Staff Direzione Sanitaria	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Cartella clinica elettronica	Potenziamento del livello di digitalizzazione: implementazione della cartella clinica elettronica ambulatoriale	Sviluppo e realizzazione progettualità	2025-2027	SC SIA	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Cybersecurity	Recepimento delle disposizioni operative della task Force di Regione Lombardia e avanzamento attività	Sviluppo e realizzazione progettualità	2025-2027	SC SIA	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Gestione delle liste di attesa	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	- % rispetto tempi attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati – classe A $\geq 88\%$ - % rispetto tempi attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati – tutte le classi di priorità $\geq 85\%$	2025	Direzione Sanitaria	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Sito web istituzionale	Aggiornamento sito web istituzionale per migliorare l'accessibilità alle informazioni e alla fruizione dei servizi sanitari dell'Istituto	Sostituzione sito web e revisione completa dell'organizzazione e dei contenuti	2025-2026	Staff Direzione Strategica	Staff Direzione Strategica

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	RESPONSABILE	RISORSE COINVOLTE
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Edilizia sanitaria	Attivazione e implementazione di nuovi spazi ambulatoriali per le attività dell'Istituto	Attivazione procedure di accreditamento della nuova palazzina ambulatoriale e avvio attività	2025	SC Gestione Tecnico Patrimoniale e Direzione Sanitaria	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Realizzazione Città della Salute e della Ricerca (CdSR)	Adesione a tutte le iniziative ed adempimento degli obblighi finalizzati alla realizzazione del Progetto Città della Salute e della Ricerca in collaborazione con Regione, la Fondazione Istituto Nazionale Tumori e Aria SpA	Realizzazione attività in coordinamento con Regione, INT e Aria SpA	2025-2027	SC Gestione Tecnico Patrimoniale	Strutture e Funzioni secondo la competenza
OBIETTIVO STRATEGICO	Comunicazione attività di ricerca	Aggiornamento sito web istituzionale per migliorare l'accessibilità alle informazioni e Implementare i contenuti con riferimento alle attività di ricerca	Sostituzione sito web e revisione completa dell'organizzazione e dei contenuti per quanto riguarda la parte di ricerca	2025-2026	Staff Direzione Scientifica – Ufficio Ricerca	Staff Direzione Strategica/Staff Direzione Scientifica – Ufficio Ricerca
OBIETTIVO STRATEGICO E DI VALORE PUBBLICO	Nuove conoscenze, nuove progettualità e Trasferimento tecnologico	Incremento della produzione scientifica, nuovi progetti e nuove tecnologie e sviluppo di brevetti	Confronto con dati anno precedente -% di incremento n. Pubblicazioni (anno 2024: 412 lavori scientifici), grado di attrattività con riferimento ai finanziamenti non strutturali (anno 2024: € 11.659.000) , incidenza investimenti in tecnologie su finanziamento totale per ricerca (anno 2024: 20%), n. proposte di nuovi brevetti e/o estensione di brevetti già in essere (anno 2024: proposte di nuovi brevetti: 3; estensioni: 2.	2025-2027	Staff Direzione Scientifica	Direzione Scientifica

Si precisa inoltre che il Piano triennale dei Fabbisogni 2025-2027 terrà conto delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi del P.I.A.O.

## 2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

### Il modello di misurazione e valutazione della performance

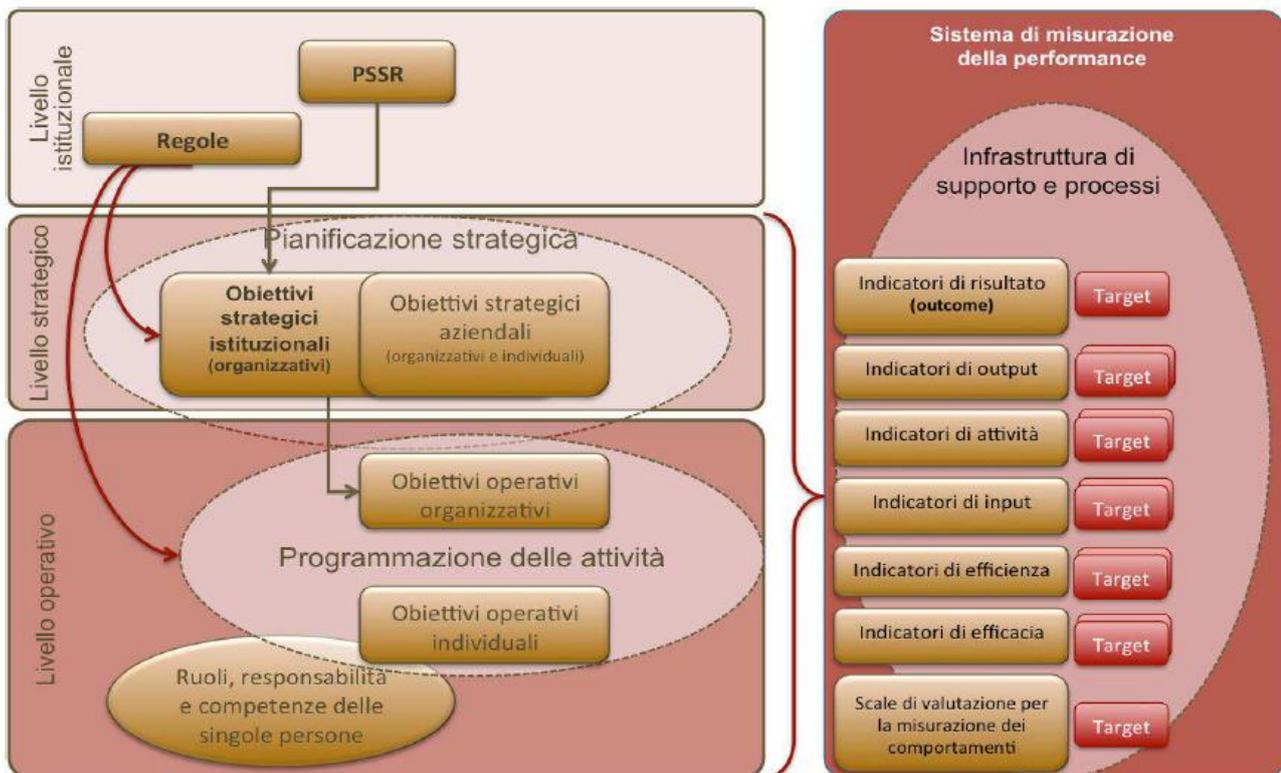
Il modello di misurazione e valutazione della performance utilizzato, ad oggi, dalla Fondazione IRCCS Carlo Besta, si basa sulla mappa logica delineata da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale (cfr. Linee guida OIV Regionale “Il Sistema di Misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde”).

Tale modello si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatorie;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance.

La figura sottostante evidenzia sinteticamente quanto sopra descritto.

### I principi ispiratori modello di misurazione e valutazione della performance



[Fonte: Linee guida OIV Regione Lombardia]

Come richiesto dalle Linee guida OIV Regionale, nella progettazione e revisione annuale del sistema di misurazione e valutazione della performance, occorre contemporaneamente i seguenti criteri:

- **LOGICA DI INTEGRAZIONE:** gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa vanno letti in un'ottica integrata con il sistema di valutazione della performance individuale e con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità;

- **COERENZA:** il sistema di misurazione e valutazione delle performance deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali di valenza strategica e nel budget aziendale;
- **ENFASI SULL'ORIENTAMENTO AL LUNGO PERIODO** già intrinseco al concetto stesso di "Piano";
- **"PRIORITIZZAZIONE":** ovvero definizione degli impegni strategici e degli obiettivi secondo la logica della priorità, individuando le aree che l'azienda intende migliorare, sviluppare, consolidare;
- **VALENZA ESTERNA:** il punto di vista assunto è quello del cittadino/utente;
- **DIALETTICA:** coinvolgimento e partecipazione degli attori chiave nello sviluppo del sistema;
- **ISO-RISORSE:** con l'intento di evitare la creazione di una sovrastruttura, ottimizzando le risorse disponibili nonché gli strumenti strategici manageriali già in essere in azienda.

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 contiene modifiche al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 riguardo alla misurazione e valutazione della performance dei lavoratori pubblici, con lo scopo di migliorarne la produttività, nonché di potenziare l'efficienza e la trasparenza in tutta la pubblica amministrazione. Il testo, ispirandosi al principio di semplificazione, introduce alcune novità per quanto riguarda il sistema premiale e di valutazione del rendimento dei dipendenti, chiarisce innanzitutto che ogni amministrazione è tenuta a misurare e valutare la performance con riferimento all'Ente nel suo complesso, la unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola ed ai singoli dipendenti, secondo le modalità indicate nel medesimo decreto e gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

La Fondazione, tenuto conto del quadro normativo, delinea il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance avendo come riferimento:

- le linee guida dell'OIV Regionale
- le "Linee guida per il Piano della performance" Ministeri (n. 1 giugno 2017)
- le "Linee guida per sistema di misurazione e valutazione della performance dei Ministeri" (n. 2 dicembre 2017) redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009
- le linee guida n. 4/2019 "Linee guida sulla valutazione partecipativa"
- le linee guida 5/2019 "Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale" redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance.

### Il sistema di misurazione e valutazione della performance della Fondazione

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito SMVP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento del ciclo della performance.

### I soggetti nell'ambito del SMVP

La definizione delle responsabilità, delle funzioni e dei ruoli dei diversi soggetti nell'ambito del SMVP è una delle componenti essenziali per l'efficace funzionamento del sistema stesso e per il suo effettivo utilizzo nei processi decisionali e gestionali della Fondazione.

Il ciclo della performance vede in prima linea i seguenti attori:

- **Consiglio di Amministrazione (CDA)** approva gli indirizzi strategici della Fondazione in sintonia con gli indirizzi generali della programmazione statale e regionale;

- il **DIRETTORE GENERALE**, la **DIREZIONE STRATEGICA** (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ed il **DIRETTORE SCIENTIFICO**, ai quali compete l'esercizio della funzione di definizione degli obiettivi da perseguire e dei piani da attuare;
- **I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DI STRUTTURA COMPLESSA** cui compete il coordinamento dell'attività, della gestione e dei risultati delle unità operative afferenti e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **I RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE**, quale articolazione interna di struttura complessa, e a valenza **DIPARTIMENTALE**, che partecipano al processo di programmazione contribuendo a definire risorse e obiettivi nella fase top down e successivamente in quella bottom up, al processo di monitoraggio e rispondono del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **TUTTO IL PERSONALE** (dirigenti e personale del comparto) destinatario del "sistema di valutazione del personale dipendente";
- **IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE** fornisce, lungo tutto il ciclo della performance un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità del SMVP.

In esecuzione della DGR XI/4942, del 29/06/2021 ad oggetto: "Attuazione dell'art. 18 bis "nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009" il Nucleo svolge le seguenti funzioni:

- a) valuta la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;
- b) verifica la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;
- c) verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;
- d) valuta la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- e) concorre a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza;
- f) esercita le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione.

### **Ciclo della performance**

Nella **prima fase** del ciclo, c.d. "Programmazione", la Fondazione definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e breve periodo. La fase di programmazione è finalizzata ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione anche dell'impatto, quale orizzonte e traguardo dell'azione della Fondazione, sui bisogni dei propri stakeholder.

Il processo si snoda attraverso una serie di fasi:

#### • **LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA**

Fase di riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali la Fondazione intende perseguirli. Essa si sviluppa e trova fondamento sui valori di riferimento della Fondazione e nell'ambito delle aree di miglioramento individuate;



### • IL LIVELLO OPERATIVO

Il punto di partenza imprescindibile è la chiara definizione delle finalità e degli obiettivi che l'Organizzazione intende perseguire e sui quali si baserà poi la misurazione, e la rendicontazione della performance.

Gli obiettivi si articolano in:

- **obiettivi strategici:** si intendono gli impegni assunti dalla Fondazione nel medio-lungo periodo (orizzonte temporale pluriennale);
- **obiettivi operativi:** si intende la declinazione degli obiettivi nell'orizzonte temporale di un anno.

Gli obiettivi operativi, a loro volta, si compongono in:

- a) obiettivi aziendali, ovvero quelli che discendono dalle regole di sistema e dalla deliberazione di Giunta Regionale di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali;
- b) obiettivi di struttura, ovvero quelli declinati per Centro di Responsabilità al fine dare attuazione agli strumenti di programmazione operativa e/o a quelli finalizzati a presidiare, migliorare o consolidare servizi/attività;
- c) obiettivi individuali, ovvero il contributo richiesto al singolo componente dell'organizzazione per l'attuazione di uno specifico processo/progetto (quando previsto).

La definizione degli obiettivi operativi è svolta al termine della fase di programmazione. Si inquadra nell'ambito del processo di budget e si connota per il taglio tecnico.

L'output di tale operazione è costituito dalle schede di budget, che ne rappresentano la sintesi attuativa.

Nel quadro del processo di attuazione e successiva gestione del ciclo della performance si inseriscono le attività di riprogrammazione degli obiettivi e degli indicatori che si dovessero rendere necessarie al fine di recepire nuovi o diversi indirizzi regionali o cambiamenti intervenuti nel corso dell'esercizio.

La **seconda fase** del ciclo c.d. "misurazione", è finalizzato a quantificare i risultati raggiunti dalla Fondazione nel suo complesso (performance di ente), i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance di Dipartimento e di S.C.); i contributi individuali (performance individuali).

La misurazione è realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisori.

Ordinariamente il Sistema prevede misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio sono documentate mediante un mirato sistema di reportistica.

Nell' **ultima fase**, così detta "VALUTAZIONE", sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati, si effettua la valutazione, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul livello di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo.

In base al Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche la fase di valutazione ha come output la **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE** che, evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano. Nella Relazione, la Fondazione inoltre evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

### **Le unità di analisi della misurazione**

La misurazione e valutazione della *performance* si riferisce ad unità di analisi differenti, ma tra loro correlate:

- ✓ la PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
- ✓ la PERFORMANCE INDIVIDUALE

Tutti gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale devono essere letti in un'ottica integrata con il "SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE", che coinvolge tutti i componenti dell'organizzazione (personale della dirigenza e del comparto), anche ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

In conformità al Sistema di Valutazione del Personale Dipendente, approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. V/135, del 18/12/2023 ad oggetto "*Regolamento per la valutazione del personale dipendente della Fondazione IRCCS Carlo Besta*", il peso attribuito ai due ambiti varia in relazione al ruolo ed alle responsabilità assegnate all'individuo, ossia con la sua posizione all'interno della struttura organizzativa.

I principi e le caratteristiche generali del modello adottato sono contenute nel Regolamento di cui alla deliberazione n. V/135, del 18/12/2023 sopra richiamata, cui si rimanda.

Il predetto documento è pubblicato sul sito internet istituzionale (Sezione Amministrazione Trasparente/Performance e Disposizioni generali/Atti Generali/Regolamenti).

#### ✓ PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La performance organizzativa è la componente del Sistema collegata alla performance della Fondazione nel suo complesso e/o delle aree di responsabilità in cui si articola. Tale performance viene valutata sulla base dei risultati raggiunti in relazione ad obiettivi quali/quantitativi derivanti dalla programmazione delle attività. In particolare si fa riferimento al Piano Performance, adottato annualmente dal Direttore Generale, ed ai successivi provvedimenti deliberativi di assegnazione degli obiettivi alle strutture complesse sulla base delle regole di sistema 2025 emanate dalla Giunta Regionale con DGR XII/3720/2024 e delle linee di indirizzo per le Fondazioni IRCCS di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali di ATS/ASST.

