

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

TRIENNIO 2025/2027

**Adottato dal Consiglio di Amministrazione
Con deliberazione n. 1 del 27/01/2025**



19 febbraio 1174

“... perché abbiano cura degli infermi”

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Documento elaborato dal Gruppo di lavoro nominato con Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 72 del 27 gennaio 2022, nelle versioni:

Edizione I: PIAO 2023/2025 approvato con deliberazione CDA n. 8 del 30/01/2023

Edizione II: aggiornamento 2024 approvato con deliberazione CDA n. 2 del 29/01/2024

Edizione III: aggiornamento 2025 approvato con deliberazione CDA n. x del 27/01/2025

Sezione/Capitolo	Struttura
Scheda anagrafica dell'amministrazione	Controllo di Gestione
Valore Pubblico	Controllo di Gestione
Performance	Controllo di Gestione
Ricerca	Direzione Scientifica
Qualità e rischio	Qualità, accreditamento, internal auditing e gestione del rischio clinico
Ascolto e partecipazione	Comunicazione aziendale e URP
Innovazione tecnologica e strutturale	Ingegneria Clinica Tecnico Patrimoniale
Sostenibilità ambientale	Energy Manager Mobility Manager
Rischi corruttivi e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio
Struttura organizzativa	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Piano Azioni Positive	CUGCUG
Organizzazione Lavoro Agile	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Piano Formativo Aziendale	Formazione
Indicatori di monitoraggio	Controllo di Gestione

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025/2027

Sommario

PREMESSA.....	5
Contesto normativo	5
Acronimi.....	6
Finalità del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	7
Monitoraggio.....	8
Linee Guida per l'implementazione dei PIAO nelle aziende ed enti del SSN	Errore. Il segnalibro non è definito.
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	9
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	13
Valore pubblico	13
Il Piano della Performance 2025/2027.....	14
Il sistema di gestione della performance.....	14
Performance istituzionale: obiettivi strategici 2025/2027	15
1. Politiche sanitarie regionali	15
2. Creazione di Valore: obiettivi strategici 2025/2027	15
Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità.....	15
Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica.....	20
Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti.....	26
Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia.....	28
Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere.....	33
Formazione: formare nuovi professionisti sanitari.....	34
Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata.....	36
Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza	37
Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente	40
Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza	44
Performance organizzativa	45
Performance individuale.....	46
Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025/2027.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza ...	Errore. Il segnalibro non è definito.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione	Errore. Il segnalibro non è definito.
3. Processo e modalità di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO	Errore. Il segnalibro non è definito.
4. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione	Errore. Il segnalibro non è definito.
4A - Analisi del contesto esterno	Errore. Il segnalibro non è definito.
4B - Analisi del contesto interno e mappatura dei processi	Errore. Il segnalibro non è definito.
4C - Valutazione e analisi del rischio	Errore. Il segnalibro non è definito.
4D - Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione ...	Errore. Il segnalibro non è definito.
4E - Monitoraggio e riesame	Errore. Il segnalibro non è definito.
La trasparenza.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
L'istituto dell'accesso civico.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Le sanzioni	Errore. Il segnalibro non è definito.
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	74
Struttura organizzativa	74
Piano organizzativo del lavoro agile	Errore. Il segnalibro non è definito.
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	78
Piano formativo aziendale.....	79
Piano delle azioni positive	80
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	83

PREMESSA

Contesto normativo

- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche, disciplinante le norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, nonché le vigenti Linee di indirizzo del Dipartimento della funzione pubblica per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA;
- D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche, di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché le vigenti Linee guida del dipartimento della funzione pubblica per il Piano delle Performance;
- D.Lgs. 190/2012 e successive modifiche, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.Lgs. 33/2013 e successive modifiche, ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 124 del 7 agosto 2015 e successive modifiche, avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge n. 81 del 22 maggio 2017 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;
- D.Lgs. 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 679/ 2016;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (cd “decreto Rilancio”) convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020;
- D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, in L. n. 113 del 6 agosto 2021, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni, funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia, “che 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 entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il **Piano integrato di attività e organizzazione**” (di seguito denominato **PIAO**);
- DPR 24 giugno 2022 n. 81, recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbibili dal Piano integrato di attività e organizzazione;
- Decreto ministeriale 30 giugno 2022 del Ministro per la Pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, con cui si approva il regolamento che definisce la struttura e i contenuti dei PIAO;
- Deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione;
- Deliberazioni della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), del Dipartimento della Funzione Pubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri e successivi provvedimenti e linee guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance:
 - o n. 1/2017 Linee guida per il Piano della performance
 - o n. 2/2017 Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
 - o n. 3/2018 Linee guida per la Relazione annuale sulla performance
 - o n. 4/2019 Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche
 - o n. 5/2019 Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale
- D.Lgs. n. 288 del 16/10/2003 aggiornato con il D.Lgs. n. 200 del 23 dicembre 2022 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3”;
- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 aggiornato con il D. Lgs. n. 200 del 23/12/2022.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;

D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici” aggiornato con L. 27 novembre 2023, n. 170;

D.P.R. del 13 giugno 2023, n. 81 “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;

Delibera dell'ANAC n. 311 del 12 luglio 2023 “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”.

Delibera dell'ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 “Adozione comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione”;

Delibera dell'ANAC n. 605 del 19/12/2023 “Aggiornamento 2023 del PNA 2022”;

D.G.R. n. XII/1515 del 31/12/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Mission 6 Component 1 e Component 2 e PNC - Presa d'atto degli esiti del tavolo istituzionale del contratto istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al Piano Operativo Regionale POR - 1^ rimodulazione".

Si precisa che la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (di seguito FSGT) è subentrata a titolo universale all'ASST Monza, pertanto gli atti o i regolamenti da questa adottati e validi al 31/12/2022 sono applicabili alla FSGT fino ad adozione di nuovi provvedimenti, secondo un principio generale di continuità che si applica nei casi di trasformazione di azienda.

Pertanto, tutti i riferimenti a documenti approvati da ASST e citati nel testo del presente PIAO, si intendono correttamente riferibili alla FSGT.

Acronimi

FSGT: Fondazione San Gerardo dei Tintori

CDA: Consiglio di Amministrazione

POAS: Piano Organizzativo Aziendale Strategico

CDR: Centro di Responsabilità

SC: Struttura Complessa

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

SS: Struttura Semplice

SMVP: Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PDP: Piano della Performance

PTPCT: Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza

POLA: Piano Organizzativo del Lavoro Agile

PTFP : Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

PARM: Piano Annuale di Risk Management

PDF: Piano della Formazione

PSCL: Piano per gli spostamenti casa-lavoro

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

PNRR: Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

RPCT: Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

OIV: Organismo Indipendente di Valutazione

NVP: Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

AGENAS: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PNE: Programma Nazionale Esiti

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

CDG: Controllo di Gestione

Finalità del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è il nuovo strumento di programmazione per le pubbliche amministrazioni, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 che, in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Tale norma si inserisce nel più ampio progetto di **riqualificazione dei servizi pubblici**, operata attraverso un processo di rinnovamento della Pubblica Amministrazione che passa attraverso due linee strategiche principali: la **digitalizzazione** e lo **sviluppo delle competenze** del personale.

Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) riuniscono in modo integrato e coordinato nel PIAO, di durata **triennale con aggiornamento annuale**, tutta la programmazione finora inserita in piani differenti e in particolare:

- a) il **Piano della Performance (PDP)**, che definisce gli obiettivi strategici aziendali stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)**, che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza e in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il **Piano della Formazione (PDF)**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, alla completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Azienda volte alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne".
- g) il **Piano Annuale di Risk Management (PARM)**, che individua le aree di rischio prioritarie e gli ambiti di sviluppo del sistema di gestione del rischio per la sicurezza del paziente e delle cure, con la relativa tempistica di attuazione riferita ad ogni specifico ambito di intervento strategie e le modalità operative per l'implementazione, in attuazione delle Linee Operative regionali di Risk Management per le strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche della Lombardia;
- h) il **Piano Aziendale per l'efficientamento energetico**: finalizzato a recepire le direttive comunitarie, tra cui il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022, le indicazioni ministeriali, tra cui le «Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione», e l'adesione al Programma regionale «nEW – nuova Energia per il Welfare», articolato in 7 azioni.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

i) il **Piano per gli spostamenti casa-lavoro (PSCL)**: finalizzato a definire le misure ed i benefici conseguibili per i dipendenti, per l'impresa o PA e per la collettività, sia in termini economici e di produttività che per l'impatto ambientale e sociale. In linea con le direttive nazionali e internazionali, trasporti e mobilità sono leve fondamentali per lo sviluppo sostenibile. Nell'Agenda 2030 il trasporto sostenibile coinvolge diversi Sustainable Development Goals (SDGs) e target: SDG3 (salute e benessere) ma anche SDG11 (città sostenibili) e SDG12 (consumo e produzioni responsabili). L'importanza del tema dal punto di vista climatico (SDG13) è stata ulteriormente richiamata dall'UNFCCC, in considerazione del fatto che la mobilità genera quasi un quarto delle emissioni mondiali di gas serra.

l) la **Programmazione delle misure per l'Antiriciclaggio**: nell'attuale contesto storico è richiesta una particolare attenzione alle misure di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 231/2007 (cd. decreto antiriciclaggio) in relazione, in particolare, alle risorse messe a disposizione dal PNRR. Lo stesso Piano Nazionale Anticorruzione 2023 prevede una forte integrazione tra le attività di anticorruzione, antiriciclaggio e performance, da attuare mediante il coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo. Tale attività è supportata da una figura a tal fine preposta, il cd "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio".

Monitoraggio

I sistemi di gestione delle performance sono caratterizzati dall'utilizzo degli indicatori per la misurazione dei risultati, elementi tanto importanti quanto la definizione degli obiettivi stessi in quanto permettono di valutare i risultati conseguiti, l'accuratezza delle strategie e la determinazione delle azioni di miglioramento e la stima del loro impatto.

Il PIAO pertanto definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

La sezione 4 del PIAO, "Monitoraggio" è pertanto dedicata agli indicatori per la valutazione dei risultati conseguiti.

I risultati raggiunti e misurati con utilizzo degli indicatori saranno oggetto di rendicontazione specifica e coerente nella Relazione delle Performance, da adottare entro il mese di giugno dell'anno successivo ai sensi dell'art. 16 D.Lgs.150/2009.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La storia del San Gerardo e di Gerardo dei Tintori

Il 1° gennaio 2023, con la costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (di seguito Fondazione IRCCS), è iniziato un nuovo capitolo della storia dell'Ospedale San Gerardo dei Tintori, una storia cominciata 850 anni fa.

L'Ospedale San Gerardo deve la sua origine a **Gerardo dei Tintori (Girardus de Tintoribus)** che lo fonda nel **1174**.

Gerardo apparteneva alla famiglia benestante "dei Tintori" (de Tintoribus) o "Tintore", che fece la sua fortuna grazie alla tintura dei panni, attività molto diffusa all'epoca. Originaria di Milano, si era stabilita a Monza dove aveva una casa propria, possedimenti ed interessi e, nelle carte dell'epoca, viene ricordata come una delle più nobili e ricche famiglie della città "famiglia antica e honorata".

All'età di trent'anni Gerardo assistette personalmente alla distruzione della città di Milano, osservando la sofferenza e il dolore delle famiglie, delle donne rimaste vedove, degli anziani e dei bambini orfani abbandonati a se stessi. Decise allora di occuparsi dei poveri e dei malati, costituendo dopo la morte del padre un ospedale oltre il Lambro, nei possedimenti dei Tintori. Tutte le sue ricchezze vennero destinate all'Ospedale.



La fondazione dell'ospedale avvenne il **19 febbraio del**

1174, data in cui Gerardo stipulò con i consoli della città di Monza e con il Capitolo del Duomo, rappresentato dall'Arciprete Oberto da Terzago una convenzione nella quale se ne definiva lo status giuridico e amministrativo: l'ospedale dipendeva formalmente dall'autorità ecclesiastica, ma di fatto manteneva una sostanziale autonomia, mentre il Comune ne assumeva l'avvocazia, cioè la tutela giuridica.

Gerardo fondò un ordine di conversi laici che si occupavano di prestare servizio nell'ospedale, cui anche Gerardo apparteneva, svolgendo anche l'incarico di "ministro", cioè direttore dell'ospedale. Come risulta anche da alcuni documenti degli anni successivi, egli mantenne questo incarico fino alla morte, avvenuta il 6 giugno 1207, lasciando tutte le sue ricchezze all'ospedale. L'ospedale, attiguo alla chiesa di S. Ambrogio, viene inizialmente denominato "ospedale S. Ambrogio" o "ospedale dei poveri" e solo dal 1213 prende il nome dal santo fondatore. Gerardo, pur restando laico, divenne quindi una grande **figura di riferimento per il popolo monzese** che lo sentiva come un protettore, ancora oggi uno dei due santi patroni insieme a San Giovanni Battista.

San Gerardo e le ciliegie

Una curiosità: ogni anno il giorno del 6 giugno la città di Monza celebra la devozione a San Gerardo dei Tintori al quale sono associate le ciliegie (le ciries, in dialetto brianzolo).

Ma perché San Gerardo è associato alle ciliegie? Si narra che, in una sera di dicembre, Gerardo, che si recava spesso in Duomo a pregare, voleva restarvi per tutta la notte ma i custodi non avevano nessuna intenzione di lasciarlo fare. Per convincerli fece loro una promessa: il mattino successivo avrebbe portato in chiesa un cestello di ciliegie, nonostante fosse inverno, e così fece. Un vero e proprio "miracolo", dal momento che non erano esattamente un frutto di stagione. Proprio in ricordo di questo episodio, l'amministrazione dell'Ospedale di Monza, dedicato proprio a Gerardo Tintore, ogni 6 giugno era solita offrire ai canonici del Duomo un'abbondante colazione a base di ciliegie. La ciliegia è rimasta il simbolo dell'Ospedale, rappresentata in forma stilizzata nel logo ancora oggi visibile all'ingresso principale e nel logo.