Più specificatamente la Performance Organizzativa ha per oggetto la valutazione di:

- **Performance di Ente** ovvero la valutazione annuale della Fondazione IRCCS Carlo Besta effettuata dal Consiglio di Amministrazione.
- **Performance di Dipartimento**, ovvero la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento, in coerenza con il processo di budget;
- **Performance di Struttura Complessa** ovvero la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza del valutato, in coerenza con il processo di budget.
- **Obiettivi di Incarico**, obiettivi che possono essere facoltativamente assegnati ai Dirigenti che ricoprono i seguenti incarichi:
  - Direttori di Struttura Complessa
  - Responsabili di SSD/SS Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Semplice
  - Dirigenti con incarichi di natura professionale
  - Titolari di incarichi di funzione

Il processo di declinazione degli obiettivi, dai livelli organizzativi più elevati della Fondazione fino alle singole unità organizzative ed agli individui che vi operano, avviene con un meccanismo "a cascata". È attraverso tale meccanismo che si crea una stretta correlazione tra la performance organizzativa della Fondazione nel suo complesso e l'attività della struttura e del singolo. In tal modo si lega il

risultato atteso e realizzato dall'organizzazione con il contributo offerto da ciascun lavoratore e la relativa incidenza sul livello di realizzazione degli obiettivi.

#### ✓ PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ha come oggetto la valutazione dei comportamenti organizzativi del singolo, ovvero le attese della Fondazione IRCCS Carlo Besta legate al ruolo ricoperto. Rappresenta una combinazione di tre elementi: conoscenze, capacità/abilità, attitudini/atteggiamenti (comportamenti organizzativi). Per il solo personale Dirigente rientra in questo ambito di valutazione la dimensione professionale concernente il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali in termini di performance tecnico-specialistiche e didattico-scientifiche (sviluppo competenze tecnico/scientifiche).

#### Gli indicatori e le dimensioni di analisi della performance

Gli indicatori rappresentano l'elemento cardine del sistema di misurazione. L'incompletezza e la scarsa precisione hanno implicazione sia sulla fase di pianificazione sia su quella di misurazione e valutazione. Il set di indicatori associato agli obiettivi deve essere caratterizzato da:

- precisione o significatività, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- completezza, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati della Fondazione.

Ciascun indicatore, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

- tempestività, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- misurabilità, capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili.

Partendo dalle unità di analisi che si decide di misurare, occorre, quindi, definire:

- quali e quanti indicatori associare a ciascun obiettivo;
- attribuire per ciascun indicatore un target, ovvero il valore programmato o atteso;
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, ovvero il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

#### La partecipazione dei cittadini e degli utenti

Le modifiche normative introdotte dal Decreto Legislativo n. 74/2017 e le "linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche" n. 4, del 2019 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della performance, hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle Amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

La previsione normativa in parola attribuisce all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in Regione Lombardia – qui da intendersi Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni (NVP) – il compito di presidiare l'applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e degli utenti, verificando l'effettiva realizzazione delle indagini, l'adeguatezza del processo di interazione con l'esterno messo in atto nonché la pubblicazione dei dati.

La Fondazione, d'intesa con il NVP, intende continuare la sperimentazione al fine di verificare l'efficacia della forma di comunicazione diretta utenti (esterni ed interni) / NVP per esprimere il proprio livello di soddisfazione sui servizi erogati.

COME PARTECIPARE	COSA COMUNICARE
con comunicazione a mezzo posta elettronica, all'indirizzo <a href="mailto:nvp@istituto-besta.it">nvp@istituto-besta.it</a>	circostanze di tempo e di luogo dei fatti oggetto di comunicazione
mediante servizio postale, con busta chiusa indirizzata a: Fondazione IRCCS Carlo Besta - Via Celoria, n. 11 - 20133 Milano, con la dicitura RISERVATA NVP	struttura laddove conosciuta
mediante posta interna, con busta chiusa da consegnare al Protocollo generale, con la dicitura RISERVATA NVP	sintetica valutazione del servizio fruito
L'identificazione del soggetto che effettua la comunicazione, sia esso una persona fisica, associazione, comitato o altra persona giuridica, è essenziale ai fini di una corretta gestione del processo. Le comunicazioni anonime non saranno prese in considerazione.	

### Utilizzo dei dati

Il Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni (NVP) analizza le comunicazioni ricevute al fine di individuare le unità organizzative interessate, evidenziare le segnalazioni rilevanti, registrare quelle ricorrenti, identificare punti di forza e di debolezza della performance organizzativa. Gli esiti del monitoraggio sono comunicati al Direttore Generale, al Direttore Scientifico, ai Direttori Sanitario ed Amministrativo secondo competenza nonché ai Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa per le conseguenti valutazioni ed adozione di eventuali azioni di miglioramento.

Restano salve le diverse altre forme di comunicazione diretta, collaborazione e partecipazione previste dalla legge e precisamente:

- l'interlocuzione con l'Ufficio Relazione con il Pubblico, quale punto di accesso unico alla Fondazione, il cui obiettivo è quello di dare attuazione al principio di trasparenza e dove il cittadino non solo può trovare informazioni riguardo alla modalità di fruizione dei servizi erogati, ma anche presentare osservazioni, reclami, elogi e proposte,
- la conoscibilità dei dati, delle informazioni e dei documenti della pubblica amministrazione (accesso agli atti ex Legge 241/1990; accesso civico semplice e accesso civico generalizzato ex art. 5, commi 1 e 2, Decreto Legislativo n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni),
- la segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione di illeciti o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico ex Legge n. 179/2018 (c.d. whistleblowing).

### 2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

La Fondazione, come da indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione che nel corso degli anni sono stati emanati da ANAC, di cui l'ultimo aggiornato al 2024 e per il triennio 2024-2026, approvato da ANAC nella seduta di Consiglio del 24/01/2024, dedicato in particolare ai contratti pubblici, individua i seguenti obiettivi strategici nella prevenzione del rischio corruttivo da applicare anche per il triennio 2025-2027, da realizzare mediante specifiche misure:

- promozione di iniziative formative (formazione generalizzata e specifica) in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della cultura dell'etica e della legalità per la sensibilizzazione del personale;
- innalzamento del livello qualitativo e monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;
- promozione di maggiori livelli di trasparenza da realizzare attraverso l'implementazione della sezione Amministrazione Trasparente e del sito istituzionale.

Le misure di prevenzione della corruzione devono essere sempre tradotte in obiettivi, organizzativi ed individuali, assegnati agli uffici e ai loro dirigenti al fine di consentire alle politiche sulla performance di contribuire alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione.

Per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di anticorruzione si declinano di seguito gli obiettivi per il 2025:

- formazione *in house* o esterna dei dirigenti delle Strutture complesse e semplici, dei dipendenti delle aree di rischio obbligatorio e delle aree di rischio specifiche; formazione del R.P.C.T. con docenza esterna;
- acquisizione semestrale dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari del numero di procedimenti disciplinari istruiti avverso dipendenti per violazioni inerenti il Codice di Comportamento Aziendale;
- acquisizione semestrale dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dei nominativi dei componenti delle commissioni concorsuali per l'accesso e la selezione a pubblici impieghi e per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
- acquisizione semestrale dalle SS.CC. Provveditorato Economato e Gestione Tecnico Patrimoniale dei nominativi dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento di beni, servizi e lavori;
- acquisizione semestrale dalle SS.CC. Provveditorato Economato e Gestione Tecnico Patrimoniale degli acquisti / lavori eseguiti sotto soglia comunitaria;
- aggiornamento dell'Albo/Elenco dei legali difensori dell'Ente.

#### Analisi del contesto esterno

La Lombardia con quasi 10 milioni di abitanti si posiziona prima in Italia per popolazione, prima per densità e quarta per superficie.

Tuttavia la regione, così come il resto d'Italia, sta attraversando un vero e proprio «*inverno demografico*»: è evidente nelle statistiche della popolazione, nella composizione della forza lavoro delle imprese e nei conti economici dello Stato. Una stagione dettata da un progressivo squilibrio generazionale che le più recenti previsioni demografiche confermano anche per il futuro, con un ulteriore inasprimento del trend a livello nazionale. La popolazione lombarda è oggi pari a 9,9 milioni ed è prevista ridursi a 9,2 milioni nel 2070, quindi del -7,5%. Il calo atteso è, dunque, consistente, ma più contenuto rispetto a quello nazionale, legato ad un contributo positivo più

significativo della popolazione straniera e alla capacità di attrarre dalle altre regioni italiane. La Lombardia si distingue dalla situazione italiana anche per una maggiore presenza stabile di stranieri, con una incidenza sulla popolazione totale dell'11,6% al 2022 rispetto all'8,5% della media nazionale. Al 1° gennaio 2022 in Lombardia si contano 4,8 milioni di persone appartenenti alle generazioni dei cosiddetti Baby boomers (nati tra il 1945 e il 1964) e alla Generazione X (nati tra il 1965 e il 1980), rispetto a 3,4 milioni di Millennials (nati tra il 1981 e il 1995) e Generazione Z (nati tra il 1996 e il 2010). Lo squilibrio è evidente: Baby boomers e Generazione X pesano per il 48,5% della popolazione totale e negli anni a venire saranno sostituiti da coorti numericamente inferiori di Millennials e Generazione Z, pari attualmente al 34,3%.

I principali fattori di squilibrio generazionale sono la denatalità, nonostante la presenza di molti cittadini immigrati (i cui tassi di fecondità sono generalmente più elevati di quelli degli italiani) ed il progressivo invecchiamento della popolazione con un indice di vecchiaia lombardo sempre più in crescita.

(Fonte relazione Assolombarda 23/07/2023)

Per quanto riguarda gli aspetti di ordine criminologico, la Lombardia, regione italiana più popolosa, attrae consistenti flussi migratori e, per la sua estensione territoriale, la particolare collocazione geografica e la presenza di importanti scali aerei e nodi viari e ferroviari, è snodo nevralgico di traffici illeciti nazionali ed internazionali. Proprio per questo motivo le diverse compagini criminose adattano le proprie strategie al fine di infiltrarsi nell'economia per sfruttare le opportunità offerte dal tessuto socio economico locale.

È da rilevare infine che, anche i settori della pubblica amministrazione e della sanità, sia pubblica che privata, sono stati interessati da inchieste e procedimenti di carattere penale.

### Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno è basata sullo studio dei processi organizzativi e degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa ed è utile al fine di evidenziare il sistema delle responsabilità ed il livello di complessità della Fondazione, cui si rimanda alla precedente sottosezione **2.1.**

### Il PNRR e la Fondazione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Italia Domani, approvato dalla Commissione Europea il 22 aprile 2021, si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU), ovvero il pacchetto da 750 miliardi di euro concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica, e prevede investimenti per l'Italia pari a 191,5 miliardi di euro, finanziati attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza.

Il PNRR, che consiste in un programma di performance, con traguardi qualitativi e quantitativi prefissati a scadenze stringenti, si sviluppa in sei Missioni, organizzate in *componenti*, ognuna delle quali comprende una serie di misure che possono essere riforme normative o investimenti economici:

- ✓ Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura – 40,32 miliardi
- ✓ Missione 2 - Rivoluzione verde e transizione ecologica – 59,47 miliardi
- ✓ Missione 3 - Infrastrutture per una mobilità sostenibile - 25,40 miliardi
- ✓ Missione 4 - Istruzione e ricerca - 30,88 miliardi
- ✓ Missione 5- Inclusione e coesione - 19,81 miliardi
- ✓ Missione 6 - Salute - 15,63 miliardi

A questi si affiancano ulteriori 30,6 miliardi di euro finanziati dal Governo italiano, per la copertura finanziaria di un Piano Nazionale Complementare (PNC) di investimento di quei progetti coerenti con le strategie del PNRR.

Relativamente alla Missione 6 – Componente 2 - *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, la Fondazione Besta è risultata assegnataria di diverse progettualità nell'ambito dei seguenti interventi:

- Investimento 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature);
- Investimento 2.1. - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

#### Investimento 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

I fondi del PNRR assegnati alla Fondazione Besta relativi a questo intervento sono destinati all'acquisto di:

- n. 1 Acceleratore lineare, insieme a n. 1 Sistema per il controllo del posizionamento del paziente e n. 1 Sistema per dosimetria in vivo;
- n. 2 Risonanza Magnetiche.

Il valore dell'investimento è pari a complessivi € 3.928.000,00 di cui: € 2.100.000,00 per l'acceleratore lineare ed € 914.000,00 per ciascuna delle due risonanze.

La centrale di committenza Consip ha provveduto ad espletare le procedure di gara. In data 16/01/2023, in data 27/01/2023 e in data 13/11/2024 sono state acquistate, attraverso la piattaforma MEPA di Consip, le suddette apparecchiature. Le economie di gara, autorizzate da Regione e dal Ministero della Salute, sono state spese per l'acquisto di accessori necessari alla configurazione, o comunque funzionali alle apparecchiature, come previsto dalle apposite FAQ ministeriali sul tema.

#### Investimento 2.1 - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

##### 1° Avviso pubblico

In data 20/04/2022 il Ministero della Salute ha pubblicato il 1° avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca da finanziare nell'ambito del PNRR, sulle seguenti tematiche: Proof of concept (PoC), Malattie Rare (MR) con esclusione dei tumori rari, Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali (Fattori di rischio e prevenzione; Eziopatogenesi e meccanismi di malattia).

La Fondazione Besta si è aggiudicata finanziamenti per l'esecuzione di n. 11 proposte progettuali, di cui n. 7 come soggetto proponente e n. 4 come partner di progetto.

L'importo complessivo ricevuto dalla Fondazione per la realizzazione di tali progetti è di € 7.426.461,00.

##### 2° Avviso pubblico

In data 27/04/2023 il Ministero della Salute ha pubblicato il 2° avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca da finanziare nell'ambito del PNRR, sulle seguenti tematiche: Proof of concept (PoC), Malattie Rare (MR) con esclusione dei tumori rari, Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali (Fattori di rischio e prevenzione; Eziopatogenesi e meccanismi di malattia).

La Fondazione Besta si è aggiudicata finanziamenti per l'esecuzione di n. 12 proposte progettuali, di cui n. 11 come coordinatori e n. 1 come partner.

L'importo complessivo ricevuto dalla Fondazione per la realizzazione di tali progetti è di € 10.491.994,00.

In totale la Fondazione gestisce come soggetto attuatore principale n. 18 progetti PNRR e come partner n. 5 progetti.

### Progetti Finanziati

#### Capofila

1. PNRR-MRI -202 2 - I 2 376 61 8 – ALIGNED: Rare, ma non abbandonate: la rete italiana per migliorare l'impervio percorso diagnostico delle patologie cerebrovascolari rare.
2. PNRR-MAD-202 2 - I 2 37606 8 – Ruolo patogenetico della perdita di mielina nelle crisi focali e nell'epilessia: un approccio integrato dai neuroni ai pazienti.
3. PNRR-MAD-202 2 - I 2 376178 – L'interazione tra neuroinfiammazione e vescicole extracellulari nella patogenesi e nella variabilità fenotipica della malattia di Alzheimer.
4. PNRR-MRI -202 2 - I 2 376 921 – IMPACT: Gestione integrata del parkinsonismo atipico: un'assistenza sanitaria centrata sul paziente a domicilio basata sul Telenursing.
5. PNRR-MRI -202 2 - I 2 376 617 – MITOMYOMICS: Multi-omiche per le miopatie mitocondriali primarie: indagini genetiche approfondite per ottimizzare la diagnosi e la prognosi e per chiarire i meccanismi patogenetici.
6. PNRR-POC-202 2 - I 2 376 3 80 – BLBC: Caratterizzazione dei confini delle lesioni cerebrali: Elettrofisiologia intraoperatoria e neurobiologia off-line.
7. PNRR-MAD-202 2 - I 2 375 8 6 3 – WOB: una Finestra sul cervello: sonicazione diagnostica, terapeutica e prognostica in pazienti con Disturbi di coscienza.
8. PNRR-MCNT1-2023-12377520 Omic profile in autism spectrum disorder: from cellular level towards future treatments.
9. PNRR-MCNT2-2023-12377231 Targeting immunoregulatory non-coding RNA networks in Myasthenia gravis: toward RNA therapeutics to counteract chronic autoimmunity.
10. PNRR-MCNT2-2023-12377819 Integrated mass spectrometry-based approaches for development of a comprehensive diagnostic refinement protocol for surgically treated epilepsy patients.
11. PNRR-MCNT2-2023-12377937 An Integrative, multiomics approach to unravel the complexity of neurodevelopmental disorders with high disability burden affecting movement, language and cognition – AniMANDo.
12. PNRR-MCNT2-2023-12377336 Disease biosignatures in ALS/FTD spectrum: new impactful biological perspectives beyond clinical approaches.
13. PNRR-MCNT2-2023-12377651 Translating single-cell vulnerability into novel ALS biomarkers and therapeutic targets: towards a liquid nerve biopsy.
14. PNRR-MCNT2-2023-12378417 Focused Ultrasound Pallidotomy for Medication-Refractory Limb Dystonia (FUTURE study).
15. PNRR-MRI-2023-12377360 Comprehensive in vitro approach to unravel the pathogenetic mechanisms underlying the novel family of PLIN4 gene expansion-related myopathy and identify biomarkers for early diagnosis.
16. PNRR-POC-2023-12377841 FESS - Fluorescence enhanced stereotactic surgery.
17. PNRR-TRI-2023-12378146 SIMPLIF-AI: SIMPLIFication and standardization of care pathways for patients with rare brain tumors through Artificial Intelligence.
18. PNRR-TRI-2023-12377273 Overcoming an ionic checkpoint for CAR T-cell therapy of glioblastoma.

#### Partner

1. PNRR-MRI -202 2 - I 2 375648 – FIABA: Il fingerprinting delle leucoencefalopatie ereditarie: una nuova valutazione di imaging cerebrale, genetica e clinica.



2. PNRR-MAD-202 2 - I 2 37603 5 – Verso un profilo molecolare della malattia di Parkinson in matrici biologiche facilmente accessibili.
3. PNRR-MAD-202 2 - I 2 376 508 – Pathways regolati da oncogeni e soppressori tumorali che influenzano il fenotipo e il comportamento delle cellule tumorali, come la sopravvivenza, la proliferazione e la morte.
4. PNRR-MAD-202 2 - I 2 376434 – Alterazioni nella composizione delle sub unità del recettore GABA-A nell'epilessia del lobo temporale: ruolo patogenetico e base per una terapia genica meccanicistica e combinatoria.
5. PNRR-MRI-2023-12377223 - THERAPY4ALL - Towards therapies for mitochondrial diseases.

Inoltre la Fondazione Besta partecipa, come spoke di II livello, anche ai seguenti 2 progetti finanziati dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), con il quale lo Stato Italiano integra attraverso risorse aggiuntive la programmazione del PNRR:

- PNC-E3-2022-23683266 PNC-HLS-DA – Il progetto, denominato INNOVA, è volto alla creazione di un HUB Lifescience per la condivisione di metodiche di Diagnostica Avanzata su tutto il territorio nazionale.
- PNC-E3-2022-23683268 PNC-TT NETWORK – Il progetto è volto alla creazione di una rete nazionale per promuovere e coordinare le attività degli Uffici Trasferimento Tecnologico degli istituti di ricerca su tutto il territorio nazionale nell'ambito delle Biotecnologie e del farmaco.

Per la partecipazione a questi due progetti la Fondazione ha ricevuto un importo complessivo di € 726.875,00.

### **Monitoraggio e controllo del PNRR**

I controlli sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si possono definire: “un insieme di misure e procedure volte a garantire la regolarità, l’efficacia e l’efficienza nell’utilizzo delle risorse stanziato dal Piano”. Si tratta di verifiche che vengono effettuate per assicurarsi che:

- le risorse del PNRR siano utilizzate in modo corretto e nel rispetto delle regole;
- i progetti finanziati dal PNRR siano realizzati in tempo e nel rispetto dei costi previsti;
- gli obiettivi del PNRR siano effettivamente raggiunti.

Al fine di garantire la tracciabilità delle spese e consentire quindi, un processo di controllo incrociato, per possibili casi di frode, corruzione, conflitto di interessi e doppio finanziamento, sono previsti specifici adempimenti espletati attraverso il supporto di idonei strumenti amministrativi ed informatici messi a disposizione dalla normativa nazionale. In modo particolare:

- il Codice Unico di Progetto (CUP): identifica univocamente un progetto d’investimento pubblico. Al fine di agevolare la tracciabilità ed il controllo dei finanziamenti, gli atti delle Amministrazioni Titolari, anche di natura regolamentare che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano la realizzazione di investimenti, devono contenere per ogni progetto del PNRR, a pena di nullità dell’atto stesso, il relativo codice CUP. Questo deve essere obbligatoriamente riportato su tutti i documenti giustificativi di spesa e pagamento;
- il Codice Identificativo di Gara (CIG): codice univoco generato dal sistema informativo dell’ANAC, “Autorità Nazionale Anticorruzione”. Si richiede attraverso il Sistema ANAC da parte dell’Amministrazione Pubblica, prima dell’inizio della gara d’appalto o della negoziazione e deve essere riportato nel contratto e nella documentazione di spesa e di



pagamento. Il legame del CIG al CUP è fondamentale per la tracciabilità del progetto. Ad un CUP potrebbero essere associati più CIG;

- la Fatturazione elettronica: le fatture elettroniche ricevute dai Soggetti Attuatori devono riportare i codici CUP e CIG degli interventi;
- conti correnti dedicati o codificazione contabile adeguata: le Amministrazioni Pubbliche attuatrici assicurano la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una apposita codificazione contabile, conservando, inoltre tutti gli atti e la relativa documentazione giustificativa su supporti informatici adeguati, rendendoli disponibili per le attività di controllo.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - ha reso disponibile uno strumento applicativo unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, rendicontazione e controllo del PNRR, denominato "ReGiS". Tale sistema garantisce il continuo e tempestivo presidio dell'avanzamento finanziario, procedurale e fisico degli interventi selezionati e finanziati dal PNRR, consentendo la puntuale e costante verifica della loro capacità di conseguimento delle milestone e dei target (UE e nazionali) e delle misure ad essi associati. Il controllo e la rendicontazione riguardano sia gli aspetti necessari ad assicurare il corretto conseguimento dei traguardi e degli obiettivi (milestone e target) che quelli necessari ad assicurare che le spese sostenute per la realizzazione dei progetti del PNRR siano regolari e conformi alla normativa vigente e congruenti con i risultati raggiunti. Il Sistema "ReGiS" assicura, il collegamento e l'interoperabilità con altri sistemi esterni con il fine di prevenire i casi di doppio finanziamento, conflitto di interesse, frode e corruzione.

Come previsto dagli Allegati alle Circolari MEF-RGS n. 21 del 14 ottobre 2021 e n. 9 del 10 febbraio 2022, nonché dai dispositivi attuativi (avvisi e bandi) delle Amministrazioni centrali titolari di misure PNRR e relativi atti convenzionali, i Soggetti Attuatori (soggetti che provvedono alla realizzazione operativa dei progetti in cui si traducono gli interventi PNRR definiti centralmente) assumono, nella fase di attuazione del progetto di propria responsabilità, obblighi specifici in tema di controllo:

- a. di regolarità amministrativo – contabile delle spese esposte a rendicontazione;
- b. del rispetto delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alle Misure (investimenti/riforme) PNRR, in particolare del principio DNSH (Do No Significant Harm, nato per coniugare crescita economica e tutela dell'ecosistema, garantendo che gli investimenti siano realizzati senza pregiudicare le risorse ambientali), del contributo che i progetti devono assicurare per il conseguimento del Target associato alla misura di riferimento, del contributo all'indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali nonché dei principi trasversali PNRR;
- c. dell'adozione di misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio ("titolare effettivo");
- d. di rendicontazione, sul sistema informativo utilizzato, delle spese sostenute.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta ha individuato tra i dirigenti amministrativi due referenti Regis, uno competente per l'Investimento 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature) e uno per l'Investimento 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.

A partire dall'anno 2022 il RUP, competente per l'Investimento 1.1.2, nominato con Deliberazione n. 170/2022, del 21/03/2022 ha implementato la piattaforma Regis con i dati riferiti alle apparecchiature da acquisire. I dati inseriti sono stati condivisi anche con il Responsabile della SS Ingegneria clinica. La verifica sull'operato del predetto RUP è stata eseguita tramite appositi audit

dell'RPCT aziendale e del suo gruppo di lavoro, che hanno dato esiti positivi. Tale attestazione è stata inserita sulla piattaforma REGIS.

La stessa attività di rendicontazione ed aggiornamento del sistema Regis viene eseguita dal referente amministrativo per l'Investimento 2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN in collaborazione con l'Ufficio Ricerca della Direzione Scientifica.

A partire dall'anno 2023 nell'ambito del Piano di Internal Audit della Fondazione sono stati previsti e organizzati audit specifici volti alla verifica e al controllo delle funzionalità e aggiornamento della piattaforma ministeriale Regis con l'obiettivo di verificare la completezza documentale dei progetti PNRR e nel rispetto delle specifiche procedure vigenti. Tale attività proseguirà nel corso del 2025.

### **Attività di gestione dei rischi corruttivi**

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività preordinate a tenere sotto controllo i rischi corruttivi nell'Amministrazione.

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

Il processo è finalizzato a intervenire sui potenziali rischi mediante l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o mitigare il livello di rischio connesso ai processi posti in essere dalla Fondazione.

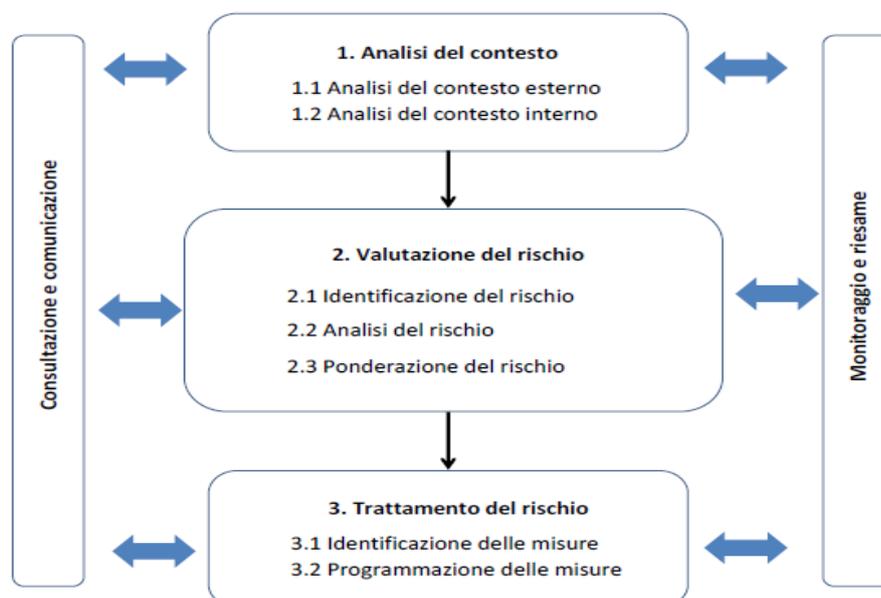
ANAC ha fornito nuove indicazioni metodologiche per la realizzazione del **sistema di gestione del rischio corruttivo**, confluite nel PNA 2022 pubblicato in data 06/12/2022.

Il processo di gestione dei rischi corruttivi ha carattere ciclico e si articola nelle seguenti fasi:

1. **Analisi del contesto,**
2. **Valutazione del rischio,**
3. **Trattamento del rischio,**

a cui si affiancano le due ulteriori **fasi trasversali**:

- **Consultazione e comunicazione,**
- **Monitoraggio e riesame.**



1. La **fase di analisi del contesto** consente all'Amministrazione di definire una strategia preventiva ben contestualizzata, che considera i rischi corruttivi dello specifico ambito territoriale e settoriale (contesto esterno) ed organizzativo (contesto interno) in cui si svolge l'attività istituzionale.

Nell'analisi del contesto interno assume un'importanza centrale **la mappatura dei processi** organizzativi, ossia di tutte le attività correlate e interagenti che trasformano un input in un output destinato a soggetti interni o esterni.

Ai fini della mappatura dei processi devono essere seguiti i seguenti passaggi procedurali:

- identificazione dei processi, con riferimento all'intera attività svolta;
- identificazione delle aree di rischio, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

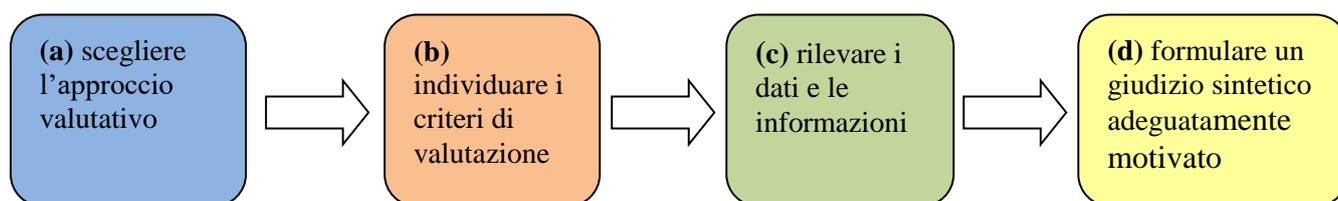
Si distinguono le **aree di rischio generali**, comuni a tutte le Amministrazioni (esempio contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale etc.) e **specifiche** proprie di una singola Amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari svolte:

- descrizione dei processi;
- rappresentazione dei processi, con riferimento alle singole attività svolte e all'Ufficio coinvolto.

2. La **fase di valutazione del rischio** è una macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le relative misure preventive.

Si articola nei seguenti passaggi:

- identificazione degli eventi rischiosi che potrebbero anche solo potenzialmente verificarsi nelle singole attività del processo. Tale fase conduce alla creazione/implementazione della mappatura/registo dei rischi (vedi allegato I al presente Piano);
- analisi del rischio con riferimento ai cosiddetti "fattori abilitanti della corruzione" e al livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario: **(a)** scegliere l'approccio valutativo, **(b)** individuare i criteri di valutazione, **(c)** rilevare i dati e le informazioni, **(d)** formulare un giudizio sintetico adeguatamente motivato.



Nella valutazione del livello di esposizione al rischio e ai fini della formulazione di un giudizio sintetico è opportuno privilegiare un'**analisi di tipo qualitativo**, che tiene conto di specifici indicatori di rischio, come indicato nell'Allegato I del PNA 2019.

All'esito, si ottiene una misurazione sintetica del livello di rischio associabile a ciascun processo o alle singole attività o eventi rischiosi.

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico

- Ponderazione del rischio, ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento.

3. La **fase di trattamento del rischio** si incentra nell'individuazione e progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione:

- identificazione delle misure, distinte tra **misure generali**, che hanno un'incidenza trasversale sul sistema preventivo dell'Amministrazione e **misure specifiche**, che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati.

Principali tipologie di misure generali e specifiche:

- ✓ Controllo
- ✓ Trasparenza
- ✓ Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
- ✓ Regolamentazione
- ✓ Semplificazione
- ✓ Formazione
- ✓ Sensibilizzazione
- ✓ Rotazione
- ✓ Segnalazione e protezione
- ✓ Disciplina del conflitto di interessi

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai seguenti requisiti: (a) presenza e adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato, (b) capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti, (c) sostenibilità economica e organizzativa delle misure, (d) adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, (e) gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

- Programmazione delle misure – individua fasi, tempi e responsabilità dell'attuazione nonché indicatori di monitoraggio, al fine di concretizzare la strategia preventiva dell'Amministrazione.

### **FASI TRASVERSALI**

- Al fine di verificare il funzionamento del sistema di gestione dei rischi corruttivi, segue una **fase di monitoraggio** dell'attuazione e adeguatezza delle misure preventive, a cura dell'R.P.C.T. con il coinvolgimento dei responsabili degli Uffici e dei referenti individuati. Le risultanze del monitoraggio consentono un riesame della funzionalità complessiva del sistema.
- La **fase di consultazione e comunicazione** riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio con il coinvolgimento di soggetti interni ed esterni all'Amministrazione per acquisire informazioni e proposte di miglioramento tese a rendere maggiormente efficace la strategia preventiva.

### **Mappatura dei processi sensibili e a rischio corruzione**

La mappatura dei rischi corruttivi, sviluppata per tutti i processi sia amministrativi, sia dell'area sanitaria che della ricerca scientifica, secondo le indicazioni metodologiche delineate dall'ANAC nell'Allegato I del PNA 2019 (delibera n. 1064 del 13 novembre 2019).