Ospedale
San Gerardo

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Negli anni successivi alla fondazione del 1174, l'Istituzione è soggetta a evoluzioni e spostamenti di sede: nel 1769 il Governo austriaco riunisce i tre istituti, l'ospedale San Gerardo, l'ospedale San Bernardo e quello di Santa Marta, presso l'unica struttura di San Bernardo. Nel 1776 l'Ospedale, con 32 posti letto, torna nella sua antica dimora, ristrutturata, del San Gerardo. Nel 1786 l'Ospedale cambia nuovamente sede e si sposta presso il vecchio convento francescano in piazza Mercato. Nel 1792 il nosocomio ritorna ancora nella struttura del San Gerardo, ma l'immobile appare sempre inadeguato. Così si trasferisce nel 1808 presso l'ex seminario di Piazza Isola (piazza Garibaldi).

A fine ottocento l'Ospedale San Gerardo viene ingrandito, trovando collocazione nella nuova sede dell'**ottocentesco ospedale Umberto I** di via Solferino, costruzione a padiglioni che disponeva, alla sua apertura, di 208 posti letto, progettata a seguito della cospicua donazione appositamente effettuata nel 1890 dal re Umberto I e completata, in due anni, nel 1896. Il progetto, con la facciata in stile neoclassico, è dovuto all'architetto milanese Ercole Balossi Merlo.

Nel 1962 il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale San Gerardo decise di costruire un nuovo nosocomio, su progetto degli architetti romani Marino Marrazzi e Gianfranco Righini. La prima pietra di questa nuova struttura ospedaliera venne posta il 14 novembre 1964, il **"nuovo" San Gerardo** di via Pergolesi. Nel 1980 iniziò il trasferimento dei primi reparti dal vecchio ospedale di via Solferino al nuovo ospedale di via Pergolesi.

Tale struttura, attuale sede del San Gerardo dei Tintori, è dal 2019 interessata da un **progetto di riqualificazione strutturale** che ha visto la costruzione di una nuova struttura, la Palazzina Accoglienza, per la gestione dell'outpatient, il rinnovamento e la messa a norma del monoblocco.

Il percorso di riconoscimento IRCCS

Con decreto del Sottosegretario di Stato alla salute 12 ottobre 2022, adottato d'intesa con il Presidente della Regione Lombardia, è stato riconosciuto il **carattere scientifico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza, relativamente all'Ospedale San Gerardo dei Tintori nella disciplina di "pediatria"**, anche sulla base di quanto verificato dalla commissione di valutazione nel corso delle due *site visit* tenutesi in data 28 dicembre 2021 e 8 giugno 2022 ed è stata disposta la costituzione della **Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori**.

La Fondazione ha natura pubblica, non ha scopo di lucro e ha durata illimitata, è dotata di personalità giuridica, ha piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed ha sede legale a Monza, in via Giovanni Battista Pergolesi n. 33. Lo Statuto della FSGT, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. XII/555 del 3 luglio 2023, ne disciplina le finalità, l'organizzazione e il funzionamento.

L'Istituzione della FSGT rappresenta, sulla scorta della forte integrazione clinica, assistenziale ed organizzativa, la naturale evoluzione della sperimentazione gestionale, avviata con DGR VII/20887 del 2005, tra ASST di Monza, Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma e Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti De Marchi, chiamati ad operare in continuità la propria attività sotto la nuova forma dell'IRCCS.

L'assetto organizzativo della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Il 1° gennaio 2023 si è insediato il Consiglio di Amministrazione che ha provveduto ad adottare i primi atti di insediamento e di nomina al fine di dare continuità alle attività conferite.

Sono **organi** della Fondazione:

- il Consiglio di Amministrazione di cui fanno parte: in rappresentanza della Regione Claudio Cogliati, Erik Pietro Sganzerla, Anna Maria Mancuso, Francesca Maria D'Alessandro e Guido Angelo Cavaletti, designato dal Comune di Monza Paolo Tagliabue, individuato dal Ministero della Salute Francesco Minnetti, nominati dai portatori di interesse Luigi Roth (Fondazione Tettamanti) e Mauro Gallavotti (Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma)

- il Presidente: Claudio Cogliati
- il Direttore Generale: Silvano Casazza;
- il Direttore Scientifico: Pietro Invernizzi;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

L'organizzazione della FSGT è descritta dal **Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)**, adottato con deliberazione del CDA n.28 del 29/07/2024 e approvato con DGR. n. XII/3238 del 21/10/2024.

Per dettagli si rimanda ai documenti pubblicati nel portale <https://www.irccs-sangerardo.it/poas-piano-di-organizzazione-aziendale-strategico>.

Lo Statuto della FSGT è stato modificato e approvato con DGR n. XII/555 del 03/07/2023. Il testo integrale è pubblicato alla pagina <https://www.irccs-sangerardo.it/chi-siamo>.

L'assetto delle **strutture accreditate** afferenti alla FSGT è così articolato:

Ospedale San Gerardo di Monza:

702 posti letto di degenza ordinaria

28 culle

60 posti letto di day hospital

140 posti tecnici

per un totale di 930 letti attivi

Strutture ambulatoriali:

Poliambulatorio Ospedale San Gerardo

CAL – Centro di Assistenza Limitata di Monza

CAL – Centro di Assistenza Limitata di Lissone

Ambulatorio Malattie Sessualmente Trasmesse di Muggiò

Psichiatria territoriale

Ambulatorio di psichiatria e psicologia clinica dell'Ospedale San Gerardo

Ambulatorio di psichiatria di Brugherio

Centro Diurno di Brugherio

Centro Diurno di Monza

Centro Diurno Casa di Bianca (disturbi alimentari)

Centro Psicosociale di Monza

Comunità protetta di Brugherio

Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza di Brugherio

Neuropsichiatria territoriale

UONPIA Polo ospedaliero Monza

UONPIA Polo territoriale Monza

UONPIA Sede Ambulatoriale Brugherio

Centro semiresidenziale terapeutico Lo Scarabocchio di Desio

Centro terapeutico psico-socio educativo Lo Scarabocchio di Desio

Consultorio familiare

Sede di Monza, via Boito

Sede di Monza, via De Amicis

Sede di Brugherio

Sede di Villasanta

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

La FSGT partecipa numerosi reti regionali di patologia (malattie rare, oncologica, ematologica, gastroenterologica, ecc.) e alle reti di patologia tempo dipendenti, infatti numerose sono le **attività ad alta intensità di cura** tra cui si ricordano:

- DEA II livello - Il Pronto Soccorso è Struttura organizzativa complessa afferente al Dipartimento di Emergenza Urgenza (POA con DGR n° X/6295 seduta del 06/03/2017, recepito con Decreto aziendale n. 238 del 23/02/2017);
- CTS Rete Trauma Maggiore – Decreto Direzione Generale Sanità n. 8531 del 01/10/2012 e DGR XII/211 del 03/05/2023;
- Centro di riferimento di II livello nella Rete del Trauma complesso della mano e dell'arto superiore nonché HUB regionale per il trauma della mano pediatrico – Decreto Direzione Generale Sanità n. 358 del 23/01/2014 e Decreto Direzione Generale Sanità n. 4825 del 06/06/2014;
- Centro di IV livello della rete STEMI – DGR 1962 del 06/07/2011;
- Centro Stroke di II livello – Decreto 10068 del 18/09/2008 e DGR XI/7473 del 30/11/2022;
- Centro di III livello per la Rete Emorragie digestive – Decreto Direzione Generale Sanità n. 5168 dell'11/06/2012;
- Sede di SPDC per la malattia mentale in fase acuta;
- Centro regionale ECMO per il trattamento della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave e dello shock cardiogeno o arresto cardiaco refrattario – DGR 2562 del 02/12/2019;
- Centro Hub per le patologie tempo dipendenti STEMI e STROKE – DGR 2906 del 08/03/2020;
- Centro Hub COVID 19 – DGR 3264 del 16/06/2020;
- Centro di riferimento per le malattie rare pediatriche e dell'adulto;
- Centro Hub per Ostetricia e Ginecologia (DGR XI/2395 del 11/11/2019) e la T.I. Neonatale;
- Centro trapianti Midollo Osseo adulti e bambini;
- Banca degli occhi (Centro Nazionale dei Trapianti);
- Sede del coordinamento provinciale per la donazione di organi e tessuti (coordinamento Ospedaliero procurement - COP II livello)
- Attivi i percorsi preferenziali (fast track) presso gli ambulatori specialistici di Oculistica, Dermatologia, Otorinolaringoiatria

La mission della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

La Fondazione persegue finalità di **ricerca biomedica di base**, traslazionale e clinica, integrate ai compiti di **cura e assistenza di alta specializzazione**, valorizza e promuove i risultati al fine dell'innovazione e del trasferimento tecnologico salvaguardandone la finalità pubblica; persegue finalità di innovazione nell'organizzazione e gestione delle strutture pubbliche indirizzate ad assistenza e ricerca sanitaria.

A tal fine, la Fondazione:

- svolge, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e degli indirizzi impartiti dalle competenti autorità e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, al fine di costituire un **centro di riferimento nazionale**, nell'area tematica di riconoscimento, nell'ambito della funzione di vigilanza esercitata dal Ministero competente ai sensi del D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- svolge le attività nell'ambito delle aree tematiche internazionalmente riconosciute, tenuto conto della classificazione delle malattie secondo categorie diagnostiche principali (Major Diagnostic Category – MDC) integrate dal Ministero della salute con categorie riferibili a specializzazioni disciplinari non direttamente collegate alle MDC o per le quali sussistono appositi programmi di coordinamento nazionale, anche con riferimento alle classi di età;
- elabora e attua, direttamente o in rapporto con altri enti, **programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria** con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- fornisce mediante rapporti convenzionali o con altre opportune modalità, il supporto alle istituzioni di **istruzione e formazione pre e post laurea**;
- sperimenta e monitora **forme innovative di gestione e organizzazione** in campo sanitario e della ricerca biomedica, previa autorizzazione della Regione Lombardia;
- assume ogni iniziativa idonea a **promuovere la ricerca biomedica**, a tutelare la proprietà dei suoi risultati, nonché la valorizzazione economica degli stessi, anche attraverso la costituzione e/o partecipazione ad appositi organismi, Enti e società, aperti alla partecipazione dei ricercatori e di altri soggetti pubblici o privati;
- svolge ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

La Fondazione – nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria in materia di evidenza pubblica, tutela della riservatezza e assenza di conflitti d'interesse – potrà svolgere, in proprio o con altri soggetti pubblici e/o privati, attività strumentali, anche produttive, sia mediante la stipula di accordi e/o convenzioni sia costituendo soggetti giuridici, anche in forma societaria. In nessun caso eventuali perdite di tali soggetti potranno essere poste a carico della Fondazione.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La FSGT definisce la programmazione triennale lungo direttrici di **valore pubblico**, in coerenza con la mission e la vision, con l'obiettivo di consolidare la posizione nel panorama della ricerca nazionale e internazionale, ma con uno sguardo sempre attento alla tutela della salute dei pazienti e della comunità, al miglioramento in termini di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e accessibilità.

Nella sezione 2 vengono pertanto delineate le linee strategiche da cui discende la programmazione triennale istituzionale e la declinazione nella programmazione operativa.

Valore pubblico

Il Valore pubblico che la FSGT si prefigge di creare si articola nelle seguenti direttrici strategiche a partire dalle quali sono definiti gli obiettivi triennali del presente Piano:

- **Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità**
- **Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica**
- **Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti**
- **Innovazione: riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia**
- **Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere**
- **Formazione: formare nuovi professionisti sanitari**
- **Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata**
- **Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza**
- **Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente**
- **Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza**

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Gli obiettivi triennali che ne derivano sono trattati nel sistema di gestione delle performance per la declinazione, gestione, misurazione e valutazione della performance organizzativa, complessiva e delle articolazioni organizzative, e individuale.

Il Piano della Performance 2025/2027

Il sistema di gestione della performance

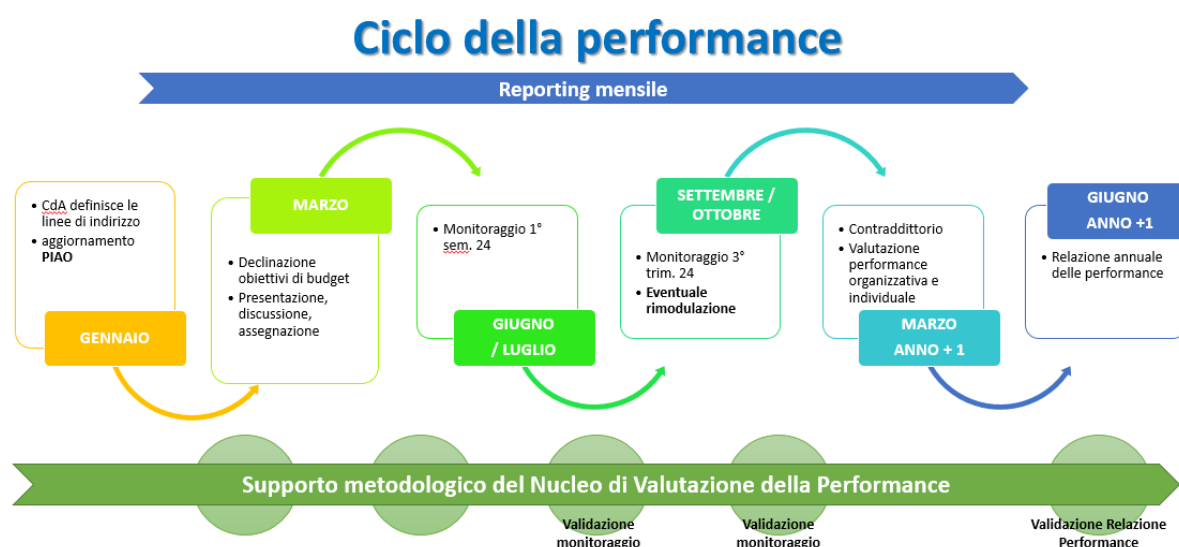
La FSGT adotta un **sistema di gestione della performance** al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi aziendali, funzionale al processo di miglioramento continuo dell'organizzazione, definito dal "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" (d'ora in poi "SMVP"), adottato dall'ASST Monza ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/2009 con deliberazione n. 122 del 30/01/2018, per quanto applicabile e comunque valido fino all'adozione del SMVP della FSGT. Il documento descrive processo, metodi, strumenti e soggetti coinvolti nel miglioramento continuo dell'organizzazione mediante la gestione della performance, ed è pubblicato nel sito istituzionale alla pagina internet: <https://www.irccs-sangerardo.it/amministrazione-trasparente>.