Sono state individuate le seguenti aree di rischio come indicato nella Parte speciale Titolo II Sanità Aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016:

**AREE DI RISCHIO GENERALI:**

- Acquisizione e Gestione del Personale
- Incarichi e Nomine
- Contratti Pubblici
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

**AREE DI RISCHIO SPECIFICHE:**

- Attività libero professionale e liste d'attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Nell'ambito di tali aree di rischio, sono stati identificati i processi, le attività e i rispettivi rischi correlati.

La mappatura dei rischi e la valutazione del livello di rischio secondo la nuova metodologia di cui all'Allegato I del PNA 2019, confermata nel PNA 2022, è stata effettuata per tutti i processi afferenti le aree amministrativa, sanitaria e di ricerca.

Nella fase di analisi e ponderazione del livello di rischio, si è seguito un approccio di tipo qualitativo: sulla base di un numero di indicatori abbinati a ciascun evento rischioso, si è definito il livello di rischio che è stato espresso con un giudizio sintetico di tipo qualitativo.

Per tutte le attività mappate sono stati individuati i seguenti indicatori di rischio:

Attività	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Giudizio sintetico
	rilevante interesse esterno anche di tipo economico	alto livello di discrezionalità	opacità/accanimento in uno o pochi soggetti	eventi corruttivi verificatisi in passato nella Fondazione o in realtà simili	

Sono stati inoltre identificati i seguenti livelli di rischio:

- ✓ Rischio elevato
- ✓ Rischio significativo
- ✓ Rischio medio
- ✓ Rischio discreto
- ✓ Rischio basso

La ponderazione dei rischi è stata condotta dal R.P.C.T. d'intesa con i Direttori delle aree coinvolte nell'ambito di specifici incontri.

Si è scelto di disporre di una scala di ponderazione del rischio maggiormente graduata, così da mettere meglio a fuoco l'adeguatezza ed efficacia delle misure già previste e di quelle da introdurre per prevenire il rischio residuo.

Inoltre, il giudizio sul livello di rischio identificato è accompagnato da una motivazione che rende intelligibili le valutazioni svolte in fase di ponderazione del rischio.

La Mappatura dei processi a rischio corruzione (**Allegato I**) riporta per ciascuna attività rilevata, il rischio identificato, il livello di rischio, le misure da adottare nel triennio 2024-2026, l'ufficio responsabile dell'attuazione delle misure, gli indicatori e le tempistiche di monitoraggio.

L'R.P.C.T. conserva agli atti le schede di lavoro compilate per l'analisi e l'attribuzione del livello di rischio per ciascun processo mappato.

Per ogni evento rischioso è stata individuata una misura preventiva da adottare, con l'identificazione dell'Ufficio responsabile dell'attuazione e degli indicatori di monitoraggio.

### **Attività di monitoraggio e adempimenti**

La Fondazione "Carlo Besta" ritiene il "controllo" uno strumento di primaria importanza per la prevenzione e l'individuazione di comportamenti potenzialmente idonei a determinare condotte a rischio di corruzione.

L'articolo 1, comma 10, lettera A) della legge n. 190/2012 e s.m.i. prevede che il R.P.C.T. provveda alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione.

L'ANAC con il PNA 2022 ha rimarcato l'esigenza che il R.P.C.T. sia dotato di una struttura organizzativa di supporto nella gestione del rischio corruttivo nonché nella fase di monitoraggio sull'attuazione del Piano.

Al riguardo si evidenzia che nel corso del 2023 con Delibera del Direttore Generale è stato istituito il Gruppo di lavoro "Prevenzione della corruzione" costituito dai responsabili delle seguenti aree: Direzione Sanitaria, Direzione Scientifica, S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria, S.C. Provveditorato Economato, S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, S.C. Affari Generali e Legali, S.C. Gestione Amministrativa delle Sperimentazioni cliniche e Contabilità Analitica. Tale gruppo interagisce con l'R.P.C.T. in ordine alle attività di monitoraggio delle misure previste nella presente sottosezione.

Con medesimo provvedimento è stata inoltre rideterminata la composizione del "Gruppo di Lavoro per la Trasparenza", che collabora con il R.P.C.T. per un più completo monitoraggio della corretta pubblicazione dei flussi di dati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale.

Infine, con deliberazione del Direttore Generale n. 791, del 12/12/2023 è stato istituito il Comitato del Coordinamento dei Controlli Interni della Fondazione Besta in ottemperanza alle Linee Guida regionali ai POAS con cui, a garanzia del rispetto dei principi di legittimità, trasparenza e buona gestione, nonché al fine di perseguire gli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa, all'interno dei POAS sono stati individuati singoli e peculiari sistemi di controllo, preordinati al perseguimento dei predetti obiettivi. Detto Comitato afferisce direttamente al Direttore Generale ed è presieduto e coordinato dal R.P.C.T. aziendale.

Il R.P.C.T., per lo svolgimento delle attività previste dal presente Piano, si avvale della collaborazione della Direzione Strategica, della Direzione Scientifica e dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate, in particolare SS.CC. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Provveditorato Economato, Affari Generali e Legali, Gestione Tecnico Patrimoniale e Bilancio e Programmazione Finanziaria.

La responsabilità dell'adozione delle misure di prevenzione previste nel presente Piano, così come di quelle mappate nell'**Allegato I "Mappatura dei processi a rischio"**, è in capo al Direttore/Dirigente Responsabile della singola struttura a cui compete la responsabilità del relativo processo.

A ciascun Direttore/Dirigente è altresì fatto obbligo di assicurare la tempestiva divulgazione al personale della propria struttura di informazioni su norme, circolari, direttive ed altri atti adottati dalla Fondazione o emanati dall'ANAC, che abbiano rilevanza per gli ambiti di propria competenza o che siano attinenti alle tematiche generali della gestione del procedimento amministrativo, della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il R.P.C.T. verifica congiuntamente ai vari dirigenti l'effettiva attuazione delle misure contenute nella presente sezione, a tal fine vengono programmati incontri periodici anche allo scopo di predisporre e condividere i contenuti futuri.

I Direttori/Dirigenti responsabili, avvalendosi dei referenti, devono inviare al R.P.C.T. un report sull'attività di monitoraggio delle aree di propria competenza, secondo le tempistiche previste nel citato *allegato I*.

Qualora il R.P.C.T. riscontri violazioni al Piano, oltre a valutare la necessità di apportare eventuali modifiche, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L. n. 190/2012, ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Inoltre, qualora abbia notizia di fenomeni corruttivi, ha l'obbligo di segnalazione agli organi interni ed esterni competenti per il sistema di controlli della Fondazione, fermo restando che non spetta al R.P.C.T. effettuare controlli su atti o accertare responsabilità. In particolare:

- se un fatto presenta rilevanza disciplinare, deve indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare (Dirigente responsabile o UPD) i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure preventive;
- se un fatto può dar luogo a responsabilità erariale, è tenuto a denunciarlo alla Corte dei Conti;
- se un fatto integra una notizia di reato, è tenuto a denunciarlo alla Procura della Repubblica e a informarne l'ANAC.

### AZIONI E MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2025-2027

Attività	Misure / Indicatore	strutture coinvolte
Modalità di affidamento della Direzione delle Strutture ai Dirigenti, ai sensi del DPR 484/97, del D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. e della DGR Regione Lombardia n. X/553, del 02/08/2013, nonché secondo le norme previste dai vigenti CCCCNNL.	Report annuale di monitoraggio al R.P.C.T. che preveda, per gli incarichi di Direzione di SC, le seguenti verifiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>- esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale e agli indirizzi di programmazione regionale;</li> <li>- predeterminazione dei criteri e modalità di scelta;</li> <li>- esplicitazione e pubblicazione negli atti relativi al procedimento di nomina della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali;</li> <li>- pubblicazione degli atti del procedimento. per gli incarichi di responsabile di SS e SSD le seguenti verifiche:</li> <li>- verifica all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;</li> </ul>	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pubblicazione delle unità operative per le quali va conferito l'incarico;</li> <li>- avvio di una procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;</li> <li>- costituzione della commissione selezionatrice;</li> <li>- predeterminazione dei criteri di selezione;</li> <li>- misure di trasparenza nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza della rosa/graduatoria degli idonei;</li> <li>- esplicitazione della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;</li> <li>- pubblicazione degli atti del procedimento in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente.</li> </ul>	
<p>Codice di comportamento: le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti, esteso a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi ed incarichi negli uffici di diretta collaborazione degli organi della Fondazione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore della Fondazione e per tal via indirizzano l'azione amministrativa. Il rispetto delle prescrizioni contenute nel codice di comportamento, quale adempimento contrattuale, è riportato all'interno dei singoli contratti individuali di lavoro.</p>	<p>Codice di comportamento approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. V/138, del 18 dicembre 2023, oggetto di informazione durante il corso per i neo assunti, pubblicato sul sito web istituzionale e inviato a tutto il personale assunto a vario titolo.</p>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane In collaborazione con S.C. Affari Generali e Legali</p>
<p>Gestione conflitto d'interessi</p>	<p>Aggiornamento biennale della dichiarazione di insussistenza di conflitto di interessi per tutti i dirigenti ad esclusione dei Direttori di Struttura Complessa per i quali la dichiarazione viene resa annualmente, ricordando con cadenza periodica a tutti i dirigenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.</p>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p>
<p>Regolamento per disciplinare incarichi e attività extra istituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001.</p>	<p>Aggiornamento regolamento adottato con Deliberazione del C.d.A. n. 73, del 25/10/2016 e revisione modulistica in materia di incompatibilità ed autorizzazione degli incarichi extraistituzionali</p>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane in collaborazione con Direzione Scientifica e R.P.C.T.</p>



<p>Divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto - Pantouflage: l'art. 1, c. 42, lett. l) della L n. 190/2012 ha introdotto il comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse ad attività lavorativa del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro, presso soggetti privati.</p>	<p>Monitoraggio annuale sull'acquisizione della documentazione relativa al rispetto del divieto di pantouflage (modulo di rassegnazione delle dimissioni integrato con apposita informativa circa il divieto di cui trattasi, debitamente sottoscritto dall'interessato, richiesto anche ai dipendenti collocati a riposo per i limiti d'età). Inoltre è stata predisposta un'apposita informativa per i neoassunti su tale normativa.</p>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p>
<p>Incompatibilità e inconferibilità: ai sensi della delibera ANAC n. 833, del 3/8/2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili», qualora il R.P.C.T. venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D.Lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento e segnalare la violazione all'ANAC.</p>	<p>Report annuale di controllo e acquisizione e pubblicazione delle seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione rese dagli interessati, nei termini e alle condizioni dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Dichiarazione ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013 relativa alle condizioni personali di inconferibilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali conferiti dalla Pubblica Amministrazione”;</li> <li>• “Dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità per la nomina a componente/segretario di commissione esaminatrice”.</li> </ul>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane S.C. Affari Generali e Legali Presidenza</p>
<p>Controlli sul casellario giudiziale ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici: verifica circa la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013 “inconferibilità d'incarico in caso di condanna per reati contro la P.A.”</li> <li>- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 rubricato “Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici”.</li> </ul>	<p>Obbligo per i dipendenti di comunicare la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali. L'accertamento sui precedenti penali avviene tramite consultazione del casellario giudiziale, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).</p>	<p>S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane</p>
<p>Whistleblowing:</p>	<p>Procedura PR95 “Whistleblowing policy” revisionata in data 25/10/2023 a seguito del D.Lgs. 24/2023 e della Delibera ANAC n. 31 I, del 12 luglio 2023. Monitoraggio del canale di segnalazione interno tramite l'utilizzo di piattaforma informatizzata accessibile dal sito istituzionale.</p>	<p>R.P.T.C.</p>



Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione del Procedimento Amministrativo	Report dei procedimenti amministrativi dell'anno precedente (entro 31 marzo)	tutte le SS.CC. interessate
Strumenti di monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e contraenti: - nella documentazione contrattuale e nel sito internet della Fondazione devono essere indicati con chiarezza i riferimenti ai provvedimenti dell'ente in materia di etica e di anticorruzione e le relative conseguenze (Patto di integrità, cfr. art. 1, comma 17 della Legge n. 190/2012); - presenza nel sito web istituzionale di 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 D.P.R. n. 445/2000, e per ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano; - regolare funzionamento del suddetto servizio mediante il coinvolgimento del SIA.	Report di verifica	S.C. Provveditorato Economato S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
- Programma triennale forniture e servizi - Programma triennale dei lavori pubblici	Pubblicazione dei due programmi sul profilo del committente (sul sito istituzionale della Fondazione), sul sito informatico del Ministero e delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio dei contratti pubblici tramite il sistema informatizzato di Regione Lombardia. Invio comunicazione al RPCT sull'adozione e pubblicazione annuale programma forniture e servizi/lavori pubblici .	S.C. Provveditorato Economato S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Comodato d'uso gratuito: in ottemperanza alle indicazioni di ANAC.	- Pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni riguardanti le tecnologie introdotte in Istituto attraverso le modalità del comodato d'uso e della valutazione in prova visione. - Richiesta dell'attestazione di assenza di conflitto interessi fra il clinico che propone l'introduzione dell'apparecchiatura in Istituto ed il fornitore, da allegare alla modulistica in uso (mod. 44/b).	S.C. Provveditorato Economato
Per gli affidamenti PNRR, utilizzo della piattaforma REGIS per la rendicontazione.	Verifica trimestrale della corretta implementazione della piattaforma REGIS	



<p>Per gli affidamenti PNRR, è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali – fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto – limitano la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente.</p>	<p>A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli Operatori Economici (OE) che hanno avuto la “conservazione del contratto” sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 D.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi. Pubblicazione degli indennizzi concessi ai sensi dell'art. 125 D.lgs. n. 104/2010.</p>	<p>S.C. Provveditorato Economato</p>
<p>Internal Auditing: funzione di verifica indipendente, operante all'interno dell'Ente e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi, in particolare quelli relativi all'utilizzo dei fondi PNRR.</p>	<p>Trasmissione verbali Audit alla Direzione Strategica e alle strutture auditate.</p>	<p>Responsabile Internal Audit</p>
<p>Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio, introdotta dal PNA 2016, ai sensi del DM 25/09/2015. Tale figura deve rapportarsi con il R.P.C.T. sia in relazione alle segnalazioni di propria competenza, sia per una generale funzione di monitoraggio e controllo rispetto a tutte le attività che comportano operazioni\transazioni a titolo oneroso inerenti le varie funzioni e strutture aziendali.</p>	<p>Procedura PR 159 “Procedura per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento al terrorismo”.</p>	<p>S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria</p>
<p>Attività Libero professionale intramoenia (ALPI).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report di monitoraggio processi relativi alla gestione liste d'attesa e tempi d'attesa.</li> <li>- Verifica semestrale del criterio di rotazione sul coinvolgimento dei dirigenti medici. anestesisti negli interventi chirurgici in libera professione.</li> </ul>	<p>Direzione Sanitaria</p>
<p>Condotta responsabile della ricerca: per “condotta scorretta nella ricerca” si intende la violazione dei principi e dei valori etici, dei doveri deontologici e degli standard professionali sui quali si fonda una condotta responsabile e corretta da parte di chi svolge, finanzia o valuta la ricerca scientifica nonché da parte delle istituzioni che la promuovono e la realizzano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio delle pubblicazione dei risultati dell'attività di ricerca secondo i principi di Open Access (OA)</li> <li>- Report di monitoraggio caricamento row data su portale Zenodo</li> <li>- Revisione procedura PR132 “Sospetta condotta scorretta nella ricerca”.</li> </ul>	<p>Direzione Scientifica</p>
<p>Partner Industriali in accordo con quanto previsto dal D.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 all' art.5 sexies.</p>	<p>Regolamento per gli Albo dei Partner Industriali” (ed eventuale predisposizione dell'Albo), in accordo con quanto previsto dal D.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 all' art. 5 sexies.</p>	<p>Direzione Scientifica SC Affari generali e legali</p>