Le linee di indirizzo strategiche definiscono gli obiettivi triennali 2025/2027 della FSGT, successivamente declinati, nella programmazione gestionale annuale 2025, attraverso l'assegnazione di obiettivi di budget a tutte le Strutture aziendali individuate come Centri di Responsabilità (CDR) nel POAS (SC, SSD, Uffici e Funzioni). L'assegnazione degli obiettivi e il monitoraggio attraverso il reporting sono svolti secondo i criteri di trasparenza e partecipazione in modo da **garantire, attraverso sistemi premianti selettivi, la cultura del merito e il miglioramento della performance**.

Il processo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, con collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse definita nel bilancio di previsione annuale adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 10 del 20.12.2024;
- 2) Monitoraggio della performance in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 3) Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, con utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 4) Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi mediante adozione e pubblicazione della "Relazione annuale sulla performance" entro il mese di giugno dell'anno successivo di quello di competenza.

Il processo di programmazione tipico si articola, indicativamente, secondo il seguente cronoprogramma:



VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Il NVP (<https://www.irccs-sangerardo.it/oiv>) nominato con Decreto del DG n. 874 del 29/08/2025, supporta il ciclo di gestione della performance. È infatti l'organismo aziendale preposto al monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, assicurando il supporto operativo e tecnico alle attività di misurazione e di valutazione delle performance, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o alle aree di responsabilità ed ai singoli dipendenti.

Performance istituzionale: obiettivi strategici 2025/2027**1. Politiche sanitarie regionali**

La FSGT partecipa all'attuazione delle politiche sanitarie regionali, delineate dalle "Regole per la Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale" ovvero dagli "Indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale", (le c.d. "regole di sistema") adottate con DGR Regionale n. XII/3720 del 30.12.2024, che saranno poi declinate negli atti conseguenti.

Si precisa che, per le Fondazioni I.R.C.C.S. di diritto pubblico, gli obiettivi regionali sono recepiti, quali linee di indirizzo, dal Consiglio di Amministrazione nella formulazione degli obiettivi dei Direttori Generali.

Al fine di garantire il loro pieno raggiungimento, gli obiettivi regionali sono assegnati ai referenti interni aziendali individuati per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione e vengono declinati alle articolazioni aziendali coinvolte, mediante il budget, al fine di consentire un'azione coordinata e funzionale all'efficacia dell'azione aziendale a completamento e integrazione del processo di gestione della performance organizzativa.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il tendenziale raggiungimento del 100% di risultato rispetto agli obiettivi e relativi indicatori previsti dalla Regione e dalla Direzione Generale Welfare (obiettivi regionali "regole di sistema", piani e programmi regionali) e approvati dal Consiglio di Amministrazione dell'IRCCS.

2. CREAZIONE DI VALORE: OBIETTIVI STRATEGICI 2025/2027**• Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità****Volumi**

La FSGT si impegna a fornire adeguati e appropriati volumi di prestazioni sanitarie al fine di dare risposta ai bisogni di salute dei pazienti.

Sono di seguito riportati i volumi delle principali linee di produzione aziendali del 2024 (dato stimato in pre-chiusura):



VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Il valore della produzione di prestazioni erogate per conto del SSN è regolamentato, nel quadro programmatico regionale, con risorse definite dal contratto annuale per la loro remunerazione. Gli obiettivi di produzione sono raggiunti e superati nel 2024, per un valore stimato di sovra-produzione pari a circa 4 milioni di euro.

La valorizzazione delle prestazioni erogate nel 2024, è dettagliata nella seguente tabella:

DESCRIZIONE	CONTRATTO 2024	PROIEZIONE AL 31/12/2024
RICOVERO E CURA	€ 131.726.892	€ 133.830.000
AMBULATORIALE (INCLUSO PS) E PRESA IN CARICO CRONICO	€ 64.929.059	€ 68.000.000
SCREENING	€ 857.334	€ 750.000
PSICHIATRIA (46/SAN)*	€ 3.846.766	€ 3.516.000
NPIA*	€ 1.670.349	€ 1.670.349

Chirurgia robotica

Nel corso del 2024 è stato attivato il sistema di chirurgia robotica, con inizio attività nel Febbraio '24.

Complessivamente sono stati effettuati i seguenti interventi, superando il target regionale:

DISCIPLINA	N. INTERVENTI
CHIRURGIA GENERALE	180
CHIRURGIA TORACICA	60
GINECOLOGIA CHIRURGICA	115
UROLOGIA	13
TOTALE	368

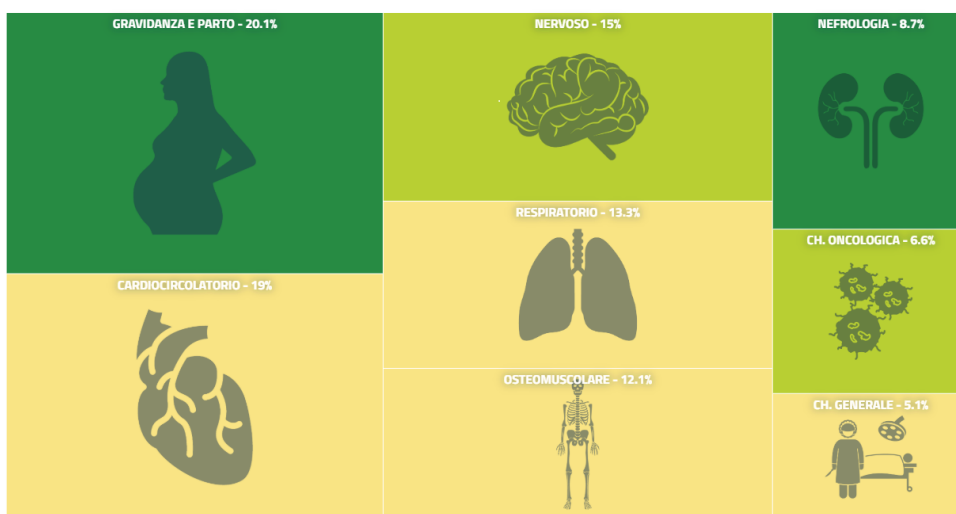
Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è l'allineamento dei volumi di produzione a quelli previsti dalla programmazione regionale e definiti dai contratti di remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSN, con attenzione alla razionale saturazione della capacità produttiva (tasso occupazione posto letto, saturazione risorse di sala operatoria e ambulatori), mettendo a disposizione del territorio tutte le proprie competenze, tecnologie e professionalità comprese quelle rivolte a pazienti ad alta complessità assistenziale.

QUALITÀ ED ESITI

La FSGT promuove la qualità delle cure misurata e valutata nei sistemi di valutazione della performance in sanità cui fa riferimento Regione Lombardia, in particolare il PNE – Programma Nazionale Esiti e il Network delle Regioni - MeS Scuola Universitaria Superiore S. Anna, mediante monitoraggio degli indicatori e attivazione degli opportuni interventi correttivi.

La valutazione degli **indicatori del PNE ed. 2024, con dati riferiti al 2023**, mostra un miglioramento degli indicatori area nefrologica, sistema nervoso e osteomuscolare:

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025



Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso

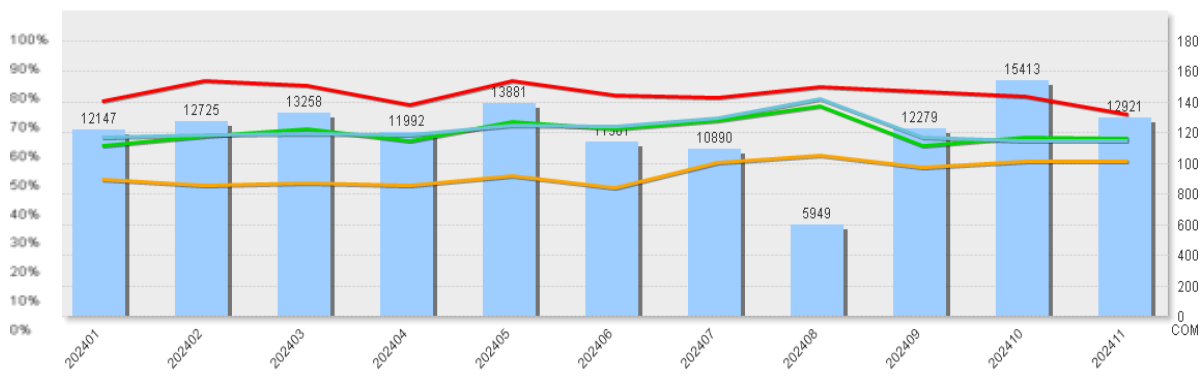
Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il miglioramento degli indicatori di performance non-pienamente positivi e il mantenimento di quelli con performance elevata.

Accessibilità: i tempi di attesa

Il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie elettive, ambulatoriali, diagnostiche e chirurgiche, è un obiettivo prioritario perseguito attraverso un'attenta e costante attività di programmazione e verifica, a cura del Comitato dei Tempi di Attesa, che coinvolge la Direzione Strategica e i professionisti aziendali, tra cui il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa.

Superato il lungo periodo di emergenza sanitaria correlata alla pandemia, la FSGT si pone come obiettivo prioritario l'equità, garantita dalla trasparenza dei percorsi e da un'attenta e puntuale attività di programmazione delle attività con assegnazione delle risorse basata su criteri di rispetto delle liste di attesa e delle priorità cliniche assegnate.

Nel grafico seguente sono rappresentati i dati mensili 2024 dei volumi di **prestazioni ambulatoriali e diagnostiche** erogate e le percentuali di rispetto dei tempi attesi per classe di priorità, con riferimento alle prestazioni "critiche" monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:



Legenda:

quantità casi = n.ro prestazioni erogate

% Prest = percentuale prestazioni erogate nei tempi di attesa per classe di priorità (U = Urgente entro 3 gg, B = Breve entro 10 gg, D = Differibile entro 30 giorni, P = Programmabile)

■ QUANTITA_CASI
■ %_Prest_Max_B
■ %_Prest_Max_D
■ %_Prest_Max_P
■ %_Prest_Max_U

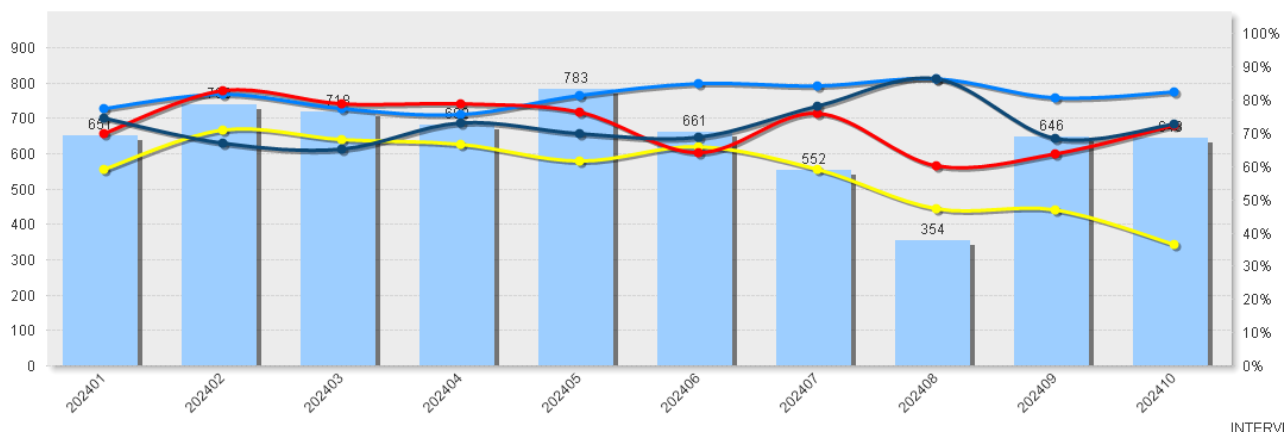
VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Per quanto riguarda le **prestazioni chirurgiche elettive, oncologiche e non oncologiche**, monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, l'andamento mensile di volumi e percentuali di rispetto dei tempi di attesa è riportato dai seguenti grafici:

Interventi chirurgici oncologici di classe A: tempi di attesa rispettati nell'86% dei casi (dati di pre-chiusura delle SDO anno 2024), in linea con l'obiettivo regionale di sistema



Interventi chirurgici non oncologici: tempi di attesa rispettati nel 73% dei casi (da aprile obiettivo regionale) (dati di prechiusura delle SDO anno 2024), tenuto conto della priorità data agli interventi oncologici di cui la FSGT è attrattiva in parecchi ambiti:



Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il miglioramento degli indicatori dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prioritariamente contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) e l'adesione alle indicazioni regionali mirate al contenimento dei tempi di attesa.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Accessibilità: Pronto Soccorso

Negli ultimi anni si è determinato, a livello nazionale, un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, per molteplici concause esogene (tra le principali l'invecchiamento della popolazione, l'inappropriato ricorso al PS e la carenza di strutture territoriali alternative) ed endogene (possibile riduzione dei posti letto o ritardi nella diagnostica di supporto o il fenomeno del cosiddetto "**boarding**", ovvero la presenza di pazienti in PS in attesa di ricovero in reparto, con valore soglia fissato in 8 ore).

La gestione del Pronto Soccorso è un obiettivo prioritario del SSR lombardo, come specificato anche nelle Regole del SSR 2025 adottate con DGR n. XII/2854 del 29.07.2024.



Le linee di indirizzo regionali e il supporto fornito da AREU nel fornire dati di monitoraggio attraverso i Sistema di Emergenza Urgenza On-line (EUOL), hanno dato impulso alla realizzazione di alcuni interventi di miglioramento dell'accoglienza dei percorsi di Pronto Soccorso nel nosocomio del San Gerardo, tra cui:

- Gestione dei **flussi dei pazienti** mediante l'attività del Servizio di Bed Management, prevedendo la presenza di un presidio afferente a tale Servizio in un'area dedicata del Pronto Soccorso, nella fascia oraria dalle 8.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì, e dalle 8.00 alle 14.00 nei giorni di sabato e festivi. Il servizio si avvale di un applicativo informatico appositamente sviluppato per tale attività.
- **rilevazioni puntuali di indicatori** (n° pz in attesa, tempi di attesa per la visita, tempi di sbarellamento ambulanze, pz. in attesa di ricovero, ecc.) ed alla verifica degli aspetti strutturali (funzionamento monitor informativi, segnalazione guasti/danneggiamenti, dotazione barelle, ecc.) necessarie all'attivazione tempestiva di azioni di miglioramento.
- Presa in carico, nella prospettiva di una adeguata accoglienza, del **paziente anziano fragile**, con particolare riguardo durante le ondate di calore e con sintomatologia correlata, e, attraverso l'assegnazione in fase di triage, in condizioni di assoluta stabilità clinica, del **codice azzurro** che conferisce al paziente una priorità di accesso rispetto ai codici verdi.
- Attivazione dell'**admission room**, per il ricovero dei pazienti da PS in attesa dell'invio nel reparto di competenza, e dell'**OBI Geriatrica**, finalizzata a delineare rapidi percorsi diagnostici e terapeutici per i pazienti anziani, riducendo il numero di ricoveri evitabili e garantendo una dimissione sicura con un minor rischio di rientro in PS.
- Estensione, in un'ottica di miglioramento dell'accoglienza e della appropriata gestione della specifica casistica, delle attività delle **Assistenti sociali** e del **Servizio di Dimissioni Protette** in PS, in modo da intercettare prematuramente situazioni sociali e socio-sanitarie problematiche, riducendo i ricoveri sociali.
- **Periodica revisione dei contenuti del Piano di Gestione del Sovraffollamento** sulla base delle azioni definite dalla DGR XI/6893 del 05/09/2022, con attività di condivisione e definizione operativa dei contenuti, svolta *on site* presso i reparti dell'area medica da parte della Direzione Medica di Presidio e del Servizio di Bed Management.
- **Briefing periodici e standardizzati** (anche tre volte a settimana nei periodi di maggiore sovraffollamento) della Direzione di Presidio e del Servizio di Bed Management con i referenti medici dei reparti di degenza e del Pronto Soccorso, finalizzati a valutare eventuali criticità e relative azioni di miglioramento in merito al flusso dei ricoveri urgenti.
- Corsi di **formazione sulla prevenzione e gestione dei comportamenti violenti e del rischio di aggressione** nei contesti sanitari, che prevedono anche il coinvolgimento del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e adesione al **progetto coordinato dalla Prefettura di Monza** per definire delle modalità per la richiesta prioritaria d'intervento presso il PS, in modo da prevenire o interrompere gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- Attivazione di un **progetto di accoglienza** con l'obiettivo di orientare i pazienti e i familiari all'interno del PS e facilitare le relazioni informative tra operatori sanitari e familiari dei pazienti.
- Predisposizione del progetto di ristrutturazione ed ampliamento del PS approvato con DGR n. 3518 del 02/12/2024.

I principali obiettivi per il triennio 2025/2027 della FSGT sono:

- prosecuzione delle progettualità avviate nel 2024
- miglioramento degli indici di affollamento rilevati da AREU.
- valorizzare il ruolo di Istituto di Ricerca della Fondazione IRCCS, collaborando nelle sedi istituzionali nel raggiungimento di un appropriato mix tra attività clinica, a servizio del territorio, e di ricerca a vantaggio di una popolazione più ampia

Progettualità promossa dalla Presidenza della Fondazione: Arte come cura e Valorizzazione dei Beni Culturali

La Presidenza della Fondazione IRCCS pone quale obiettivo di ampio respiro avvicinare l'arte ai pazienti ospitati nelle corsie, ai loro famigliari e ai professionisti che prestano loro assistenza

L'arte, la fruizione di immagini, suoni, parole, emozioni è già cura come dimostrano innumerevoli studi scientifici; parafrasando un grande artista che ha profondamente segnato la cultura nel secolo scorso, Pablo Picasso, "l'arte scuote dall'anima la polvere accumulata nella vita di tutti i giorni".

Questo percorso di umanizzazione delle cure si intreccia con la valorizzazione del patrimonio culturale presente all'interno della Fondazione IRCCS. Con oltre 850 anni di storia, l'ospedale è uno dei più antichi d'Italia ancora in attività e custodisce veri e propri tesori, come la quadreria dei benefattori, l'archivio storico e il patrimonio storico-architettonico. La Presidenza si impegna a promuovere e far conoscere questi beni al pubblico attraverso mostre, eventi e convegni, anche con il supporto di figure professionali dedicate, come il conservatore dei beni culturali. Nello svolgimento di tali attività la Presidenza della FSGT potrà avvalersi della collaborazione dell'*Advisory Board* Culturale formalizzato in data 08/08/2024.

L'IRCCS nel corso del triennio 2025-2027 promuoverà e investirà tutte le risorse possibili e le competenze per sostenere queste progettualità.

• **Ricerca: promuovere la ricerca e l'innovazione clinica**

Gli obiettivi nell'area della ricerca della FSGT per il triennio 2025/2027 possono essere distinti in due tipologie:

1. Obiettivi gestionali e amministrativi legati all'organizzazione della Direzione Scientifica
2. Obiettivi scientifici specifici della ricerca riferita all'area pediatrica, in coerenza con il riconoscimento del carattere scientifico.

Obiettivi gestionali e amministrativi legati alla organizzazione

Dal momento del riconoscimento carattere scientifico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza, relativamente all'Ospedale San Gerardo dei Tintori nella disciplina di "pediatria" (decreto del Sottosegretario di Stato alla Salute del 12 ottobre 2022 d'intesa con il Presidente della Regione Lombardia) le attività istituzionali, per il settore della ricerca, si sono concentrate sulla strutturazione della Direzione Scientifica quale punto di riferimento, coordinamento e gestione della ricerca dell'IRCCS, in correlazione con gli aspetti amministrativo-contabili. Nel corso del 2023 è stato iniziato un processo di valutazione retrospettivo della performance scientifica della FSGT, unitamente ad un processo di consolidamento svolto nel 2024.

Il triennio 2025/2027 vedrà la continuazione delle iniziative intraprese nel 2024 volte a strutturare maggiormente e implementare il personale afferente alla Direzione Scientifica, così da completare le attività di

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

consolidamento organizzativo, anche in relazione al nuovo POAS approvato dalla Giunta della Regione Lombardia con Deliberazione n. XII/3238 del 21/10/2024.

In particolare, si prevede di:

1. dotare gli uffici della Direzione Scientifica di personale secondo gli specifici fabbisogni in base alle attività svolte
2. implementare l'informatizzazione dei processi gestionali della ricerca, sviluppando un software che permetta la gestione sia dei dati necessari per la rendicontazione della ricerca corrente e sia dei progetti di ricerca. A tale scopo nel 2024 FSGT è entrata a far parte del Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica (CBIM), ente che gestisce le piattaforme informatiche del Ministero della Salute
3. implementare i criteri di assegnazione interna delle risorse della Ricerca Corrente e dei Fondi Piramide
4. analizzare i dati di performance scientifica della FSGT (attività 2024) in modo da poter impostare obiettivi per gli anni futuri
5. gettare le prime basi volte a proiettare FSGT verso partnership per l'internazionalizzazione della Ricerca

Sulla scia di quanto elaborato inizialmente, già nel 2023, circa la revisione degli atti regolatori l'attività della ricerca, in attuazione delle prescrizioni del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 *"Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico"*, nel corso del 2024 è stato approvato un nuovo Regolamento per la ricerca e la Sperimentazione clinica della Fondazione IRCCS, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 1273 del 19/12/2024. La prospettiva per il triennio 2025/2027, dunque, sarà quella di proseguire nelle attività di revisione/stesura di regolamenti/procedure/linee di indirizzo al fine di garantire, sia all'interno che all'esterno dell'IRCCS, uniformità operativa e rispetto delle regole nazionali ed internazionali della ricerca clinica da parte di tutti gli operatori/ricercatori/sponsor, nel rispetto dei principi cardine dell'attività della ricerca, cioè:

- affidabilità nel garantire la qualità della ricerca, intesa come qualità della progettazione, della metodologia, dell'analisi e corretto uso delle risorse;
- onestà nello sviluppare, condurre, revisionare, presentare e comunicare la ricerca in maniera trasparente, equa, completa e obiettiva;
- rispetto per i colleghi e per tutti i partecipanti alla ricerca, per la società, gli ecosistemi, il patrimonio culturale e l'ambiente;
- responsabilità per la ricerca dall'ideazione alla pubblicazione, per la sua gestione e organizzazione, per la formazione, la supervisione e il tutoraggio, e infine per i suoi impatti più ampi sulla società.

In ragione di ciò, nel corso del triennio 2025/2027, si prevede di:

1. redigere e adottare un Regolamento di gestione dei quaderni di laboratorio
2. redigere e adottare un Regolamento brevetti
3. redigere e adottare una Procedura operativa per la gestione delle prestazioni aggiuntive nelle Sperimentazioni cliniche
4. redigere e adottare un Regolamento concernente la composizione e il funzionamento dell'Internal Review Board
5. redigere e adottare un Regolamento per la gestione di missioni/formazione nell'attività di Ricerca scientifica e Sperimentazione clinica a livello nazionale e internazionale

Obiettivo specifico, infine, sarà quello di superare positivamente la *site visit* da parte del Ministero della Salute decorsi due anni dal riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori.

Obiettivi scientifici specifici della ricerca

Gli obiettivi specifici della ricerca della FSGT derivano direttamente dalla Programmazione Triennale delle Linee di Ricerca 2025/2027, presentata al Ministero della Salute nel mese di ottobre 2024. La FSGT ha presentato quattro linee di ricerca in area pediatrica, che è l'area di riconoscimento come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

→ Linea di Ricerca n. 1 – Genetica e Malattie rare e complesse in Pediatria e nella transizione all'età adulta**A. DESCRIZIONE LINEA DI ATTIVITA'**

Questa linea di ricerca si propone di integrare in un approccio olistico la ricerca di base per identificare alterazioni genetiche di malattia rare ed ultra rare, alla comprensione dei meccanismi biomolecolari della malattia e ad un approccio di assistenza e cura che deve prevedere l'integrazione tra le diverse discipline cliniche e di laboratorio coinvolte nei processi diagnostici e terapeutici, nell'ottica della medicina personalizzata, sia in relazione all'età di diagnosi (prevalentemente in età pediatrica) che nella fase di transizione all'età adulta. Di queste fanno parte le tecniche “-omiche” per comprendere i meccanismi biomolecolari delle diverse malattie, imaging e sviluppo e applicazione di ATMP (*Advanced Therapeutic Medical Products*).

B. PREMessa/BACKGROUND

Attualmente la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (FSGT) di Monza, è la seconda struttura in Lombardia per numero di Piani Terapeutici attivi nell'ambito delle malattie rare, con continuo incremento solo dopo la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Le competenze multi-specialistiche della FSGT rendono possibile la gestione di pazienti in età pediatrica con patologie multifattoriali e complesse sia da un punto di vista medico che chirurgico.

In particolare:

- a. Genetica molecolare e genomica funzionale
- b. Malattie metaboliche
- c. Malattie rare del sangue e del sistema immunitario
- d. Genetica clinica e dismorfologica
- e. Malattie neurologiche e neuropsichiatriche
- f. Malattia malformative craniofacciali
- g. Malattie rare del fegato

C. OBIETTIVI GLOBALI

Un approccio a 360 gradi alle malattie multifattoriali e complesse in età pediatrica con l'obiettivo di migliorare i percorsi diagnostici, la conoscenza delle basi fisiopatologiche e molecolari di alcune malattie rare nonché l'applicazione di percorsi di “transizione all'età adulta” per le malattie rare diagnosticate in età pediatrica e che si sono sviluppate grazie all'attività di ricerca preclinica in aree diverse della pediatria.

Risultati attesi e misurabili nel triennio:

- Coordinamento nell'applicazione di nuove tecnologie genomiche come riferimento regionale x l'applicazione di NGS alla pratica clinica, di consulenza genetica prenatale (x le patologie fetali) neonatale e pediatrica;
- Consolidare ruolo di riferimento a livello regionale nell'ambito delle malattie rare;
- Partecipare a trial clinici nazionali ed internazionali;
- Identificare possibili correlazioni genotipo-fenotipo e contribuire allo sviluppo di linee guida diagnostiche ed assistenziali nelle aree di competenze;
- Ottimizzare percorsi di diagnosi e cura nell'ambito delle malattie complesse attraverso l'integrazione di competenze multi-specialistiche anche prevedendo l'individuazione di strutture organizzative specifiche;
- Promuovere stretta collaborazione con le realtà di Associazioni di Genitori di pazienti affetti da malattie rare x garantire un approccio integrato di cura, assistenza e ricerca;
- Contribuire alle reti ERN (European Reference Network) nelle aree di competenza

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025**→ Linea di Ricerca n. 2 – Oncologia pediatrica e Terapie innovative (cellulari e geniche)****A. DESCRIZIONE LINEA DI ATTIVITA'**

Diagnosi, cura e assistenza del bambino e dell'adolescente affetto da malattie emato-oncologiche (leucemie, linfomi e malattie oncologiche rare ad origine emopoietica), in particolare nella stratificazione immunologica e molecolare dei pz di tutti i centri italiani della rete di Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP) arruolati nei protocolli nazionali ed internazionali. Negli ultimi 5 anni le attività di ricerca traslazionale sono state estese ai tumori cerebrali in età pediatrica come risultato di una stretta collaborazione clinica e scientifica tra la FSgt e la Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori, Milano.