Monitoraggio Sperimentazioni cliniche profit e non profit al fine di prevenire il rischio di un'attribuzione discrezionale dei proventi agli sperimentatori.	Attuazione del Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche profit e non profit. Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento per la gestione delle sperimentazioni cliniche.	SC Gestione Amministrativa della Ricerca e delle Sperimentazioni cliniche e Contabilità Analitica
Percorso di Certificabilità di Bilancio: obiettivo la verifica della qualità dei dati contabili, attraverso la predisposizione e validazione di procedure amministrativo contabili volte alla produzione dei dati di bilancio.	Nel corso del 2025, Regione proseguirà l'attività iniziata nel 2024 costituendo dei gruppi di lavoro interaziendali e multi-professionali ognuno dedicato ad una specifica area di bilancio con l'obiettivo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificare una procedura particolarmente rilevante;</li> <li>- analizzare le fasi e le attività della procedura;</li> <li>- analizzare i controlli previsti nella procedura;</li> <li>- identificare eventuali controlli effettuati, ma non esplicitati nella procedura;</li> <li>- analizzare e valutare i rischi sottostanti ed eventuali rischi non presidiati;</li> <li>- condividere i risultati con tutte le aziende coinvolte.</li> </ul>	S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria
Beni e Servizi Infungibili: con deliberazione del C.d.A. n. 246/2018 è stato adottato il "Regolamento per l'acquisizione di apparecchiature, hardware e software, farmaci, dispositivi medici, altro materiale di consumo, beni durevoli, servizi e lavori dichiarati infungibili/esclusivi.	Report monitoraggio sull'attività svolta in ordine al rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento. Controlli a campione da parte dell'R.P.C.T. sulle dichiarazioni di infungibilità rilasciate dai richiedenti gli acquisiti.	S.C. Provveditorato Economato R.P.T.C.
Direttore Esecuzione Contratto (DEC)	Trasmissione alla S.C. Provveditorato Economato da parte dei DEC dei certificati di regolare esecuzione dei contratti.	S.C. Provveditorato Economato
Direttore Lavori (DL) Direttore Esecuzione Contratto (DEC)	Trasmissione al Responsabile Unico di Progetto (RUP) ex art. 15 D.lgs. 36/2023 del Certificato di Regolare Esecuzione relativo alla fornitura di beni/servizi – esecuzione lavori	S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Introduzione della digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici	Adozione delle misure previste dal D.lgs. 36/23 in ordine all'automatico rinvio al link di "Amministrazione Trasparente" dei documenti accessibili agli stakeholders grazie all'obbligatorio utilizzo di piattaforme certificate e interoperabili che consentono, in un'unica operazione, il rilascio del CIG ed il caricamento delle informazioni.	S.C. Provveditorato Economato S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Lavoro agile	Audit di controllo periodici per verificare la correttezza degli adempimenti in materia di lavoro agile.	Team Internal Audit
Gestione del rischio clinico: i principali processi che hanno un forte impatto sul percorso di cura del paziente e sulla sicurezza del lavoratore in ottemperanza al D.lgs. 81/2008, e la cui buona attuazione è correlata ad una corretta gestione amministrativa dall'elaborazione del capitolato di gara esaustivo all'esecuzione del procedimento amministrativo fino all'esecuzione di alcuni contratti, sono: - prevenzione e controllo delle infezioni; - sicurezza del lavoratore; - gestione dei materiali da consumo dei dispositivi medici, dei farmaci e degli emocomponenti.	Adozione di misure di trasparenza e controllo previste sui processi a rischio individuati: - pubblicazione di dati riferiti a richieste risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti alle tipologie di eventi a rischio con l'indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti nonché delle strutture coinvolte.	Risk Manager S.C. Affari Generali e Legali
<b>Ulteriori misure:</b> - pubblicazione sul sito del provvedimento di nomina dei componenti delle commissioni di gara e relativi curricula; - rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazioni in ordine all'assenza di condanne per reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale, all'inesistenza delle cause di incompatibilità, e di astensione di cui all'art. 77 commi 4, 5 e 6 del D.Lgs. n. 50/2016 etc.; - recepimento delle disposizioni previste nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del D.lgs. 50/2016; - pubblicazione sul sito, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva; - scelta dei componenti delle commissioni di concorso per affidamento di S.C., tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte dall'Albo Nazionale dei Direttori di struttura complessa; - adozione del Regolamento aziendale delle sponsorizzazioni di eventi formativi della Fondazione; - controllo a campione in ordine alla legittimità delle determinazioni dirigenziali.		S.C. Provveditorato Economato S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane R.P.T.C.
Iniziative formative	Report attività Corsi di Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

### 2.3.1 TRASPARENZA COME OBIETTIVO CULTURALE

La trasparenza è una dimensione della performance organizzativa delle Pubbliche Amministrazioni insieme ad accessibilità, tempestività ed efficacia, così come indicato nella Delibera CIVIT (ora A.N.AC) n. 150/2010 «*La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).*»

Come sancito dal D.Lgs. n. 33, del 14 marzo 2013 modificato e integrato dal D.Lgs. 97, del 25 maggio 2016, la trasparenza è intesa come accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La Fondazione Besta si pone quale obiettivo e valore da perseguire la promozione della cultura della trasparenza. Nel corso del 2023 è proseguita l'attività di implementazione della sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, nonché l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

In ottemperanza ai principi di buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della Fondazione con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

La Fondazione garantisce la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale, nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, con l'indicazione della loro provenienza.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, previsti all'**Allegato 2** "Elenco degli obblighi di pubblicazione" del presente PIAO, ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

La Delibera Anac n. 264, del 20/06/2023, come modificata dalla Delibera Anac n. 601, del 19/12/2023, avente ad oggetto "Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante l'individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33" fornisce specifici chiarimenti sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicazione e in particolare indica, nell'allegato I, gli atti, i dati, e le informazioni che non devono essere comunicati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Al fine di semplificare le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, ANAC, con Delibera n. 495, del 25/09/2024, ha approvato tre schemi di pubblicazione dei dati relativi a: utilizzo delle risorse pubbliche, organizzazione delle pubbliche amministrazioni, controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. I nuovi modelli sono disponibili sul sito dell'Autorità. Le amministrazioni e gli enti hanno a disposizione un periodo transitorio di dodici mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in "Amministrazione Trasparente".

Elementi di particolare importanza nella realizzazione dell'obiettivo "trasparenza amministrativa" sono:

- **Sito Internet Istituzionale**

La Fondazione “Carlo Besta” prevede, come strumento essenziale per l’attuazione dei principi di trasparenza e integrità, lo sviluppo e periodica implementazione del proprio sito internet [www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it). Il sito ha lo scopo di informare gli utenti sulle caratteristiche della Fondazione (ubicazione, organigramma, ecc.), sulle attività e sull’erogazione dei servizi resi.

È presente sulla home-page del sito istituzionale la sezione “Amministrazione trasparente”, che raggruppa documenti ed informazioni relativi ai dati per i quali la legge richiede l’obbligo di pubblicazione.

- **Posta Certificata**

Tra gli adempimenti richiamati nel Programma triennale per la trasparenza e l’integrità rientra l’utilizzo della posta elettronica certificata (PEC).

In conformità alle disposizioni di legge, la Fondazione si è dotata della casella PEC istituzionale ([protocollo@pec.istituto-besta.it](mailto:protocollo@pec.istituto-besta.it)), presente nella homepage del sito internet.

La Fondazione ha istituito ulteriori caselle di PostaCertificat@ in uso presso la Presidenza, le Direzioni, i Dipartimenti, le strutture complesse amministrative ed altri servizi ed uffici.

La PostaCertificat@ è un servizio di comunicazione elettronica tra Cittadino e Pubblica Amministrazione. Il servizio è offerto a titolo gratuito.

Attraverso la PostaCertificat@ ogni cittadino può dialogare in modalità sicura e certificata con la Pubblica Amministrazione con qualsiasi dispositivo in grado di connettersi ad internet senza doversi recare presso gli Uffici della Pubblica Amministrazione per:

- richiedere/inviare informazioni alle Pubbliche Amministrazioni;
- inviare istanze/documentazione alle Pubbliche Amministrazioni;
- ricevere documenti, informazioni, comunicazioni dalle Pubbliche Amministrazioni.

- **Carta Dei Servizi**

La “Carta dei Servizi” è il mezzo attraverso il quale “qualsiasi soggetto” che eroga un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti in capo al cittadino-utente-consumatore.

Attraverso la Carta dei Servizi i soggetti erogatori di servizi pubblici si impegnano, dunque, a rispettare determinati standard qualitativi e quantitativi, con l’intento di monitorare e migliorare la qualità del servizio offerto.

La Carta dei Servizi è pubblicata sul sito istituzionale, nell’apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

- **Albo Pretorio on line**

In applicazione dell’art. 32 della L. 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i. “Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”, la Fondazione provvede alla pubblicazione dei provvedimenti all’Albo pretorio on line presente sul sito istituzionale. Tale pubblicazione ha l’effetto di pubblicità legale, i provvedimenti esecutivi sono pubblicati all’albo on line per quindici giorni consecutivi decorrenti dalla data di pubblicazione.

- **Accesso civico**

L’evoluzione normativa del diritto di accesso ha subito un notevole ampliamento con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 97/2016, che prevede la fattispecie del cosiddetto **Accesso civico** compiutamente descritto al successivo paragrafo.

- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP, il cui responsabile è in possesso dei requisiti di cui alla L. n. 150/2000, rientra tra le funzioni organizzative in staff alla Direzione Generale.

L'Ufficio ha compiti di facilitazione delle relazioni istituzionali e di promozione delle attività della Fondazione nei confronti di target definiti, con particolare attenzione dedicata all'utenza.

L'URP, in tema di coinvolgimento dei "portatori di interesse" (cittadini fruitori dei servizi sanitari, familiari, caregivers, volontari che collaborano nel supporto durante i processi di assistenza, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di volontariato, ecc.), svolge un'attività fondamentale per la Fondazione attraverso processi di ascolto, orientamento e presa in carico delle necessità.

L'URP ha il compito di far conoscere ai pazienti/utenti le prestazioni che la Fondazione è in grado di erogare e di assicurare agli stessi informazione, accoglienza, tutela e partecipazione, di effettuare attività di monitoraggio della qualità percepita dagli utenti mediante indagini con questionari di gradimento per l'area sia di degenza che ambulatoriale, volta all'ottimizzazione della qualità dei servizi. Periodicamente l'URP analizza i dati ricevuti, rendendoli noti all'interno della Fondazione; i report prodotti supportano la Direzione Aziendale in interventi migliorativi per avvicinare il servizio alle esigenze dell'utenza e per migliorare il dialogo con i cittadini.

### **Diritto di accesso**

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. IV/130, del 29/09/2017 integrato ed aggiornato con Deliberazione n. V/130, del 21/12/2022 è stato approvato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, dati e documenti della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Regolamento recepisce le disposizioni del D.Lgs. 33/2013, del D.Lgs. 97/2016, le "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 c. 2, del D.Lgs. 33/2013" adottate dall'ANAC con Determinazione n. 1309, del 28 dicembre 2016 e la Circolare del n. 2/2017, del 30/05/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, contenente ulteriori raccomandazioni circa l'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato.

Il Regolamento disciplina le seguenti forme di accesso:

- **Accesso ai documenti amministrativi**, previsto dal Capo V art. 22 della Legge 241/1990 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e dal DPR 12/06/2006 n. 184 "Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi".

Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241, articolo 24 "Esclusione del diritto di accesso".

La nuova disciplina sull'accesso agli atti contenuta negli articoli 35 e 36 del D.lgs. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici", entrata in vigore dal 01/01/2024, consente ai soggetti che vantano un diritto soggettivo o un interesse legittimo, l'accesso ai documenti amministrativi delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, mediante acquisizione diretta dei dati e delle informazioni inseriti nelle piattaforme di approvvigionamento digitale.

- **Accesso civico semplice**, disciplinato dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, prevede il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omesso la pubblicazione.

L'istanza di accesso non deve essere motivata e deve contenere le complete generalità del richiedente con i relativi recapiti, deve identificare correttamente i dati, le informazioni o i documenti di cui si chiede la pubblicazione.

Le istanze non devono essere generiche, ma consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione di cui è richiesto l'accesso.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

• **Accesso civico generalizzato** disciplinato dall'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del suddetto decreto legislativo, dei limiti relativi alla tutela:

- di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti
- del segreto di Stato
- del segreto d'ufficio
- del segreto statistico
- della protezione dei dati personali

L'accesso civico generalizzato si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente oggetto tutti i dati, documenti ed informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

L'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente e non richiede motivazione.

Oggetto del diritto di accesso civico generalizzato sono anche i dati e le informazioni inerenti al documento, oltre al documento stesso. Per informazioni devono intendersi le rielaborazioni di dati detenuti dalle amministrazioni effettuate per propri fini contenuti in distinti documenti.

L'accesso civico generalizzato è escluso nei casi in cui una norma di legge dispone la non divulgazione di dati, come espressamente indicato al comma 3 del citato art. 5-bis (*eccezioni assolute*).

L'accesso civico generalizzato può incorrere in limiti posti a tutela di interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni, come previsto dai commi 1 e 2 dell'art. 5-bis del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

L'accesso civico generalizzato può essere altresì rifiutato dalla Fondazione se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.

In caso di indagini e relative attività in corso, l'accesso può essere differito fino alla conclusione delle stesse.

Anche il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

Con il citato Regolamento è stata approvata altresì la specifica modulistica da utilizzare per l'esercizio delle diverse forme di accesso, alla quale è possibile accedere nella sezione "Amministrazione Trasparente – Atri contenuti – accesso civico".

Ai sensi delle Linee guida ANAC la Fondazione ha introdotto il "**Registro degli accessi**", anch'esso pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente – Atri contenuti – accesso civico",



contenere l'elenco delle richieste di accesso pervenute in ordine cronologico, l'oggetto dei documenti/dati richiesti, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, allo scopo di agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate.

La gestione del Registro degli accessi è affidata alla S.C. Affari Generali e Legali che provvede al relativo aggiornamento e ne cura la pubblicazione semestrale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

### Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 2-ter del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, introdotto dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 che adegua il Codice Privacy alle disposizioni del Regolamento europeo 2016/679, la base giuridica «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà (art. 1, d.lgs. 33/2013), ANAC afferma che le Pubbliche Amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, devono verificare che la disciplina in materia di trasparenza, contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, ne preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5, del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza.

Il medesimo D.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

ANAC richiama anche quanto previsto all'art. 6 del D.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde all'esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

Si evidenzia che, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD / DPO svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD).

Nel rispetto di quanto sopra richiamato, la Fondazione, prima di mettere a disposizione sul sito istituzionale documenti contenenti dati personali, deve verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. o in altre normative, preveda l'obbligo di pubblicazione, che deve comunque avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) n. 2016/679: adeguatezza, pertinenza, minimizzazione dei dati, esattezza, aggiornamento.

La Fondazione è tenuta a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679 e successivo D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 la Fondazione ha adottato il "Regolamento Aziendale per l'attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali", aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 808, del 28/11/2024 consultabile sul sito.

### **Misure di monitoraggio e vigilanza**

La pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni alla Fondazione, sia da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

All'interno della Fondazione è stato costituito un "Gruppo di Lavoro per la Trasparenza" che collabora stabilmente con il R.P.C.T. della Fondazione nell'attività di monitoraggio della pubblicazione dei flussi di dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale.

Il Gruppo di Lavoro per la Trasparenza, si riunisce periodicamente ed effettua le verifiche circa le effettive pubblicazioni dei dati nelle singole voci che compongono la sezione *Amministrazione Trasparente*, evidenziando durante gli incontri le eventuali criticità emerse ed attestando l'avvenuta pubblicazione dei dati secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente. In tale ottica, il Gruppo Trasparenza, richiede ai singoli responsabili della pubblicazione dei dati, l'invio di un monitoraggio trimestrale.

I verbali degli incontri del Gruppo Trasparenza vengono trasmessi a cura del R.P.C.T. ai Direttori delle S.C./servizi responsabili della pubblicazione, ai referenti per la trasparenza ed al personale addetto al trattamento del singolo flusso di dati. In caso di criticità rilevate, il Gruppo monitora costantemente la pubblicazione dei dati mancanti e/o incompleti segnalando al R.P.C.T. l'eventuale protrarsi delle inadempienze.