B. PREMESSA/BACKGROUND

La linea di ricerca studia:

- il ruolo delle alterazioni genetiche, epigenetiche e post-trascrizionali, che contribuiscono alla trasformazione della cellula leucemica con particolare riferimento alla leucemia linfoblastica acuta (LLA);
- l'impatto della stratificazione biomolecolare dei pazienti per un appropriato arruolamento a protocolli di diagnosi e cura nazionali ed internazionali nella definizione di una medicina di precisione;
- l'immunoricostruzione e le complicazioni del trapianto di cellule staminali emopoietiche
- la complessa interazione tra le cellule del microambiente della nicchia emopoietica normale e leucemica;
- cellule CAR T per il trattamento di leucemie linfoidi e mieloide;
- cellule mesenchimali staminali di derivazione sangue midollare e cordonale per medicina rigenerativa;
- cellule con attività immunoregolatrice;
- cellule staminali emopoietiche geneticamente modificate per terapia genica;
- protocolli di prevenzione, diagnosi e trattamento degli effetti a lungo termine dei pazienti guariti da tumore in età infantile sia attraverso la comprensione di alcuni aspetti di tossicità specifica a carico del sistema nervoso e del tessuto osseo sia mediante il consolidamento e sviluppo degli studi osservazionali come evoluzione dei Registri Offtherapy già attivi dal 1980 all'interno dell'AIEOP.

C. OBIETTIVI GLOBALI

Promuovere l'approccio olistico al bambino/adolescente affetto da patologie emato-oncologiche che veda nell'integrazione tra ricerca, cura e assistenza la risposta più adeguata a patologie che richiedono sempre di più un approccio individualizzato (medicina di precisione) per migliorare la sopravvivenza ma anche la qualità di vita del paziente "guarito" sia in termini di morbidità che di mortalità a lungo termine. Le attività prevedono il coordinamento di protocolli di diagnosi e cura a livello nazionale ed internazionale, studi di fase I/II in età pediatrica e trasferimento tecnologico per l'oncologia pediatrica in Paesi con risorse limitate all'interno di programmi di cooperazione agli sviluppi.

Risultati attesi e misurabili nel triennio:

- Identificazione e validazione di nuovi biomarcatori predittivi della gravità, della malattia e della risposta alla terapia nelle leucemie del bambino/adolescente;
- Coordinamento di studi clinici per la diagnosi e trattamento delle leucemie del bambino/adolescente;
- Coordinamento e partecipazione a protocolli con farmaci sperimentali in studi nazionali ed internazionali di Fase I/II;
- Identificazione di nuovi bersagli biomolecolari della cellula leucemica e generati dall'interazione tra cellula tumorale e microambiente della nicchia emopoietica;
- Sviluppo di modelli preclinici per valutare l'efficacia di nuove strategie terapeutiche;
- Sviluppo e applicazione clinica di nuovi approcci di terapia genica delle leucemie basati su cellule CAR T;
- Contribuire alla rete ERN e a networks internazionali di ricerca clinica a traslazionale sulle leucemie in età pediatrica.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025**→ Linea di Ricerca n. 3 – Reumatologia Pediatrica****A. DESCRIZIONE LINEA DI ATTIVITA'**

La linea si propone di sviluppare progetti di ricerca clinica con particolare riferimento alla sperimentazione di nuovi farmaci nell'ambito della reumatologia pediatrica. utilizzando il network internazionale tra centri clinici denominato Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO).

La ricerca collaborativa internazionale si baserà sui ricercatori della rete e sulle collaborazioni con altre reti di ricerca (www.prcsg.org) e con le maggiori società scientifiche (www.pres.eu) del settore per la progettazione, implementazione, analisi e pubblicazione di:

- Sperimentazioni cliniche
- Altri studi collaborativi nazionali ed internazionali.

B. PREMESSA/BACKGROUND

La ricerca di nuovi farmaci per la cura delle malattie reumatiche del bambino, e per la pediatria in generale, ha ricevuto un grosso impulso nelle ultime 2 decadi grazie a diversi fattori:

- l'approvazione, a partire dal 2000, della "regola pediatrica" da parte delle agenzie regolatorie (Food and Drug Administration-FDA ed European Medicine Agency-EMA). La regola pediatrica dice infatti che ogni industria che intenda registrare un nuovo farmaco per uso nell'adulto deve fornire dati sulla sua sicurezza e sulla sua efficacia anche nel bambino se, nel bambino, esiste una malattia analoga a quella per cui viene chiesta la registrazione nell'adulto.
- La comparsa di nuovi farmaci (agenti biologici e piccole molecole)
- L'esistenza di grandi reti di ricerca pediatriche a livello internazionale quali il Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO, www.fondazioneprinto.it, ONLUS/ETS), il Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG) e la Pediatric Rheumatology European Society (PreS).

Per questi motivi si propone di attivare un "Programma di ricerca clinica e collaborazioni internazionali in reumatologia pediatrica".

C. OBIETTIVI GLOBALI

L'attività di ricerca precedentemente delineata sarebbe fortemente facilitata da una parallela attività assistenziale che dovrebbe avere come obiettivi di medio lungo termine:

- Il raggiungimento di una adeguata notorietà nazionale ed internazionale
- La fidelizzazione dei pazienti regionali ed extra-regione

L'unità di "Ricerca clinica in reumatologia pediatrica" potrebbe facilmente attrarre personale con adeguata esperienza clinica e di ricerca.

Per questi motivi si propone anche di attivare un "Centro assistenziale in reumatologia pediatrica" al fine di creare percorsi di diagnosi, terapia e formazione funzionali alla cura dei pazienti e di supporto alla ricerca dell'unità.

Risultati attesi e misurabili nel triennio:

- Identificazione di personale di ricerca e clinico con relativo supporto di collaboratori
- Identificazione di spazi adeguati ad ospitare il personale e con possibilità di incremento in base ai futuri progetti di ricerca e alla disponibilità dei fondi

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- Collaborazioni con altre unità dell'ospedale (biostatistica, oculistica, riabilitazione, radiologia, nefrologia, ortopedia, psicologia, reumatologia dell'adulto ecc), dell'università e di altri centri di ricerca e clinici sia a livello nazionale che internazionale.
 - Sperimentazioni cliniche no profit ed in collaborazione con l'industria
 - Studi collaborativi nazionali ed internazionali con i ricercatori della rete
 - Numero pazienti arruolati
 - Pubblicazioni
 - Seminari
 - Brevetti
- Formazione di ricercatori e assistenti alla ricerca

→ Linea di Ricerca n. 4 – Malattie multifattoriali e complesse fetali e neonatali**A. DESCRIZIONE LINEA DI ATTIVITA'**

Questa linea di ricerca si propone di approfondire i fattori di rischio e i meccanismi biologici delle patologie fetali e neonatali al fine di migliorarne la diagnostica, l'assistenza e la cura. In questo contesto si collocano lo sviluppo e l'utilizzo di tecnologie biomediche volte a caratterizzare fenotipi e/o endotipi della malattia nel singolo soggetto. Le condizioni complesse feto-neonatali si collocano nell'ambito di studio delle patologie rare e si prestano a studi epidemiologici nazionali ed internazionali che prevedano l'integrazione di dati complessi per valutare l'efficacia clinica degli interventi medici (Clinical Research & Data Analysis).

B. PREMESSA/BACKGROUND

Attualmente la FSGT, è una delle principali strutture lombarde per numero di parti e per numero di alti pretermine ed è Hub per la Diagnosi prenatale la Medicina materno-fetale e per la Terapia Intensiva Neonatale, nonché per il Trasporto Assistito Materno (STAM) e per il Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN). Le competenze multispecialistiche della FSGT rendono possibile la gestione di feto e neonati che necessitano di alta complessità di cura in epoca perinatale con patologie multifattoriali e complesse, sia da un punto di vista medico che chirurgico. Inoltre, la FSGT promuove e supporta forme innovative volte a garantire la relazione e la "separazione zero" della triade (feto/neonato, madre e padre) e la transizione feto-neonatale, sia in condizioni di fisiologia che di patologia con un obiettivo di continuo miglioramento della salute della donna e del neonato.

C. OBIETTIVI GLOBALI

Verrà implementato un approccio a 360 gradi alle malattie multifattoriali e complesse tipiche dell'epoca fetale e neonatale con l'obiettivo di migliorare i percorsi diagnostici, la conoscenza delle basi patofisiologiche e gli esiti a lungo termine. In particolare:

- Grandi sindromi ostetriche multifattoriali
- Patologie complesse degli annessi fetali
- Sindromi genetiche malformative
- Malattie infettive del feto e del neonato
- Anomalie della crescita globale del feto e del neonato
- Anomalie dello sviluppo organospecifiche del feto e del neonato.

Risultati attesi e misurabili nel triennio:

- Coordinare a livello territoriale l'applicazione di nuove tecnologie di diagnosi prenatale (anche mediante NGS) per la consulenza genetica prenatale (patologie fetali) e neonatale;
- Consolidare il nostro ruolo di riferimento a livello regionale e diventare un punto di riferimento a livello nazionale nell'ambito della medicina materno-fetale e nella diagnosi prenatale

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- Partecipare a studi clinici multi-centrici nazionali e internazionali, anche nel contesto di reti collaborative regionali (rete regionale sorveglianza mortalità perinatale), nazionali e internazionali (Vermont Oxford Network e Bronchopulmonary Dysplasia collaborative network-BPD).
- Contribuire allo sviluppo di linee guida diagnostiche e assistenziali nelle aree di competenza e alla validazione di protocolli diagnostici e terapeutici nazionali.
- Ottimizzare i percorsi di diagnosi e cura nell'ambito delle malattie complesse attraverso l'integrazione di competenze multi-specialistiche anche prevedendo l'individuazione di approcci assistenziali innovativi.
- Promuovere la collaborazione internazionale per l'implementazione di modelli pre-clinici innovativi finalizzati allo studio ad ampio spettro di anomalie dello sviluppo e di patologie neonatali organo-specifiche.
- Promuovere la collaborazione con laboratori accademici di tecnologie biomediche e con partner industriali al fine di sviluppare e/o implementare nei dispositivi disponibili al letto del paziente nuove tecnologie per la diagnosi, il monitoraggio, e il supporto di patologie neonatali complesse.
- Favorire la collaborazione con le Associazioni di Genitori per garantire un approccio integrato di cura, assistenza e ricerca.

- **Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti**

La linea strategica ha l'obiettivo di garantire il raggiungimento e il costante monitoraggio di elevati standard di qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché di misure di prevenzione del rischio clinico, attraverso, da un lato, la strutturazione di una programmazione definita dal Piano Annuale di Risk Management (PARM), in linea con la programmazione di Regione Lombardia, e dall'altro, le verifiche esterne di qualità da parte di Organismi Terzi per la Certificazione ISO 9001.

1. Una certificazione di qualità internazionalmente riconosciuta, quale quella secondo gli standard ISO 9001: 2015, è tra gli elementi per il riconoscimento del carattere scientifico e di ricerca di strutture pubbliche e private. Il riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina "pediatria" comporta l'estensione del Sistema di Gestione Qualità (SGQ) alle Strutture che sono collegate all'area pediatrica; tale processo di estensione del SGQ è iniziato nel 2023 con la SC di Pediatria e prosegue gradualmente con la pianificazione di ulteriori Strutture nell'arco del triennio 2025-2027. Si procederà pertanto ad avviare le attività preparatorie alla Certificazione di circa n. 6/7 Unità Operative per ciascun anno con l'obiettivo di certificare prioritariamente quelle collegate al European Reference Network (ERN).



Al fine di realizzare tale ambizioso obiettivo, QUARC progetta l'estensione del SGQ per ogni Struttura attraverso un piano di progetto in cui definisce e pianifica tutte le attività necessarie innanzitutto viene effettuata una formazione specifica per il management della Struttura (direttore/Responsabile e Coordinatori) e per i Responsabili della Qualità, seguirà poi una formazione di tutto il restante personale operante presso le Strutture.

Ciascuna struttura sarà affiancata dal personale di QUARC per la stesura dei documenti base per il SGQ di IRCCS (Documento Organizzativo e Piano Qualità e mappatura dei rischi) e per l'implementazione degli strumenti del SGQ (riesame direzionale, cruscotto indicatori, gestione Non conformità e Azioni Correttive...).

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

La metodologia prevedrà dei gruppi di lavoro su singole tematiche, quali la produzione di procedure e la gestione documentale, la gestione delle non conformità, la gestione del rischio, il riesame della direzione, ecc.

QUARC effettuerà degli audit interni preliminarmente alla visita ispettiva dell'Ente di Certificazione a garanzia del raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore di performance sarà, per ciascun anno, il superamento dell'audit interno a cui dovrà seguire l'esito positivo della verifica di parte terza.

Nel 2024 hanno superato con successo l'audit di parte Terza le prime 7 unità operative: la SC Neurochirurgia, SSD Malformazioni dell'età pediatrica, SC Neuropsichiatria Infantile, SC Chirurgia Maxillo Facciale, SC Gastroenterologia e SC Ginecologia e Ostetricia; attualmente siamo in attesa di emissione del Certificato.

Seguiranno nel processo di certificazione per l'anno 2024/2025 le Strutture Complesse di Nefrologia, Pneumologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Ingegneria Clinica e la SDD Malattie Rare. Negli anni a seguire saranno sottoposte a l'iter di Certificazione le SC Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica Oculistica, Neurologia, Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva Neurochirurgica e Sub intensiva Neurochirurgica e Neuroranimazione.

Nel 2024 è scaduto il contratto con l'Ente di Certificazione Certiquality, QUARC ha avviato, insieme con l'Ufficio Gare aziendale, una manifestazione di interesse per l'aggiudicazione del servizio di Servizio di Rinnovo e Mantenimento della Certificazione UNI EN ISO 9001:2015.