Il Gruppo Trasparenza convoca periodicamente i referenti delle singole strutture in capo alle quali vige l'obbligo di pubblicazione dei dati, verificando la correttezza delle informazioni, dati e documenti pubblicati.

Il monitoraggio esterno è effettuato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni cui sono attribuiti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit, funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Allo scopo di verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, ANAC individua annualmente specifiche categorie di dati cui gli OIV o gli organismi con funzioni analoghe, sono tenuti ad attestare la pubblicazione alla data del 30 giugno di ogni anno.

Il NVP annualmente, attraverso il documento "Griglia di rilevazione" fornita da ANAC, certifica la veridicità ed attendibilità dei dati e delle informazioni pubblicati, oggetto di attestazione, nonché la loro qualità in termini di completezza, aggiornamento e formato, secondo le indicazioni fornite da ANAC.

### **"Dati ulteriori"**

La Fondazione Besta provvede alla pubblicazione dei c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla L. 190/2012 e s.m.i. art. 1 co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., nel rispetto della normativa sulla riservatezza e sulla protezione dei dati personali.

Tali dati riguardano sia informazioni non più soggette all'obbligo di pubblicazione, ai sensi del D.lgs. 97/2016, sia nuove informazioni che saranno pubblicate nella sezione "Altri contenuti".

Si specificano di seguito le tipologie di dati che la Fondazione pubblica pur non sussistendo l'obbligo ai sensi del D.Lgs. 97/2016:

- Elenco dei provvedimenti relativi a concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (rif. norm. art. 23, c. 1, D.Lgs. n. 33/2013, art. 1, co. 16 L. n. 190/2012).
- Elenco Avvocati: la Fondazione, al fine di garantire adeguata trasparenza al processo di conferimento di incarichi di rappresentanza in giudizio, ha istituito, con deliberazione del Direttore Generale n. 99/2016 del 6 aprile 2016, un apposito elenco degli avvocati libero-professionisti dal quale attingere i nominativi dei fiduciari da nominare in relazione alle

peculiarità proprie della singola vertenza. A seguito dell’emanazione delle linee guida ANAC relative all’affidamento di servizi legali, approvate dal Consiglio dell’Autorità con Delibera n. 907, del 24/10/2018, la Fondazione con provvedimento n. 198/2019, del 27/05/2019 ha approvato l’*Avviso pubblico per l’aggiornamento dell’elenco degli Avvocati cui conferire incarichi di rappresentanza in giudizio della Fondazione e dei suoi dipendenti*”, redatto in ottemperanza alle sopra citate linee guida ANAC, pubblicato nella home page del sito della Fondazione nell’Area “*Ultime notizie*”, che consente ai professionisti di iscriversi senza limitazioni temporali. L’aggiornamento del citato Elenco avviene con cadenza periodica di norma semestrale.

Possono iscriversi tutti i professionisti in possesso di requisiti di esperienza e professionalità predeterminati. Inoltre i citati professionisti devono rendersi disponibili a praticare parcelle in ottemperanza a quanto previsto dal D.M. n. 55/2014 applicando le riduzioni massime previste dall’art. 4 del citato decreto, garantendo così adeguata economicità e contenimento dei costi complessivi. L’Elenco degli Avvocati viene pubblicato sul sito istituzionale, sia nella sezione Amministrazione Trasparente – “Altri contenuti”, sia nella pagina afferente alla S.C. Affari Generali e Legali.

- In conformità agli artt. 2 e 4 della Legge 24/2017 (Legge Gelli) e alle Linee operative Risk Management in sanità - anno 2021, nella sezione “Altri contenuti” sono pubblicati entro il 31 marzo di ogni anno i dati relativi a:
  - ✓ importo risarcimento danni in ambito sanitario: è pubblicato il dato aggregato annuo degli importi risarciti (somma complessiva dell’importo a carico della compagnia assicuratrice e/o della Fondazione) con riferimento all’ultimo quinquennio;
  - ✓ relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto, predisposta a cura del Risk Manager.
- Elenco delle richieste di risarcimento danni distinte per anno di riferimento afferenti a infezioni ospedaliere, errori nella somministrazione di farmaci, errori riconducibili all’utilizzo di dispositivi, materiali, device impiantabili, nell’impiego di sangue etc., con l’indicazione dei sinistri pagati, delle tipologie ricorrenti, delle SS.CC. coinvolte.
- Elenco degli incarichi conferiti ai legali per la rappresentanza in giudizio della Fondazione.
- Elenco delle convenzioni stipulate con le Università ed altri Enti di formazione per lo svolgimento di attività formativa specialistica e tirocini formativi presso le varie strutture della Fondazione. L’elenco è aggiornato con cadenza semestrale.
- Progetti di Ricerca: creazione nella sezione “Altri contenuti” del link alla pagina del sito istituzionale in cui verranno pubblicati i progetti di ricerca internazionali e nazionali in cui la Fondazione Besta è ente capofila o partner.
- Elenco dei beni acquisiti in comodato d’uso o in presa visione.

## SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

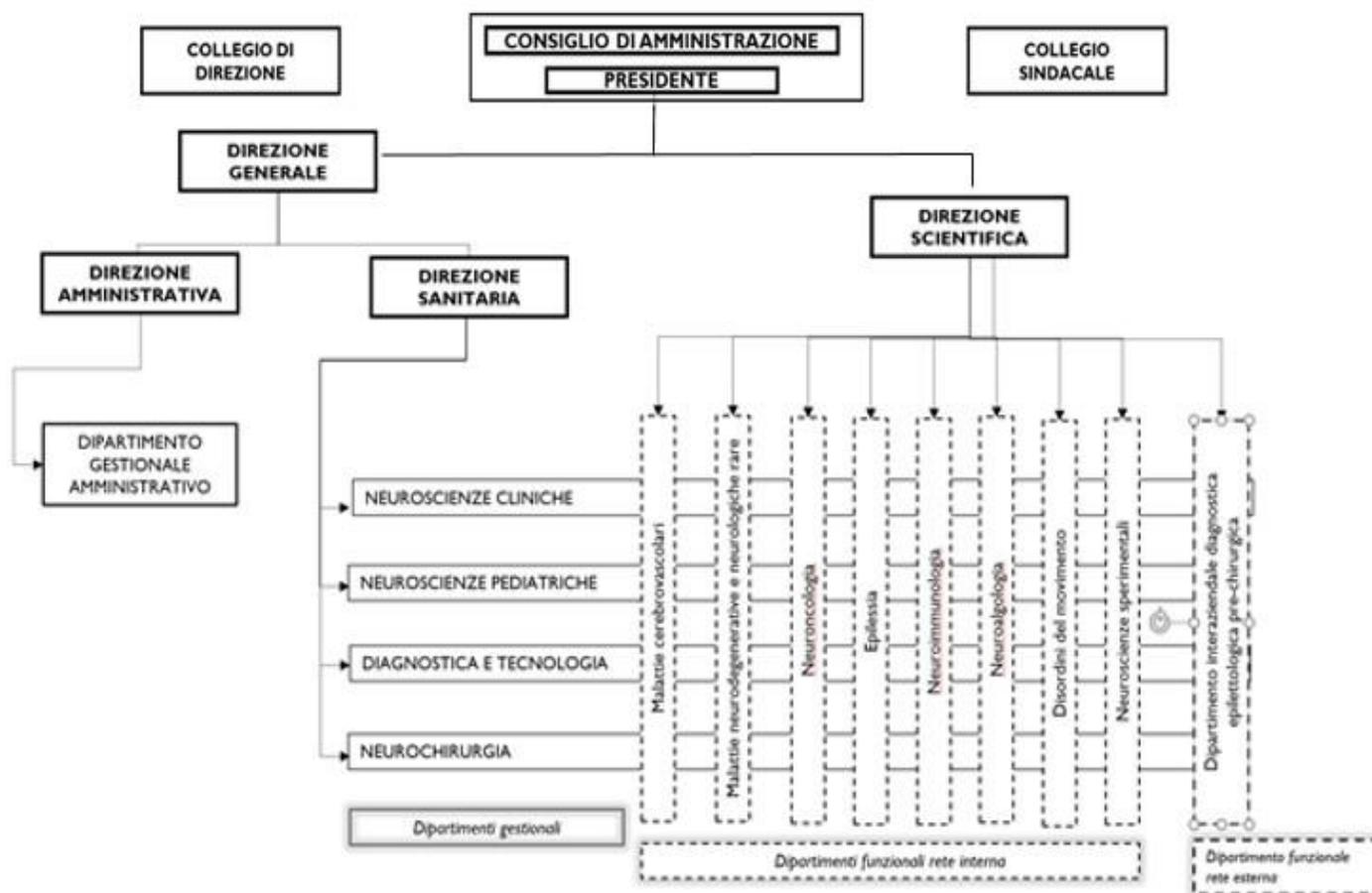
### 3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Per perseguire i compiti istituzionali, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta dalla normativa, la Fondazione IRCCS Carlo Besta definisce la propria struttura organizzativa attraverso il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) il cui aggiornamento è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. XII / 3228, del 21/10/2024.

#### Organigramma

L'organigramma sotto riportato dà evidenza della struttura organizzativa, dei ruoli e dei soggetti in posizione apicale, anche dal punto di vista gerarchico.

Le funzioni attribuite ad ogni singola struttura sono definite nel POAS.



Nel sito web della Fondazione ([www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it)) sono disponibili le informazioni, i documenti, i dati che attengono la vita e la gestione della Fondazione.

## Il Personale

Per l'assolvimento delle proprie funzioni, alla data del 1 gennaio 2025, sono presenti in organico le seguenti risorse umane.

Il numero dei dipendenti in servizio è pari a 716 unità, di cui: n. 134,00 sono dirigenti medici (dirigenti di strutture complesse, a valenza dipartimentale, semplici, dirigenti delle professionalità senza responsabilità di struttura), n. 40 sono dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi, n. 419 sono personale di comparto, n. 113 sono personale di ricerca sanitaria e n. 1 è dirigente sanitario non medico di ricerca e n. 9 sono personale di comparto finanziato da fondi privati.

### NUMERO DEI DIPENDENTI (IN SERVIZIO AL 01.01.2025)

AREA CONTRATTUALE	2025
COMPARTO	419,00
DIRIGENZA E COMPARTO FINANZIATI DA FONDI PRIVATI	9,00
COMPARTO RICERCA	113,00
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA RICERCA art. 15 octies	1,00
DIRIGENZA MEDICA	134,00
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA	40,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>716,00</b>

La Fondazione si riserva di valutare con attenzione quanto previsto dalla nota del Ministero della Pubblica Amministrazione ad oggetto "Indicazioni applicative del ricorso al trattenimento in servizio di cui all'articolo 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207" provvedendo, eventualmente, ad integrare il presente documento.

## Livelli di responsabilità organizzativa, n. di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali e simili (es. posizioni organizzative)

Con Ordinanza Presidenziale n. 27, del 7 novembre 2023 ratificata con deliberazione del C.d.A. n. V/118, del 23 novembre 2023 è stato approvato in applicazione del CCNL 2 novembre 2022 per il personale di Comparto il "Regolamento in materia di incarichi di funzione" della Fondazione IRCCS Carlo Besta.

Ai sensi degli artt. da 24 a 36 del CCNL 2 novembre 2022, sono istituiti in tutti i ruoli i seguenti incarichi conferibili al personale del Comparto Sanità:

- INCARICO DI POSIZIONE:** per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA:** per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- INCARICO DI FUNZIONE PROFESSIONALE:** per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

Non è consentita l'attribuzione di più incarichi contemporaneamente, fatto salvo l'incarico ad interim di cui al comma 10 dell'art. 26 del CCNL 2 novembre 2022.

Gli incarichi, in relazione all'articolazione organizzativa di appartenenza, sono sovraordinati come segue:

- gli incarichi di posizione sono sovraordinati agli incarichi di funzione organizzativa;



- gli incarichi di funzione organizzativa sono sovraordinati agli incarichi di funzione professionale. La sovra ordinazione interna alla singola tipologia incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale è determinata dal livello di complessità connesso a ciascun incarico con conseguente proporzionale differenziazione del trattamento economico accessorio.

Le tipologie di incarico sono delineate nei successivi articoli e riassunte nella seguente tabella:

AREA	TIPOLOGIA INCARICO
<b>ELEVATA QUALIFICAZIONE</b>	Incarico di posizione
<b>PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI</b>	Incarico di funzione organizzativa
	Incarico di funzione professionale
<b>ASSISTENTI</b>	Incarico di funzione professionale
<b>OPERATORI</b>	Incarico di funzione professionale

Il processo di graduazione viene analiticamente declinato tramite “Schede di graduazione” allegato al regolamento sopracitato tenendo in considerazione i seguenti parametri:

- 1) rilevanza strategica
- 2) livello di autonomia e grado di responsabilità
- 3) complessità organizzativa e gestionale
- 4) complessità delle competenze richieste dall'incarico.

Tali schede sono utilizzate per valorizzare ogni singolo incarico definito nell'organigramma della Fondazione IRCCS Carlo Besta.

Gli incarichi di funzione organizzativa, in base al punteggio ottenuto ad esito della pesatura, sono ricondotti ad una fascia di valori compresi fra un minimo ed un massimo predefiniti, cui corrisponde la relativa indennità economica, in base al seguente schema:

<b>INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA</b>		
FASCIA ECONOMICA	PUNTI SCHEDA	INDENNITÀ €
O-1	91 - 100	€ 11.000
O-2	81 - 90	€ 9.500
O-3	66 - 80	€ 8.000
O-4	51 - 65	€ 6.000
O-5	36 - 50	€ 5.000
O-6	25 - 35	€ 4.000

La funzione di coordinamento prevista dalla Legge n. 43 del 2006 è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione, anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi ed all'esperienza e professionalità acquisite.