2. Per quanto riguarda l'area del Risk Management, ogni anno viene predisposto un Piano Annuale di Risk Management (PARM) secondo la programmazione regionale, che ne prevede l'invio entro il mese di marzo dell'anno di riferimento e la rendicontazione delle attività svolte entro il mese di gennaio dell'anno successivo. Gli obiettivi contenuti nel PARM vengono prioritariamente definiti seguendo le linee guida regionali emanate ogni anno. Per quanto concerne l'area del rischio clinico, viene effettuata l'analisi dei sinistri e delle segnalazioni di incident reporting pervenute nell'anno precedente, e la rendicontazione dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

Nel PARM vengono inseriti tutti i contributi delle Strutture individuate come gestori del rischio a livello aziendale che prevedono le azioni di miglioramento specifico per le aree di competenza se non già ricomprese in specifici piani/documenti già predisposti perché richiesti da normativa specifica (es. piano RPCT, piano formazione, ecc.).

Annualmente, il raggiungimento degli obiettivi del PARM è previsto essere di almeno l'80% di quanto pianificato.

3. Con decreto n. 20638 del 21.12.23 Regione Lombardia ha introdotto un nuovo modello organizzativo, l'Healthcare Enterprise Risk Management (HERM), che prevede la gestione olistica di tutti i fattori di rischio che possono compromettere la continuità operativa delle strutture sanitarie. Al fine di implementare tale progetto, il Gruppo di Coordinamento di Gestione del Rischio (GCGR), appositamente rinnovato comprendendo tutte le figure di riferimento aziendali che gestiscono una tipologia di rischio, ha predisposto già a partire 2023 gli strumenti e ha definito una metodologia condivisa per la gestione di tutti i rischi aziendali. In particolare, nel 2024 è stata definita e pubblicata la nuova Politica aziendale per la Gestione dei rischi e la procedura per la mappatura dei rischi, che dovrà essere implementata in particolar modo nelle strutture certificate o in via di certificazione.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori fa parte del gruppo Board come struttura Pilota di Regione Lombardia in cui il modello viene preliminarmente testato il risk model per ciascun processo. Sono stati già testati e possiedono pertanto una valutazione dei rischi secondo il nuovo modello: Ufficio relazioni con il pubblico, Gestione acquisti, Sistemi informativi aziendali, Ingegneria clinica aziendale, Farmacia, ricerca clinica, Bilancio e rendicontazione. Per il 2024/25 sono in programma le seguenti strutture pilota: Qualità Risk Management e Internal Auditing, Affari generali e Legali, Gestione delle Risorse Umane, Ufficio tecnico. Successivamente sarà prevista la fase di mappatura dei processi delle diverse tipologie di Enti: ATS, ASST, IRCCS.

Obiettivo per ciascun anno è la partecipazione al progetto pilota e l'applicazione della procedura per la gestione dei rischi aziendali in particolar modo nelle strutture certificate o in fase di certificazione.

4. Regione Lombardia ha implementato un nuovo portale regionale "HERM LOMB" per la segnalazione degli incident Reporting, delle infezioni correlate all'assistenza, delle cadute e delle aggressioni. Obiettivo per il 2025 l'implementazione del nuovo applicativo a tutto il personale di IRCCS attraverso la formazione e il necessario affiancamento degli operatori e la graduale dismissione dell'attuale sistema "Risk Buster" che non permette come il portale dedicato la raccolta di tutti i dati necessari per il flusso regionale /ministeriale. Obiettivo per gli anni 2026/2027 sarà la piena operatività

- **Innovazione: opere di riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia**

Cantiere di ristrutturazione del Presidio Ospedaliero San Gerardo

L'ospedale San Gerardo è in una fase di profonda riorganizzazione a causa dei lavori che vedono coinvolti gran parte dei reparti nelle opere di ristrutturazione e potenziamento strutturale in corso.

La definizione delle strategie aziendali relative alle attività ospedaliere è pertanto fortemente condizionata dal progetto di ristrutturazione dell'Ospedale Nuovo di via Pergolesi. I lavori del cantiere si svolgono in fasi distinte allo scopo di mantenere i livelli di assistenza e continuare a fornire risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, oltre che a garantire la continuità della didattica svolta in convenzione con UniMiB. L'ultima fase della ristrutturazione del settore A del corpo monoblocco ha avuto inizio il 17 luglio 2023 e sarà completata entro il secondo semestre 2025.



Tra gli altri **principali interventi strutturali** previsti nel Presidio ospedaliero per il triennio 2025/2027 si richiamano:

- Reparto 20 posti letto di Terapia Intensiva nell'ambito dei finanziamenti ministeriali del DL 34/2020: Realizzazione nuovo reparto. L'obiettivo è quello di aggiungere la dotazione di 20 p.l. di terapia Intensiva, che permetterà di affrontare un'eventuale recrudescenza di infezioni virali protratta nel tempo e non utilizzare parte delle degenze dedicate ad altre attività mediche o chirurgiche che, nei mesi del picco epidemico scorso, è stato, invece, necessario sospendere; si prevede di consegnare le aree di cantiere nel mese di febbraio 2025 con previsione di ultimazione delle opere entro il primo bimestre 2026

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- La riqualificazione ed adeguamento antincendio del blocco operatorio D e la riqualificazione degli impianti di ventilazione, climatizzazione e distribuzione gas medicali dei reparti di Pronto Soccorso e rianimazione generale, finanziati con DGR 3479/2020 e DGR 2468/2019 (rimodulazione finanziamento con D.G.R. XI/7671/2022) per i quali è prevista la consegna dei lavori alla Società aggiudicataria nel mese di gennaio 2025;
- Interventi di adeguamento alla prevenzione incendi dell'intero stabile di Villa Serena e allocazione presso lo stesso stabile degli spazi per DH/MAC per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e riassetto funzionale del Reparto Psichiatrico;
- Ristrutturazione e messa a norma della centrale di sterilizzazione;
- Realizzazione della nuova sede della Banca degli occhi. È stato costituito con decreto n.14846 del 4/10/2024 della DGW il gruppo di lavoro per la creazione della Banca regionale dei tessuti e degli organi presso l'ospedale di Niguarda dove avrà sede anche la Banca degli Occhi della FSGT.
- Con DGR XII/3518/2024 e Decreto DGW n. 19407 è stato approvato e finanziato per un importo di 2.000.000 euro l'intervento per la riqualificazione degli impianti per la prevenzione incendi del corpo posteriore e di Villa Serena del presidio di via Pergolesi Monza

Progetto di riqualificazione e ampliamento del Pronto Soccorso

In data 21.07.2023, su mandato del Consiglio di Amministrazione, il Presidente della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ha trasmesso a Regione Lombardia una prima ipotesi progettuale relativa alla "Ristrutturazione e ampliamento Pronto Soccorso". La progettualità nasce dall'evidenza che, nel corso degli ultimi 20 anni, la tipologia di pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso, la presa in carico degli stessi e le necessità strutturali e tecnologiche sono profondamente mutate, rendendo necessario un ripensamento della struttura esistente per superare le criticità ed avviare una corretta gestione sanitaria con un adeguamento in termini funzionali e strutturali del Pronto Soccorso.

La Direzione Generale Welfare con nota prot. G1.2024.0008040 del 6 marzo 2024 ha richiesto l'integrazione della documentazione già trasmessa con uno "studio di fattibilità" che è stato approvato con decreto n.738 del 18 luglio 2024 e trasmesso alla DGW con nota protocollo n. 0015765 del 19 luglio 2024.

Con DGR XII/3518/2024 e Decreto DGW n.19407 del 11/12/2024 è stato approvato e finanziato l'intervento di ampliamento e riqualificazione del Pronto Soccorso per un importo pari a 30.500.000 euro. Per detto intervento è prevista la redazione del progetto di fattibilità tecnico economico nel corso del 2025.

PNRR – Missione 6 Salute

Nell'ambito degli interventi della "Missione 6 Salute – PNRR" sono finanziati gli interventi di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero tra cui:



Nell'ambito degli interventi della "Missione 6 Salute – PNRR" sono finanziati gli interventi di realizzazione del nuovo modello organizzativo territoriale previsti per le seguenti strutture:

- n. 1 ospedale di Comunità presso l'ex Ospedale Umberto I – via Solferino 16;
- n. 1 casa di Comunità HUB presso l'ex Ospedale Umberto I – via Solferino 16;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'ex Ospedale Umberto I – via Solferino 16

ed è referente per iniziative su proprietà comunale:

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- n. 1 casa di Comunità HOST di proprietà del Comune di Monza in via Luca della Robbia;
- n. 1 casa di Comunità HOST del Comune di Monza di via Borgazzi;
- n. 1 casa di Comunità HOST di proprietà del Comune di Brugherio in via Kennedy;
- n. 1 Centro Operativo Territoriale (COT) del Comune di Brugherio in via Kennedy.

Sono stati completati i progetti esecutivi di via Luca della Robbia Monza e via Kennedy Brugherio, mentre si prevede di completare i restanti progetti esecutivi di via Solferino e via Borgazzi a Monza entro il mese di gennaio 2025. Sarà dato poi avvio ai lavori che avranno termine entro le scadenze previste dal PNRR.

La titolarità delle attività delle strutture di proprietà comunale di Brugherio e di Monza è stata trasferita all'ASST Brianza dal 1° aprile 2023.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025Grandi apparecchiature:

APPARECCHIATURA	VALORE
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO (TAC) 128 strati	500.000 €
ACCELERATORE LINEARE	2.100.000 €
RISONANZA MAGNETICA (RMN)	Richiesta rimodulazione temporale
TAC 128 strati	Previsto in data 18.12.2024
GAMMA CAMERA/TAC	793.000 €
MAMMOGRAFO CON TOMOSINTESI	260.000 €
ANGIOGRAFO	608.000 €
ECOTOMOGRAFO 1	82.000 €
ECOTOMOGRAFO 2	82.000 €
ECOTOMOGRAFO 3	82.000 €
ECOTOMOGRAFO 4	82.000 €
TOTALE	6.003.000 €

Lo stato avanzamento evidenzia il pieno rispetto dei cronoprogrammi al netto della richiesta di rimodulazione temporale dell'intervento della Risonanza Magnetica.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Digitalizzazione:

Nome dell'intervento	Descrizione progettualità
Cartella clinica elettronica (SW e HW ancillare) (<u>Progettualità regionale</u>)	Introduzione di nuove soluzioni di CCE di ricovero, ambulatoriale, di terapia intensiva/subintensiva. La quota di 440k da attivare fa riferimento agli acquisti HW su MEPA/SDAP, ovvero: Carrelli, Tavolette Grafometriche e Gateway e accessori di integrazione strumentazione a CCE Intensiva
Acquisti ancillati di HW per CCE	
Evoluzione ADT	introduzione di un nuovo sistema di ADT
Evoluzione LIS	introduzione di nuovo sistema informatico di laboratorio (LIS)
Supporto tecnico-specialistico (<u>Progettualità regionale</u>)	supporto specialistico per l'implementazione delle progettualità
Potenziamento Infrastrutturale - NAC	Controllo Accessi per miglioramento cybersicurezza
Potenziamento Infrastrutturale - Data Center	Aggiornamento infrastrutturale del data center (svecchiamento server e potenziamento storage)
Digital Pathology (SW e HW ancillare) (<u>Progettualità regionale</u>)	Introduzione di un nuovo sistema per la gestione del laboratorio di Anatomia Patologica e la digitalizzazione dei vetrini (Digital Pathology), tale intervento, vista l'elevata rilevanza strategica anche a livello Regionale è stato introdotto in sostituzione dell'automazione della logistica del farmaco anche in considerazione del fatto che presso l'IRCCS è già presente una prima soluzione di base per tale gestione che potrà essere oggetto di futura revisione e implementazione.
CCE Oncologica	Introduzione di una nuova soluzione di CCE per la gestione del percorso del paziente onco-ematologico (es. MAC).
Evoluzione applicativi e sistemi	Evoluzione complessiva di applicativi e sistemi aziendali

Nel corso del 2025 verranno finalizzate tutte le progettualità nel rispetto delle milestone PNRR e in coordinamento con i cronoprogrammi di Regione Lombardia.

Investimenti Fondi Indistinti - Media-bassa tecnologia:

Per quanto riguarda gli investimenti in tecnologia medica, la FSGT provvede alla sostituzione della tecnologia obsoleta con utilizzo di fondi per contributi indistinti, secondo piani di sostituzione delle tecnologie obsolete basati sulla classificazione delle priorità assegnate a ciascun intervento.

Con Delibera ASST Monza n.954/2022 sono stati assegnati € 969.354,31 euro di cui sono già stati investiti il 87,88%.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Nel corso del 2023 sono state decretate le programmazioni acquisti:

- Decreto DG n.84 del 04.05.2023: importo pari a € 675.000,00 di cui sono già stati investiti il 29,98%
- Decreto DG n. 739 del 10.11.2023: importo pari a € 1.982.000,00 di cui sono già stati investiti il 58,29%

A giugno 2024 sono stati assegnati per le apparecchiature a media bassa tecnologia fondi pari a 3.264.800,00 euro ed è stato inviato alla DG Welfare l'elenco delle apparecchiature da sostituire.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il pieno rispetto dei cronoprogrammi degli interventi, nonché ripensare il sistema di accoglienza con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ed i percorsi dei pazienti ambulatoriali (*outpatient*) all'interno del presidio, anche facendo ricorso a tecnologie innovative.

Virtual hospital

La FSGT è pienamente inserita nell'evoluzione della digitalizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari regionale, attuando le iniziative previste, valorizzando da un lato l'esperienza acquisita e dall'altro promuovendo le interrelazioni con le strutture territoriali, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le strutture sociosanitarie residenziali, nella logica del modello di "virtual hospital".

A livello regionale è stato, infatti, avviato un percorso per rinnovare i sistemi informativi, ridurre i sistemi applicativi usati negli Enti Sanitari, sostenere processi sovra-aziendali, rafforzare il patrimonio informativo e facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari.