Analogamente, gli incarichi di funzione professionali, in base al punteggio ottenuto ad esito della pesatura, sono ricondotti ad una fascia di valori compresi fra un minimo ed un massimo predefiniti, cui corrisponderà la relativa indennità economica, in base al seguente schema:

INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALI		
FASCIA ECONOMICA	PUNTI SCHEDA	INDENNITÀ €
P-1	91 - 100	€ 9.000
P-2	76 - 90	€ 8.000
P-3	51 - 75	€ 6.000
P-4	25 - 50	€ 4.000

Con deliberazione del Direttore Generale n. 718, del 21 novembre 2023, è stata approvata la mappatura degli incarichi di funzione istituiti nell'ambito della Fondazione IRCCS Carlo Besta, in congruità e coerenza rispetto al complessivo impianto strutturale così come articolato nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico;

Con deliberazione del Direttore Generale n. 719, del 21 novembre 2023, è stata approvata la graduazione degli incarichi di funzione e la conseguente determinazione, per ciascun incarico, della corrispondente indennità di funzione così come riportato:

N.	DENOMINAZIONE INCARICO	TIPOLOGIA	DIREZIONE / DIPARTIMENTO DI AFFERENZA	AFFERENZA GERARCHICA - STRUTTURA	FASCIA ECONOMICA
1	<i>Bilanci e rendicontazioni</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	O-1
2	<i>Gestione Finanziaria</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	P-2
3	<i>Gestione fiscale e adempimenti collegio sindacale</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	P-4
4	<i>Gestione giuridica risorse umane</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	O-1
5	<i>Gestione valutazione del personale</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	P-4
6	<i>Gestione economica e previdenziale risorse umane</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	P-3
7	<i>Formazione</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	O-4
8	<i>Ufficio Gare</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC PROVVEDITORATO ECONOMATO	O-2
9	<i>Monitoraggio esecuzione contratti</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC PROVVEDITORATO ECONOMATO	P-4
10	<i>Gestione convenzioni, rapporti istituzionali e privacy</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	P-4
11	<i>Supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e gestione dei rapporti convenzionali con università ed enti formativi</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	P-4

12	Area accoglienza e Cup Aziendale	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	O-2
13	Gestione manutenzioni	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	O-3
14	Gestione amministrativa tecnico-patrimoniale	PROFESSIONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	P-3
15	Supporto alla gestione amministrativa ed economico-finanziaria delle Direzione Scientifica	PROFESSIONALE	DIREZIONE SCIENTIFICA	DIREZIONE SCIENTIFICA	P-1
16	Gestione Processi di acquisizione apparecchiature	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	SS Ingegneria Clinica	P-4
17	Flussi Informativi	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Sanitaria	P-2

N.	DENOMINAZIONE INCARICO	TIPOLOGIA	DIREZIONE / DIPARTIMENTO DI AFFERENZA	AFFERENZA GERARCHICA - STRUTTURA	FASCIA ECONOMICA
1	Organizzazione e coordinamento Area Degenza Neurologia A	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
2	Organizzazione e coordinamento Area Degenza Neurologia B	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
3	Organizzazione e coordinamento aree ambulatoriali - ACD e Servizi di supporto	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
4	Organizzazione e coordinamento Area Degenza Neurochirurgia A	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
5	Organizzazione e coordinamento Area Degenza Neurochirurgia B - Solventi	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
6	Organizzazione e coordinamento Aree Degenza Neuropsichiatria A e Neuropsichiatria B	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
7	Organizzazione e coordinamento blocco operatorio - Neuroradiologia Intervenzionale	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-3
8	Organizzazione e coordinamento rianimazione - servizio anestesia	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
9	Organizzazione e coordinamento personale tecnico sanitario area di Neuroradiologia - Radioterapia e Neuroradiologia Intervenzionale	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
10	Organizzazione e coordinamento personale tecnico sanitario dell'area di Neurofisiopatologia e personale della Riabilitazione dell'area Adulti e Pediatrici	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
11	Coordinamento e Gestione processi Dipartimento di Neurochirurgia	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-2

12	<i>Coordinamento e Gestione processi Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
13	<i>Coordinamento e Gestione processi Dipartimento di Neuroscienze Cliniche</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-2
14	<i>Gestione processi Area delle tecnologie ad alta complessità - Radioterapia e Neuroradiologia Interventistica</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
15	<i>Organizzazione N.O.R.A. (Non operating room anesthesia)</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
16	<i>Organizzazione e coordinamento personale tecnico sanitario aree di diagnostica di laboratorio e neuropatologia</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-5
17	<i>Case manager dei pazienti con patologie neurologiche</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
18	<i>Case manager dei pazienti con patologie neuro oncologiche</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
19	<i>Gestione integrata dei pazienti ambulatoriali adulti e pediatrici, percorso PAC (pacchetto ambulatoriale complesso)</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
20	<i>Gestione processi assistenziali Dipartimento di Ricerca e Sviluppo Clinico</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4
21	<i>Coordinamento e gestione processi dipartimenti gestionali con assegnazione del personale tecnico delle professioni sanitarie</i>	ORGANIZZATIVA	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	O-4
22	<i>Sviluppo dell'attività di ricerca nell'ambito di progetti assistenziali</i>	PROFESSIONALE	DIREZIONE SANITARIA	Direzione Aziendale Professioni Sanitarie	P-4

### **Ampiezza media delle Unità Organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio**

<b>DIREZIONE/DIPARTIMENTO/SC/SS/SERVIZI/FUNZIONI</b>	<b>Numero risorse allocate</b>
<b>FONDAZIONE – PRESIDENZA</b>	<b>2</b>
<b>DIREZIONE GENERALE</b>	<b>2</b>
<b>ASSISTENZA SOCIALE OSPEDALIERA</b>	<b>1</b>
<b>CONTROLLO DI GESTIONE</b>	<b>2</b>
<b>SC SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI</b>	<b>6</b>
<b>SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE</b>	<b>2</b>
<b>SS QUALITA' E RISK MANAGEMENT</b>	<b>2</b>
<b>UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO (URP)</b>	<b>1</b>
<b>FUNZIONE DI CULTO</b>	<b>1</b>
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>4</b>
<b>ARCHIVIO SANITARIO</b>	<b>2</b>
<b>FISICA SANITARIA</b>	<b>4</b>

<b>SS DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO</b>	<b>4</b>
<b>SS FARMACIA OSPEDALIERA</b>	<b>6</b>
<b>SS INGEGNERIA CLINICA</b>	<b>5</b>
<b>SS NEUROPSICOLOGIA CLINICA</b>	<b>3</b>
<b>DIREZIONE SCIENTIFICA</b>	<b>12</b>
<b>UNITA' PRODUTTIVA TERAPIE CELLULARI</b>	<b>5</b>
<b>SC PROVVEDITORATO ECONOMATO</b>	<b>14</b>
<b>MAGAZZINO</b>	<b>2</b>
<b>SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE</b>	<b>12</b>
<b>SC AFFARI GENERALI E LEGALI</b>	<b>7</b>
<b>SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA</b>	<b>11</b>
<b>SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE</b>	<b>13</b>
<b>AREA ACCOGLIENZA E CUP AZIENDALE</b>	<b>6</b>
<b>SC GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA RICERCA E DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE E CONTABILITA' ANALITICA</b>	<b>4</b>
<b>DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E TECNOLOGIA</b>	<b>5</b>
<b>SC NEUROLOGIA 5 - NEUROPATHOLOGIA</b>	<b>7</b>
<b>SC NEUROLOGIA 6 - NEUROFISIOPATOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>SC NEUROLOGIA 7 - EPILETTOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE</b>	<b>27</b>
<b>SC NEURORADIOLOGIA</b>	<b>38</b>
<b>SC SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO GENETICA MEDICA E NEUROGENETICA</b>	<b>32</b>
<b>SSD SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO SMEL 122 CON PUNTO PRELIEVI</b>	<b>14</b>
<b>DIPARTIMENTO NEUROCHIRURGIA</b>	<b>5</b>
<b>SC NEUROCHIRURGIA 1 - NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA</b>	<b>9</b>
<b>SC NEUROCHIRURGIA 2 - NEUROCHIRURGIA NEUROVASCOLARE E DEL BASICRANIO</b>	<b>6</b>
<b>SC RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - NEURORADIOLOGIA INTERVENZIONALE</b>	<b>3</b>
<b>SC RADIOTERAPIA</b>	<b>9</b>
<b>SC TERAPIA INTENSIVA I - NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>	<b>37</b>
<b>SSD NEUROCHIRURGIA FUNZIONALE</b>	<b>5</b>
<b>SSD NEUROCHIRURGIA SPINALE</b>	<b>2</b>
<b>DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE CLINICHE</b>	<b>2</b>
<b>SC NEUROLOGIA 1 - MALATTIA DI PARKINSON E DISTURBI DEL MOVIMENTO</b>	<b>8</b>
<b>SERVIZIO RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ADULTI</b>	<b>3</b>
<b>SC NEUROLOGIA 2 - NEURONCOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>SSD CENTRO CEFALIE</b>	<b>2</b>
<b>SC NEUROLOGIA 3 - NEUROALGOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>SC NEUROLOGIA 8 - DEMENZE E PATOLOGIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE</b>	<b>11</b>
<b>SC NEUROLOGIA 9 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI</b>	<b>10</b>
<b>SC NEUROLOGIA 10 - MALATTIE NEUROLOGICHE RARE</b>	<b>6</b>

<b>DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE PEDIATRICHE</b>	<b>2</b>
<b>SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 1 - DISORDINI DEL MOVIMENTO</b>	<b>8</b>
<b>SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 2 - EPILETTOLOGIA E NEUROLOGIA DELLO SVILUPPO</b>	<b>27</b>
<b>SSD SINDROMI GENETICHE CON DISABILITA' INTELLETTIVA E DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO</b>	<b>4</b>
<b>SSD RICERCA E SVILUPPO CLINICO</b>	<b>11</b>
<b>SC NEUROLOGIA 4 - NEUROIMMUNOLOGIA E MALATTIE NEUROMUSCOLARI</b>	<b>23</b>
<b>SC NEUROLOGIA SALUTE PUBBLICA E DISABILITA'</b>	<b>10</b>
<b>SSD NEUROLOGIA - IMMUNOTERAPIA - SERVIZIO EMAFERESI TERAPEUTICA</b>	<b>1</b>
<b>SC DIREZIONE AZIENDALE PROFESSIONI SANITARIA (DAPS)</b>	<b>11</b>
<b>DAY HOSPITAL NEUROLOGICO CENT</b>	<b>25</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROCHIRURGIA A</b>	<b>29</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROCHIRURGIA B</b>	<b>27</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROLOGIA A</b>	<b>17</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROLOGIA B</b>	<b>19</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROPSICHIATRIA A</b>	<b>17</b>
<b>AREA DEGENZA NEUROPSICHIATRIA B</b>	<b>12</b>
<b>SALA OPERATORIA</b>	<b>43</b>
<b>SERVIZIO AMBULATORIO ADULTI</b>	<b>6</b>
<b>SERVIZIO ANESTESIA</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE CONSISTENZA PERSONALE</b>	<b>716</b>
<b>CONSISTENZA MEDIA</b>	<b>10,38</b>

### **INCARICHI DIRIGENZIALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN ESSERE DISTRIBUZIONE PER "GENERE"**

	<b>TOTALE INCARICHI</b>	<b>N. MASCHI</b>	<b>N. FEMMINE</b>
<b>DIPARTIMENTO GESTIONALE DI DIAGNOSTICA E TECNOLOGIA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
SERVIZIO DI MEDICINA DI LABORATORIO - GENETICA MEDICA E NEUROGENETICA	1	0	1
NEURORADIOLOGIA	2	1	1
<b>DIPARTIMENTO GESTIONALE DI NEUROCHIRURGIA</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
NEUROCHIRURGIA 1 - NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA	2	2	0
SC TERAPIA INTENSIVA 1 - NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	0	1
<b>DIPARTIMENTO GESTIONALE DI NEUROSCIENZE PEDIATRICHE</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
SSD SINDROMI GENETICHE CON DISABILITA' INTELLETTIVA E DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO	1	1	0
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 1 - DISORDINI DEL MOVIMENTO	1	0	1
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 2 - EPILETTOLOGIA E NEUROLOGIA DELLO SVILUPPO	2	0	2
<b>DIREZIONI E UFFICI DI STAFF</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
FISICA SANITARIA	1	0	1
	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

### 3.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il “lavoro agile” come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In Italia ne è stata elaborata la definizione quale: “*modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l’autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti*”.

Il lavoro agile è stato disciplinato, in particolare, dalla seguente normativa:

- Legge 7 agosto 2015, n. 124
- Legge 22 maggio 2017, n. 81
- Legge 17 luglio 2020, n. 77
- Decreto Ministro PA 19 ottobre 2020
- Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020
- Decreto del Ministro della PA 8 ottobre 2021
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021
- Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, adottate ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021 sulle quali è stata acquisita l’intesa della Conferenza unificata in data 16 dicembre 2021.
- CCNL del Comparto Sanità 2019-2021.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 112, del 23/02/2022, a seguito di avviso pubblico interno, sono stati autorizzati allo svolgimento dell’attività lavorativa in modalità “agile”, per l’anno 2022, n. 135 dipendenti:

Ricercatore sanitario	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Comparto amministrativi	Comparto tecnici/sanitari	Dirigenti Medici	Dirigenti Sanitari	Dirigenti Tecnici
36	14	37	21	6	20	1
<b>Dipendenti totali</b>	<b>Dipendenti smart working</b>					
<b>696</b>	<b>135</b>					
	<b>19%</b>					

Con deliberazione del Direttore Generale n. 396, del 13/07/2022, a seguito di avviso pubblico interno, sono stati autorizzati allo svolgimento dell’attività lavorativa in modalità “agile”, per l’anno 2022, altri n. 11 dipendenti:

Ricercatore sanitario	Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	Comparto amministrativi	Dirigenti amministrativi	Dirigenti Medici	Dirigenti Sanitari	Dipendenti smart working
6	1	1	1	1	1	11

A tutti i dipendenti a cui è stato concesso di svolgere la propria attività in modalità “agile” è stato fatto sottoscrivere un “contratto integrativo”.

In via del tutto eccezionale, durante la fase di emergenza sanitaria (periodo 2022) e nel rispetto del principio della “flessibilità” di organizzazione della propria attività, mantenendo invariati i servizi resi all’utenza come previsto dalla circolare del 5 gennaio 2022 a firma congiunta dell’ex Ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Andrea Orlando, è stato consentito, previa autorizzazione del responsabile diretto del lavoratore agile, il cumulo delle relative giornate nel limite della durata del contratto individuale. In tal caso l’utilizzo di tale modalità ha riguardato situazioni strettamente connesse con l’emergenza sanitaria in corso; ad esempio quarantena dei figli minori etc.

Per l’anno 2023 la Direzione Strategica ha stabilito, in attesa della sottoscrizione del nuovo CCNL del comparto sanità sezione “ricerca” e del nuovo CCNL della Dirigenza Sanitaria di consentire di lavorare in modalità agile solo i soggetti individuati dalla normativa vigente.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 652, del 27 settembre 2024 la Fondazione IRCCS ha adottato, a seguito della precedente esperienza, il nuovo regolamento in materia di lavoro agile lavoro agile ponendosi come obiettivi principali:

- incrementare e migliorare la work-life balance (conciliazione vita-lavoro);
- ridurre il tasso di assenteismo;
- aumentare il livello di motivazione;
- aumentare il benessere organizzativo e la conseguente fidelizzazione del personale;
- incrementare la performance organizzativa;
- ridurre l’impatto sull’ambiente in termini di riduzione dell’utilizzo dei mezzi di trasporto collettivi e/individuali contribuendo alla diminuzione del traffico veicolare e dell’inquinamento ambientale.

La Fondazione, ha stabilito di applicare l’“istituto” a tutto il personale “fragile” (anche a tempo parziale) ed al personale dipendente del comparto sezione ricerca sia a tempo indeterminato che a tempo determinato ad esclusione del rapporto a tempo parziale, purché risulti compatibile con il profilo professionale rivestito e le mansioni svolte ovvero:

- il personale che svolge attività di ricerca;
- il personale che svolge attività di study coordinator;
- il personale cosiddetto “fragile” ovvero lavoratori affetti da patologie che possono avvalersi dell’istituto stesso, secondo quanto attestato dal medico competente successivamente a specifica valutazione.

Sono esclusi dall’applicazione del lavoro agile i lavoratori con contratti di somministrazione lavoro, i contratti flessibili (collaboratori professionali in regime di P. Iva, borse di studio, etc.), i lavori in turno e quelli che richiedono l’utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

A tutti i dipendenti a cui è stato concesso di svolgere la propria attività in modalità “agile” viene fatto sottoscrivere un “contratto integrativo” che disciplina

- le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta all’esterno della sede di lavoro;
- le attività da svolgere in modalità agile;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;
- la durata del accordo individuale, le modalità di recesso d’iniziativa del dipendente, ovvero da parte della Fondazione;
- gli obblighi connessi all’espletamento dell’attività in modalità agile;
- l’individuazione delle giornate;
- la fascia di contattabilità individuata nella fascia oraria 8.30-19.30 ed il diritto alla disconnessione;
- le specifiche concernenti la connettività e la manutenzione della dotazione informatica;



- le eventuali deroghe alle previsioni generali previste in ragione della natura dell'attività svolta;
- le tutele e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

### Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

#### **DIREZIONE STRATEGICA**

È la “cabina di regia” del processo di cambiamento nella gestione del personale e promotrice dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

#### **DIRIGENTI responsabili di Struttura Complessa**

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

Oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

In coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati essi:

- monitorano e verificano le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente, in coerenza con i principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'amministrazione;
- verificano la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- determinano:
  - le attività effettuabili in modalità agile e le modalità del loro monitoraggio;
  - il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite massimo aziendale fissato nel regolamento);

#### **COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)**

Seguendo le indicazioni della Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione che ne ha ulteriormente chiarito compiti e funzioni, la Fondazione ha valorizzato il ruolo del CUG nella “realizzazione” dell'istituto del lavoro agile: il documento programmatico in materia di “smart working”, predisposto dalla Direzione Amministrativa aziendale (realizzato nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo), è stato materia di confronto in data 15/10/2020.

#### **NUCLEO DI VALUTAZIONE**

Come per gli indicatori definiti per gli obiettivi di Performance, anche per quanto riguarda il piano per il lavoro agile il ruolo del Nucleo di Valutazione è fondamentale non solo ai fini della valutazione della performance organizzativa, ma anche per verificare che la definizione degli indicatori sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

## ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Come previsto dalle “Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance” adottate con Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020, il Piano Lavoro Agile è adottato dalle amministrazioni sentite le organizzazioni sindacali, con le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

Il documento programmatico in materia di “lavoro agile” adottato della Fondazione con Deliberazione del Direttore Generale n. 652 del 27 settembre 2024 è stato oggetto di confronto sindacale concluso in data 05/09/2024

## RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE AL DIGITALE (RTD)

Il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) è una figura dirigenziale, interna a tutte le PA prevista dal CAD (Codice dell’Amministrazione Digitale, D.lgs. 82/2005). È stata ufficialmente introdotta per le PA locali con i DL 179/2016 e 217/2017 di modifica al CAD, ed è disciplinata dall’art. 17 del CAD stesso. La centralità del RTD è evidenziata anche sui piani Triennali per l’informatica nella Pubblica Amministrazione che affidano alla rete dei RTD il compito di definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari anche alla luce della progressiva evoluzione dei sistemi informativi aziendali e delle nuove esigenze nel contesto sanitario.

La Fondazione monitora costantemente la compatibilità di soluzioni ICT (di information and communication technology) attualmente in uso, con l’obiettivo – compatibilmente con le risorse disponibili - di digitalizzare i processi con una costante attuazione dell’agenda digitale, di incrementare le competenze digitali attraverso la rilevazione dei fabbisogni di formazione in ambito digitale e promuovere interventi formativi mirati.

### Programma di sviluppo del lavoro agile

Nel corso degli anni, il lavoro agile presso la Fondazione IRCCS Carlo Besta ha raggiunto un buon livello di sviluppo soprattutto dal punto di vista informatico/organizzativo.

Il “lavoratore agile” espleta l’attività lavorativa avvalendosi degli strumenti Informatici forniti dalla Fondazione o in alternativa - a seguito di verifica tecnica da parte dei Sistemi Informativi Aziendali (sistema operativo, patching e antivirus) - degli strumenti di proprietà personale. In caso di utilizzo di apparecchiatura informatica proprietà del lavoratore e a seguito di verifica tecnica, il SIA provvede all’eventuale successiva attivazione dei servizi necessari: ove necessario, allo smart worker viene fornita una VPN (virtual private network) con credenziali di sicurezza e autenticazione MFA (Multi-Factor Authentication) per poter accedere da remoto agli applicativi della Fondazione nonché alla postazione di lavoro presente presso la Fondazione.

Nel corso dell’anno 2025, al fine di mantenere alto il livello di sicurezza informatica e nel rispetto delle normative sulla Cybersicurezza, si continuerà a prestare particolare attenzione ai requisiti minimi di sicurezza dei pc personali dedicati al lavoro agile e alle regole di abilitazione e verifica della VPN. In ottica di sicurezza per l’accesso alle risorse aziendali già dal 2023 è stata completamente distribuita l’autenticazione a due fattori (MFA) per l’accesso agli account di posta personali, ai sistemi di collaboration e alla VPN aziendale.

Durante il percorso di realizzazione del POLA la Fondazione, tra l’altro, ha valutato il possesso e l’eventuale sviluppo dei seguenti elementi:

- disponibilità di accessi sicuri dall’esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l’esecuzione del lavoro, con l’utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati e VPN

- funzioni applicative di “conservazione” dei dati/prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorino dall’esterno anche attraverso il consolidamento delle soluzioni di collaboration integrate con la posta elettronica
- disponibilità di applicativi software che permettano alla lavoratrice o al lavoratore di lavorare su una fase del processo lasciando all’applicativo l’onere della gestione dell’avanzamento del lavoro, nonché dell’eventuale sequenza di approvazione di sottoprodotti da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali complessi con più attori.

Nel corso degli anni, il lavoro agile, presso la Fondazione IRCCS Carlo Besta ha raggiunto un buon livello di sviluppo soprattutto dal punto di vista informatico/organizzativo.

Il “lavoratore agile” espleta l’attività lavorativa avvalendosi degli strumenti informatici forniti dalla Fondazione o in alternativa a seguito di verifica tecnica da parte dei Sistemi Informativi Aziendali (sistema operativo, patching e antivirus) - degli strumenti di proprietà personale. In caso di utilizzo di apparecchiatura informatica proprietà del lavoratore, e a seguito di verifica tecnica il SIA provvede all’eventuale successiva attivazione dei servizi necessari: ove necessario, allo smart worker viene fornita una VPN (virtual private network) con credenziali di sicurezza e autenticazione MFA (Multi-Factor Authentication) per poter accedere da remoto agli applicativi della Fondazione, nonché alla postazione di lavoro presente presso la Fondazione.

Nel corso dell’anno 2025, al fine di mantenere alto il livello di sicurezza informatica e nel rispetto delle normative sulla Cybersicurezza, si continuerà a prestare particolare attenzione ai requisiti minimi di sicurezza dei pc personali dedicati al lavoro agile e alle regole di abilitazione e verifica della VPN. In ottica di sicurezza per l’accesso alle risorse aziendali, già dal 2023 è stata completamente distribuita l’autenticazione a due fattori (MFA) per l’accesso agli account di posta personali, ai sistemi di collaboration e alla VPN aziendale.

Durante il percorso di realizzazione del POLA la Fondazione, tra l’altro, ha valutato il possesso e l’eventuale sviluppo dei seguenti elementi:

- disponibilità di accessi sicuri dall’esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l’esecuzione del lavoro, con l’utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati e VPN;
- funzioni applicative di “conservazione” dei dati/prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorino dall’esterno anche attraverso il consolidamento delle soluzioni di collaboration integrate con la posta elettronica;
- disponibilità di applicativi software che permettano alla lavoratrice o al lavoratore di lavorare su una fase del processo lasciando all’applicativo l’onere della gestione dell’avanzamento del lavoro, nonché dell’eventuale sequenza di approvazione di sottoprodotti da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali complessi con più attori.

Per l’anno 2025 la Fondazione ha intenzione di:

- effettuare Audit di controllo periodici per verificare la correttezza degli adempimenti in materia di lavoro agile, in particolare verrà verificata:
  - la programmazione del lavoro agile
  - l’assegnazione degli obiettivi
  - il raggiungimento degli obiettivi
- effettuare un’indagine tramite questionari rivolti ai lavoratori agili ed ai Direttori afferenti con l’obiettivo di studiare e valutare gli effetti e l’impatto che hanno avuto lo smart working e l’applicazione del relativo regolamento aziendale.

### **3.3 Sottosezione - Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027**

Con D.G.R. XII/3720, del 30/12/2024 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli assessori Lucchini e Fermi)” e in particolare nell’allegato n. 10.6.4, in materia di Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, veniva precisato che “la proposta dovrà essere adottata dall’ente con apposito atto deliberativo, validato, per quanto di competenza dai propri Collegi dei Revisori e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 28 febbraio 2025, per l’approvazione e gli atti conseguenti regionali”.

La Direzione Generale Welfare, con nota prot. n. GI.2025.0007845, del 20 febbraio 2025, ha comunicato le modalità per la compilazione delle tabelle per la predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027, posticipando il summenzionato termine per la presentazione del Piano al 31 marzo 2025.

La Fondazione ha trasmesso alla Direzione Generale Welfare Regione Lombardia, in data 31 marzo 2025 (prot. n. 2428/2025), il format relativo al Piano Triennale Fabbisogni del Personale 2025-2027, redatto nel rispetto delle istruzioni per la compilazione fornite con la nota del 20 febbraio 2025 e secondo il format disponibile sulla piattaforma fluperweb.

In ordine alla succitata proposta di Piano sono state informate la RSU e le OO.SS. del Comparto, anche sezione ricerca e delle Aree Dirigenziali e la stessa è stata validata dal Collegio Sindacale nella seduta del 26 marzo 2025.

I contingenti di personale espressi in termini di fabbisogno e dotazione organica che rappresentano il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale della Fondazione per il triennio 2025-2027, sono indicati nelle tabelle allegate al presente documento, approvate con Deliberazione del C.d.A. n. VI/14, del 27 marzo 2025 (all. 3).

#### **3.3.1 Sottosezione di programmazione – Formazione del personale**

La formazione e l’aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

La presente sezione del PIAO, si prefigge pertanto la pianificazione della formazione del personale della Fondazione, finalizzata al soddisfacimento dei fabbisogni formativi rilevati ed analizzati alla luce degli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali, incluse le iniziative formative prescritte da disposizioni normative nazionali e regionali.

Sono inoltre contemplate le iniziative formative finalizzate alla diffusione dell’elevato livello di *know how* in tema di Neuroscienze proprio della Fondazione ed aperte ad utenza esterna.

Nel mese di novembre 2024 è stato avviato il processo di rilevazione dei fabbisogni formativi.

I soggetti coinvolti nel processo di rilevazione dei fabbisogni formativi sono stati: Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori dei Dipartimenti Gestionali, Responsabile DAPS, Responsabile SPP, Responsabile Ufficio Qualità e Risk Management.

Al termine del suddetto processo, si procederà all’analisi del fabbisogno formativo rilevato ed alla prima stesura del Piano di Formazione Aziendale (di seguito PFA) del personale della Fondazione relativo all’anno 2025. Tale documento verrà redatto in completa coerenza alle linee guida individuate dalla Direzione Strategica ed alle indicazioni regionali impartite in materia.

### **Obiettivi formativi strategici**

Nell'anno 2025 proseguirà l'impegno della Fondazione, già avviato nel 2024, nel sostenere l'investimento in formazione legato al PNRR (Missione 6 Salute) su eventi promossi a livello regionale legati all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0. IL Servizio Sanitario Nazionale ha infatti un percorso di trasformazione organizzativa, tecnologica e digitale per potenziare l'efficienza, l'accessibilità e la sostenibilità dell'offerta di assistenza verso i cittadini, assicurando un'evoluzione in linea con il mutamento dei fabbisogni. In tale percorso di trasformazione, assume un ruolo centrale e di interesse strategico il potenziamento del FSE con l'adesione al *“Programma per l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del Sistema Sanitario”*.

Proseguirà inoltre l'adesione al Progetto Syllabus – Competenze digitali per la P.A., promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica per la formazione sulla digitalizzazione del personale della Pubblica Amministrazione. Il progetto, avviato nel 2022 a favore del personale amministrativo e successivamente esteso ad altre figure professionali (dirigenza e comparto amministrativo e tecnico; dirigenza sanitaria non medica; personale della ricerca), verrà ulteriormente esteso nel 2025 a tutto il personale della Fondazione.

Il Progetto offre ai dipendenti pubblici una formazione personalizzata, in modalità e-learning, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di rafforzare le conoscenze su tematiche di attualità (transizione digitale, transizione ecologica, transizione amministrativa, principi e valori della P.A., ecc.)

Come di consueto, verrà garantita la prosecuzione delle attività formative per la certificazione di tutti i dipendenti sulle tematiche dettate dal D.L.gs. 81/2008 in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavori nei luoghi di lavoro, e del D. Lgs. 101/2020, che stabilisce le norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Nelle more dell'adozione del PFA, in attesa della definizione delle linee strategiche individuate per l'anno 2025, verranno inoltre mantenuti gli ambiti prioritari di formazione:

- supporto alla diffusione del know how in tema di Neuroscienze proprio della Fondazione, con la progettazione ed organizzazione di eventi formativi rivolti all'utenza esterna;
- sostegno alla qualità della ricerca scientifica attraverso lo sviluppo di attività formative finalizzate al miglioramento delle competenze dei ricercatori nel campo del trasferimento tecnologico;
- sviluppo di un'offerta formativa specifica alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, anche mediante stipula di accordi convenzionali con ordini professionali, che già prevedono un sistema di crediti formativi;
- sostegno alla cultura della legalità, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico;
- valorizzazione della Formazione Sul Campo (FSC), che include la partecipazione a gruppi di miglioramento (team multidisciplinari sia aziendali che interaziendali) e le attività di addestramento, data la sua peculiarità di favorire lo sviluppo ed il miglioramento di comportamenti professionali ed organizzativi;
- iniziative formative di sensibilizzazione sugli aspetti sia normativi che procedurali connessi alle segnalazioni di reazioni avverse di farmaci o di eventuali alterazioni di caratteristiche e prestazioni di dispositivi che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.

### **Risorse interne ed esterne disponibili e/o “attivabili” ai fini delle strategie formative**

Come previsto da procedura interna vigente (PR18 – Procedura di gestione delle attività di formazione, aggiornamento e didattica), i docenti vengono individuati dal Responsabile Scientifico dell’evento in relazione alle specifiche competenze e nel rispetto dell’equilibrio di genere, secondo quanto previsto dal Gender Equality Plan d’Istituto.

Viene incoraggiato il ricorso a docenti interni alla Fondazione per ragioni di economicità e per consentire la valorizzazione delle risorse umane aziendali e le competenze interne, con migliore contestualizzazione dell’intervento formativo.

L’individuazione di eventuale docente esterno risulta indispensabile nel caso in cui sia necessaria una professionalità o esperienza tecnico-scientifica non presente in Fondazione o un confronto con altre realtà lavorative, secondo quanto specificato in sede di progettazione dell’iniziativa formativa specifica.

Per ciascuna attività formativa, ciascun docente, sia interno che esterno, viene valutato in termini di gradimento da parte dei discenti coinvolti, che in fase di compilazione di apposito questionario di Customer Satisfaction sono invitati ad esprimere una valutazione sui seguenti item: competenza, chiarezza espositiva, interazione con l’aula, capacità andragogiche, ecc. (scala di valutazione da 0 a 4, dove 0=gravemente insufficiente e 4=ottimo).

Viene inoltre prevista la facoltà di compilazione, a cura dell’Ufficio Formazione in stretta collaborazione con il Responsabile Scientifico, di apposita scheda di valutazione del docente, al fine di effettuare una verifica della docenza anche dal punto di vista organizzativo, in termini di affidabilità, puntualità e precisione.

I dati elaborati dall’Ufficio Formazione sono oggetto di condivisione con il Responsabile Scientifico dell’iniziativa formativa, anche ai fini di una eventuale riconferma dell’incarico di docente.

### **Obiettivi e risultati attesi**

L’Ufficio Formazione adotta i seguenti indicatori di risultato periodicamente oggetto di monitoraggio, anche in considerazione degli adempimenti normativi connessi al ruolo di Provider regionale ECM-CPD:

#### **- Realizzazione del Piano di Formazione Aziendale**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra il numero delle iniziative formative contemplate nel Piano di Formazione Aziendale ed il numero complessivo delle iniziative formative realizzate nel corso dell’anno, ivi incluse iniziative non pianificate ma realizzate a fronte di sopravvenute esigenze formative (monitoraggio annuale).

#### **- Realizzazione delle iniziative formative accreditate ECM**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra il numero delle iniziative formative inserite nel portale regionale ECM ed il numero delle iniziative realmente svolte (monitoraggio annuale).

#### **- Realizzazione di eventi erogati non programmati**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra numero di eventi erogati per sopravvenute esigenze formative, pur non essendo stati programmati in sede di elaborazione del Piano di Formazione Aziendale annuale, e numero totale eventi programmati (monitoraggio annuale).

#### **- Valutazione dei dati di Customer Satisfaction**

La percentuale indicata verrà conteggiata attraverso il rapporto tra numero di eventi con sommatoria di gradimento buono/ottimo maggiore al 50% e numero totale eventi erogati (monitoraggio semestrale).

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Le fasi e le attività di monitoraggio relative al presente PIAO, sono analiticamente descritte in ciascuna sottosezione.

Il monitoraggio relativo agli obiettivi strategici e di valore pubblico avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del D.lgs. n. 150/2009.

Sarà cura della Fondazione presentare periodicamente all'OIV/Nucleo di Valutazione lo stato dell'arte degli obiettivi.

Il monitoraggio della sottosezione 2.3 *“Rischi corruttivi e trasparenza”*, avverrà secondo le indicazioni e gli atti di indirizzo di ANAC.