Le iniziative includono la progettazione e diffusione di nuovi sistemi centralizzati come il CUP unico, la Cartella Clinica Elettronica, il Sistema di Gestione Digitale del Territorio, l'Infrastruttura di Telemedicina, il Sistema di Laboratorio Analisi e quello di Digital Pathology, contribuendo al cambiamento architetture regionale.

Nel 2025, saranno progettate e implementate le funzionalità necessarie per integrare completamente il Sistema di Gestione Digitale del Territorio e l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, semplificando l'erogazione dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio. Questo faciliterà l'accesso sicuro da parte di tutti gli operatori sociosanitari, inclusi MMG e PLS.

Obiettivo per il triennio 2025/2027: La FSGT attuerà queste azioni nella prospettiva sopra descritta per il 2025 e darà seguito al percorso anche negli anni successivi.

• **Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere**

La FSGT promuove le politiche di valorizzazione del capitale umano attraverso la programmazione e l'attuazione del **Piano dei fabbisogni** coerente con la programmazione regionale e l'assetto organizzativo definito dal POAS. La valorizzazione del personale è garantita da un'adeguata offerta formativa per il personale che viene definita dalla programmazione annuale, il **Piano annuale della formazione**, eventualmente aggiornata in corso d'anno nel caso di sopravvenute nuove esigenze formative.

Dal 2021 è attiva anche la programmazione del lavoro agile, strutturato secondo un percorso ordinario dopo l'esperienza fatta nel periodo del primo lockdown nel 2020 e definito nel **Piano Organizzativo Lavoro Agile**.

Dal 2022 la programmazione inerente alla valorizzazione del capitale umano comprende anche l'avvio di iniziative previste nel **Piano delle Azioni Positive**, percorso che sarà supportato dal rinnovato Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità nominato con decreto del Direttore Generale n. **1203 del 28/11/2024**.

Particolare attenzione al benessere del personale è posta anche nella gestione, quasi ventennale, dell'**asilo nido interaziendale "Le ciliegie"**, affidato in gestione insieme all'Università degli Studi Milano Bicocca. La gestione

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

dell'asilo nido si avvale del costante presidio del Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione dell'Università e di un Comitato Tecnico-Scientifico, sviluppando e consolidando il modello organizzativo di una struttura per l'infanzia integrata con la realtà universitaria e ospedaliera, caratterizzata da parametri di flessibilità e adesione alle specifiche esigenze di personale medico/infermieristico/docente/ricercatore, e che beneficia delle notevoli sinergie che l'inserimento in una realtà ricca, quale un polo ospedaliero/universitario può offrire.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è la piena attuazione (atteso 100%) del Piano dei Fabbisogni, del Piano della Formazione, del Piano delle Azioni Positive e del Piano per l'Organizzazione del Lavoro Agile. Ulteriore obiettivo è procedere alla mappatura delle competenze individuali dell'area dei servizi amministrativi al fine di evidenziare specificità e valorizzarne l'applicazione conformemente ai vigenti CC.CC, NN.LL delle Aree contrattuali Dirigenza e Comparto presenti ed in relazione alla *mission* della FSGT. Sarà inoltre strutturato il percorso di carriera del personale della ricerca.

- **Formazione: formare nuovi professionisti sanitari**

La FSGT e Università fanno parte di un complesso sistema di relazioni che coinvolge le Unità operative di diagnosi e cura e vede impegnati gli studenti dei Corsi di laurea di Medicina e Chirurgia, dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di specializzazione, dei Corsi di perfezionamento, dei Dottorati di ricerca e dei Master universitari.

La FSGT è infatti sede del Polo Universitario di Milano-Bicocca in base alla convenzione quinquennale firmata il 13/11/2017 dall'ASST Monza, che ha l'obiettivo di disciplinare, tra le Parti, un reciproco apporto e utilizzo delle risorse per lo svolgimento delle attività di formazione e delle attività di ricerca scientifica, in integrazione con le attività assistenziali, sempre nel rispetto delle reciproche autonomie e competenze.

La convenzione quadro quinquennale con Università degli Studi di Milano – Bicocca è stata approvata e poi prorogata con Deliberazione della ASST Monza n. 1064 dell'11/11/2022 e successiva nota prot. 26667/2023. Predetta convenzione è in fase di aggiornamento e sarà rinnovata in base all'accordo quadro definito tra Regione Lombardia e le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia di cui alla DGR n. XI/7437 del 30/11/2022.



La FSGT si configura quindi come **sede del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi dentarie, dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, Ostetricia, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Tecnico della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva, Igienista Dentale**, ma anche di corsi di perfezionamento, dottorati di ricerca e master universitari, nonché dei Corsi di Studio del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Inoltre le strutture della FSGT possono essere utilizzate per lo svolgimento di tirocini – previo preliminare accordo tra le Parti - da parte di studenti iscritti e frequentanti percorsi formativi afferenti ai Dipartimenti Universitari dell'Area Economica-Statistica, dell'Area Giuridica, dell'Area Scienze, dell'Area Scienze della Formazione e dell'Area Sociologica.

Al fine di garantire l'integrazione tra le attività assistenziali e quelle formative, nonché l'ottimizzazione delle risorse, la FSGT e l'Università, nel rispetto delle reciproche finalità istituzionali e di autonomia, hanno

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

individuato modalità di programmazione congiunta delle rispettive attività attraverso l'apposito organismo paritetico, denominato Organo di Programmazione Congiunta (OPC), ai sensi dell'art. 33 della L.R. n. 33/2009. La dimensione delle attività didattiche inerenti al solo corso di laurea di Medicina e Chirurgia è la seguente:

Numero anni corso = intero corso

Convenzione in essere tra ASST Monza e Università degli Studi di Milano-Bicocca per i corsi del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (School of Medicine and Surgery)

Si specifica, peraltro, che la FSGT è identificata quale azienda di riferimento del Polo Universitario, quindi struttura sanitaria principale (intesa come la struttura sulla quale insistono i corsi e le attività del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, ed in particolare il corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, in misura prevalente rispetto alle altre Aziende convenzionate), ai sensi dell'art. 29, 5° comma, della Lr. 33/2009

Numero complessivo di studenti che frequentano i corsi presso la sede ospedaliera:

Anni di corso che prevedono l'attività clinica presso la FSGT (III, IV, V e VI e FC) = **n. 986 studenti**

Numero del personale formalmente dedicato alla formazione e tutoraggio:

Numero di professionisti dedicati dalla struttura alle attività di tutoraggio = **n. 174 tutor ospedalieri**

Numero ore per studente: numero totale di ore di frequenza presso la sede ospedaliera:

Le ore di formazione complessivamente erogate presso la FSGT per ogni singolo studente, considerati gli anni clinici, sono pari a: **646.675 ore**

Numero posti letto attivi destinati alle attività didattiche: % dei posti letto dedicati all'attività didattica rispetto ai posti letto totali (fonte: mod. HSP12).

Ospedale San Gerardo

PL DIDATTICA = N. 849 / PL TOTALI = N. 930 = **PARI AL 91,3% (stima su posti letto 2023)**

Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale

La ex ASST di Monza dal 2006 era sede di Polo formativo dei Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale, oggi "Punto Erogativo" a seguito del riordino degli indirizzi organizzativi didattici avvenuto con DGR n. XI/7757 del 28/12/2022, attività organizzata e gestita dalla Scuola di formazione per Medici di Medicina Generale della Lombardia, coordinata dall'Accademia di Formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) di PoliS-Lombardia su incarico della Giunta regionale, Direzione Generale Welfare. A seguito di riconoscimento di FSGT, questa attività è comunque proseguita, all'interno del Polo Formativo Monza Brianza, in capo alla ASST Brianza.

Nel corso dell'anno 2024 sono stati attivati i Trienni formativi 2023/2026 a Febbraio e 2024/2027 nel mese di dicembre per un numero massimo di 41 tirocinanti in aggiunta a quelli già in formazione del Triennio formativo 2022/2025.

Il corso prevede un'attività formativa frontale e un tirocinio pratico ospedaliero e territoriale.

Le lezioni, 2/3 settimanali per ciascuna annualità, vertono sulle svariate tematiche previste dalla Guida al Corso MMG e sono effettuate in presenza presso il Presidio San Gerardo da circa 30 docenti tra personale ospedaliero e universitario convenzionato.

Per lo svolgimento dei tirocini pratici vengono messi a disposizione dei tirocinanti i reparti, gli ambulatori e i servizi che soddisfano l'intera richiesta formativa nelle seguenti macro-aree:

- Medicina Clinica
- Chirurgia Generale
- Dipartimento D'urgenza
- Dipartimento Materno-Infantile
- Ostetricia – Ginecologia
- Strutture Di Base (Medicina Territoriale)

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Complessivamente dal punto Erogativo di Monza sono state coinvolte 49 strutture/servizi sotto la supervisione diretta di oltre 60 tutor ospedalieri e territoriali.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il mantenimento delle attività di didattica in collaborazione con Università degli Studi Milano Bicocca e dei Corsi Triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale.

- **Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata**

La persona al centro. Il tema della partecipazione e del coinvolgimento del cittadino si collega alla dimensione più ampia del sistema di ascolto, quale elemento essenziale per favorire l'empowerment.

Tale sistema si collega strettamente a tutti gli aspetti di Informazione, Comunicazione e Accoglienza, mediante il coordinamento delle attività di comunicazione esterna e interna, istituzionale, organizzativa, e con quanto messo in campo per favorire le attività di accoglienza e di **umanizzazione delle cure**.

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori pertanto utilizza sistematicamente l'ascolto della qualità percepita dall'utenza, pazienti e accompagnatori, e collabora con le Associazioni di volontariato e con le Associazioni rappresentanti dei pazienti, per raccogliere le segnalazioni su criticità e disservizi percepiti e per attivare azioni di miglioramento, anche in collaborazione con le associazioni medesime, nell'ambito dell'istituto della valutazione partecipativa.

Qualità percepita

Nell'ambito del consolidato **sistema di ascolto del cittadino**, i processi di gestione delle richieste, delle segnalazioni (encomi e reclami) e della rilevazione del grado di soddisfazione, consentono di acquisire elementi per predisporre il sistema di reporting, quale strumento rappresentativo della qualità percepita dal cittadino che si rivolge ai servizi della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e che fornisce elementi per il **miglioramento continuo**.

Le dimensioni della **customer experience** nell'accesso ai servizi sono oggetto di rilevazione e monitoraggio, con attenzione particolare alle richieste e alle segnalazioni:

- encomi
- reclami relativi alle condizioni dell'accesso e accessibilità alle prenotazioni
- richieste relative a informazioni, supporto e assistenza all'accessibilità ai servizi di prenotazione
- reclami relativi alla relazione e alla comunicazione con l'operatore e reclami per le prestazioni e l'inadeguatezza organizzativa.

La *customer satisfaction* inoltre è il processo di ascolto dedicato alla rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza, con la rilevazione sistematica attraverso la modalità tradizionale di somministrazione di un questionario regionale, con rendicontazione periodica degli aspetti definiti dal sistema regionale e allargati ad altri ambiti di interesse specifico, con domande supplementari.

In considerazione della centralità del paziente, si è voluto offrire un'alternativa alla compilazione cartacea dei questionari, mediante l'attivazione della modalità online, puntando sulla progressiva confidenza che il cittadino sta acquisendo nei confronti dell'accessibilità digitale.

Per ottenere risultati davvero significativi, accanto alla rilevazione tradizionale regionale, sono introdotte rilevazioni dedicate a particolari aree e percorsi di cure, con la realizzazione di questionari ad hoc, quali iniziative diverse e complementari che possano fornire elementi di rilievo per valutare il grado di soddisfazione e individuare punti di forza e di debolezza dell'organizzazione nell'ambito del **patient journey**.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Dall'analisi della *customer experience* emergono bisogni e criticità per i quali vengono promosse iniziative di miglioramento. Al riguardo, il **sistema di reporting** quale efficace strumento di comunicazione interna, è predisposto aumentando la periodicità di elaborazione, da semestrale a trimestrale.

Accessibilità fisica e digitale

Affinché i **servizi** offerti siano **centrati sulla persona, inclusivi e accessibili**, e in continuità con quanto attuato negli anni precedenti, viene garantita l'informazione e l'aggiornamento costante e sistematico della carta dei servizi e di altri prodotti di comunicazione, nel **sito aziendale** e con **materiale informativo** cartaceo, con particolare attenzione ai diversi target e alla barriera linguistica, con gli interventi di mediazione linguistica culturale e traduzione di materiale informativo, favorendo altresì una capillare diffusione con la comunicazione interna, promuovendo il coinvolgimento degli operatori e delle Associazioni, nell'ottica del miglioramento continuo.

I lavori di potenziamento, ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale, implicano inoltre un'attenzione costante ai cambiamenti strutturali, organizzativi e informativi con conseguente necessità di aggiornamento delle informazioni e della segnaletica di orientamento che devono essere rese disponibili e accessibili all'utenza. L'evento cantiere accresce altresì la comunicazione con la stampa e la necessità di promuovere l'immagine della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori.

Ascolto e partecipazione delle Associazioni

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori riconosce nel volontariato un patrimonio insostituibile, essendo diventato, negli anni, una presenza reale, preziosa e soprattutto rilevante, cresciuta anno dopo anno in quantità e in professionalità, grazie anche ai corsi di formazione che gli Enti del Terzo Settore organizzano.

All'interno del San Gerardo sono attualmente presenti 37 Associazioni (di volontari, di pazienti, di promozione sociale, sanitaria e culturale). L'ascolto e il coinvolgimento delle associazioni all'interno della vita della Istituto rimangono pilastri fondamentali di indirizzo delle azioni messe in campo per il miglioramento dell'accoglienza e dell'umanizzazione dei luoghi di cura.

Il progetto "Progettiamo&Comunichiamo" condiviso nel corso dell'anno 2022 ed avviato ad inizio 2023 facilita i percorsi di accoglienza e orientamento alle persone che accedono ai servizi dell'Ospedale, mediante il contributo dei volontari di alcune Associazioni che prestano servizio "alla porta", presso un punto di accoglienza dedicato, grazie alla collaborazione tra volontari delle associazioni e addetti all'info-point.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori è il monitoraggio della qualità percepita finalizzato all'attivazione delle azioni di miglioramento dell'accessibilità e con il rafforzamento delle collaborazioni con le Associazioni di Volontariato con le quali è in corso il lavoro di convenzionamento e censimento delle stesse.

- **Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza**

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario della FSGT, supportato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso un'attenta programmazione delle misure necessarie al suo miglioramento.

Le misure, previste nel **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**, vengono annualmente declinate come obiettivo di budget alle strutture del Dipartimento Amministrativo, della Direzione Sanitaria, della Direzione Scientifica e degli Staff, garantendo il necessario raccordo tra la prevenzione della corruzione e la trasparenza e la valutazione della performance.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2023/2025 ha inoltre previsto, dal 2023, una forte integrazione tra le attività di anticorruzione, antiriciclaggio e performance, da attuare mediante il coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo attraverso l'attuazione di obiettivi di breve termine da assegnare alle strutture coinvolte mediante lo strumento del budget.

La legalità di attua anche attraverso la trasparenza, ovvero la disponibilità di informazioni e dati pubblicati nel sito aziendale. La verifica degli adempimenti previsti in materia di trasparenza è certificata dal Nucleo di Valutazione delle Performance che verifica e certifica il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

Si rimanda alla sezione Anticorruzione e Trasparenza per la descrizione puntuale della programmazione triennale.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è la piena attuazione (atteso 100%) delle misure per la prevenzione della corruzione e per l'antiriciclaggio oltre al pieno rispetto delle disposizioni inerenti agli obblighi di trasparenza attestati dal NVP attraverso la c.d. "griglia ANAC".

PIAO 2025-2027 – Sezione Donazioni

Il tema delle donazioni e delle erogazioni liberali, anche avuto riguardo della natura giuridica di IRCCS di diritto pubblico di FSGT e della rilevanza rivestita dalle attività di ricerca scientifica e traslazionale, costituisce uno degli asset strategici da promuovere, con azioni ed investimenti finalizzati sia al *fundraising* sia alla promozione delle scelte per la destinazione del 5x1000 dell'IRPEF (finanziamenti ricerca scientifica e ricerca sanitaria). E' pertanto necessario garantire mediante l'adozione di specifiche misure e procedure amministrative, un utilizzo responsabile e trasparente delle risorse finanziarie allo stesso correlate, anche al fine di assicurarne la piena aderenza alle finalità istituzionali dell'Ente.

La trasparenza di gestione delle predette risorse risulta imprescindibile per la reputazione di FSGT. A tal fine, FSGT adotta un sistema di rendicontazione puntuale ed analitico, che consente di monitorare costantemente l'impiego delle risorse introitate.

Obiettivi strategici per il triennio 2025-2027

Per rafforzare ulteriormente le azioni messe in atto per garantire la trasparenza e l'efficacia alla gestione delle donazioni e delle erogazioni liberali, **FSGT** intende intensificare le specifiche misure organizzative, mediante la revisione del Regolamento aziendale pubblicato sul sito istituzionale nella sezione amministrazione trasparente.

In particolare giova anticipare che il predetto lavoro di aggiornamento e di revisione, verrà focalizzato sui seguenti temi:

1. **Antiriciclaggio:** **FSGT** intende applicare verifiche rigorose in merito alle donazioni e agli atti di liberalità ricevuti, in pieno rispetto delle normative contro il riciclaggio di denaro e in materia di tracciabilità dei flussi finanziari. Tali misure sono finalizzate a contrastare il rischio di infiltrazioni di capitali di provenienza illecita, salvaguardando la trasparenza e la legalità nella gestione delle risorse.
2. **Conflitto di Interessi:** In conformità con la Legge 190/2012, che ha introdotto l'art. 6 bis della Legge 241/90, i Responsabili del procedimento amministrativo sono tenuti a monitorare attentamente le situazioni di conflitto di interessi. Secondo le disposizioni vigenti, i responsabili devono astenersi dall'adottare decisioni o compiere atti che possano coinvolgere interessi personali propri o di soggetti con i quali esistano relazioni di parentela o affinità, nonché in presenza di altre situazioni che possano compromettere l'imparzialità del processo decisionale. In tal caso, il Responsabile dovrà segnalare tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale, e astenersi dal partecipare al procedimento. A tal fine, il dirigente responsabile del procedimento relativo all'accettazione di donazioni e liberalità dovrà rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, che dovrà essere allegata alla documentazione di ciascun atto di liberalità.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

3. **Pubblicazione di un report annuale sulle procedure di accettazione delle donazioni/erogazioni liberali:** Al fine di garantire ulteriore trasparenza e tracciabilità, le procedure aziendali relative alle autorizzazioni per l'accettazione delle donazioni saranno pubblicate sul sito istituzionale di **FSGT**.
4. **Aggiornamento del sito istituzionale** nella sezione "donazioni ed erogazioni liberali", con particolare attenzione alla sottosezione dedicata alle donazioni finalizzate al sostegno della ricerca scientifica.

Le azioni e le misure adottate e in corso di adozione confermano l'impegno di FSGT a garantire, anche nel particolare ambito delle donazioni e delle erogazioni liberali, una gestione il più possibile rigorosa, trasparente ed eticamente corretta, nel pieno rispetto dei principi di imparzialità e di buon andamento di cui all'art. 97 della Costituzione, nell'ottica di promozione della cultura della legalità in tutte le sue forme.

PIAO 2025-2027 – Sezione Privacy

FSGT, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, ha adottato un approccio proattivo e dinamico in materia di protezione dei dati personali, impegnandosi a garantire un continuo adeguamento alle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) ed alle disposizioni normative vigenti. La Fondazione riconosce, infatti, che la protezione dei dati non costituisce solo un adempimento formale, ma un obiettivo strategico che deve essere integrato nelle attività quotidiane e nelle politiche aziendali, sia in risposta a modifiche normative e ad esigenze strategiche "top-down", che ad esigenze organizzative "bottom-up".

Pertanto, in conformità a quanto previsto dall'articolo 24 del GDPR, FSGT ha inteso definire politiche adeguate ed efficaci in tema di protezione dei dati con l'obiettivo primario di attuare una gestione responsabile e consapevole del trattamento dei dati, nonché di documentare e dimostrare in ogni momento la conformità dei trattamenti alle disposizioni normative vigenti, l'efficacia delle misure di sicurezza selezionate ed adottate nelle attività di trattamento, la continuità nel tempo del percorso di adeguamento intrapreso - anche a fronte delle recenti variazioni dell'assetto organizzativo aziendale - ed il pieno rispetto dei principi generali dettati dal legislatore europeo.

Modello Organizzativo Privacy (MOP)

Con il Decreto n. 979 del 3 ottobre 2024, è stato introdotto il nuovo **Modello Organizzativo Privacy (MOP)**, che rappresenta un significativo aggiornamento rispetto al regolamento adottato nel 2021. Questo modello si pone in conformità con il Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e il D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il summenzionato modello, che si distingue per la sua dinamicità e per la continua evoluzione dei suoi contenuti, non è da considerarsi una fotografia statica, ma un impegno che si rinnova e si sviluppa costantemente. Esso rappresenta un punto di riferimento per tutti coloro che contribuiscono alla gestione e protezione dei dati all'interno di FSGT, sottolineando l'importanza della privacy come asset strategico per il miglioramento delle performance aziendali.

Principali interventi e misure adottate

1. Governance e struttura

Per rafforzare la governance in materia di privacy, è stato istituito il Comitato "Privacy" (Decreto n. 73 del 18 gennaio 2024) in raccordo con il DPO. Questo organismo si pone l'obiettivo di contribuire a migliorare il processo di implementazione e di adeguamento della FSGT alle previsioni di cui al Regolamento (UE) 679/2016, e di realizzare un orientamento omogeneo, nell'ottica dell'accrescimento qualitativo delle attività individuali e della performance organizzativa della FSGT. A ciò si aggiunga che l'istituzione del Comitato "Privacy" intende contribuire alla definizione di un modello istituzionale di *governance* del sistema finalizzato all'analisi, alla verifica, al monitoraggio ed al controllo degli adempimenti di cui al predetto Regolamento Europeo, consentendo, altresì, alla FSGT di intervenire in via preventiva, mediante appositi meccanismi di allerta, nell'individuazione di eventuali e significativi scostamenti che possano comprometterne l'attuazione, nonché nell'identificazione dei correlati rimedi e misure di sicurezza.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

2. Formazione del personale

Per sensibilizzare il personale e diffondere una cultura della protezione dei dati, FSGT ha avviato un piano formativo annuale. Questo programma si articola in:

- **Moduli introduttivi**, pensati per fornire una conoscenza di base in materia di privacy;
- **Percorsi specifici**, calibrati in base al ruolo e alle funzioni dei singoli operatori;
- **Attività mirate di sensibilizzazione**, rivolte a Responsabili e collaboratori per approfondire le tematiche più rilevanti.

L'obiettivo è migliorare la consapevolezza del personale, in particolare degli operatori sanitari, e ottimizzare le performance organizzative in un'ottica di conformità normativa.

3. Organigramma e catena di responsabilità

Per assicurare la tutela dei diritti delle persone fisiche, FSGT ha definito con chiarezza i ruoli e le responsabilità delle figure coinvolte nel trattamento dei dati. Questo approccio consente di comprendere immediatamente la catena decisionale e le responsabilità, calibrandole sulla base della natura, del contesto e delle finalità dei trattamenti effettuati, nonché dei rischi associati.

Obiettivi strategici per il triennio 2025-2027

Registro dei trattamenti

Focus per l'arco temporale di riferimento sarà la creazione di un nuovo applicativo dedicato al registro dei trattamenti, sviluppato in collaborazione con il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO). Questo strumento sarà progettato per migliorare la gestione, l'aggiornamento e il monitoraggio del registro, uno degli adempimenti privacy più rilevanti previsti dal GDPR.

Il registro dei trattamenti, infatti, ha una duplice funzione:

- **Censire e analizzare** i trattamenti di dati personali effettuati dal Titolare e dai Responsabili del trattamento.
- **Documentare informazioni specifiche** su ogni trattamento, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità delle operazioni.

Per assicurare che il registro sia sempre aggiornato all'effettività dei trattamenti in corso, verranno attivate iniziative mirate di **formazione** per la compilazione del registro, rivolta al personale direttamente coinvolto, per completare in modo accurato la parte di competenza dell'ente e mantenere aggiornato il registro nel tempo.

Il nuovo registro non sarà solo un mezzo per centralizzare e ottimizzare il censimento dei trattamenti, ma anche uno strumento di integrazione con le attività aziendali quotidiane.

Al contempo si provvederà ad aggiornare costantemente gli atti sino ad oggi adottati da FSGT in tema di protezione dei dati personali, nonché a garantire la tempestiva adozione di quelli prescritti dalle disposizioni normative anche di futura emanazione.

Attraverso queste iniziative, **FSGT** si impegna a promuovere una gestione responsabile, trasparente e proattiva del trattamento dei dati personali, in linea con la propria mission istituzionale e con i diritti fondamentali delle persone fisiche.

• **Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente**

La sostenibilità ambientale è un tema di grande attualità, in particolare in questo periodo, anche per il settore sanitario, poiché ASST e IRCCS sono soggetti particolarmente energivori e la loro attività impatta significativamente sull'ambiente e sul consumo di risorse, con impatto non secondario sulla gestione economico finanziaria.

Pertanto le strategie sono orientate a recepire le norme in materia, tra cui: le direttive comunitarie, in particolare il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022, le indicazioni ministeriali, tra cui le «Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione», e l'adesione al Programma regionale «**nEW – nuova Energia per il Welfare**», articolato in 7 azioni.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Tra le misure previste dalla FSGT, si richiamano le attività aventi la principale finalità di garantire i requisiti di accreditamento tecnologico e strutturale degli edifici secondo standard prefissati, nel rispetto delle leggi in materia di uso dell'energia, sicurezza, salvaguardia ambientale, oltre che perseguendo la riduzione dei consumi, delle emissioni climalteranti e inquinanti e dei costi unitari di fornitura, provvedendo nel contempo ad investire nella riqualificazione tecnologica degli impianti di generazione, distribuzione e erogazione dell'energia in tutte le sue forme.

Al riguardo, tra le priorità indicate, la promozione dell'uso razionale dell'energia, da conseguirsi tramite la diffusione di sistemi e tecnologie efficienti, è confermata come obiettivo centrale, anche a garanzia dell'obbedienza ai principi generali della politica energetica nazionale tendenti a confermare la necessità di uno sviluppo economico sostenibile.

La struttura organizzativa con cui vengono perseguiti gli obiettivi indicati comprende figure/funzioni di natura organizzativa/operativa appartenenti sia alla SC Tecnico Patrimoniale e sia all'Appaltatore a cui sono state affidate le attività gestione degli impianti e delle strutture.

In particolare la SC Tecnico Patrimoniale assume le funzioni di Energy Manager (*nomina eseguita dal 1992 a seguito della emanazione della Legge 10/91*) e di responsabile dei rapporti con l'Appaltatore per i servizi riguardanti la produzione e la fornitura di energia termica ed elettrica.

Con riferimento alle direttive comunitarie in materia di efficienza energetica nell'edilizia (*l'ultimo aggiornamento riguarda la direttiva 2018/844/UE*) e alle relative DGR di regione Lombardia di recepimento autonomo (*la più recente è la DGR 18546/2019*), nonché alla recentissima DGR XI/6709 del 18 luglio 2022 che definisce le "linee di indirizzo per l'attuazione del "programma nEW – nuova energia per il Welfare" finalizzate alla realizzazione di tutti gli interventi in materia di efficienza e di risparmio energetico, di utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili per attuare un percorso di "Transizione energetica e di Decarbonizzazione", quest'ultima in coerenza con le politiche di contrasto ai cambiamenti climatici, si fornisce di seguito indicazione delle principali azioni che sono in fase di programmazione, che si stanno mettendo in atto o che sono già concluse, al fine di corrispondere alle finalità dei decreti sopra citati.

Si premette che il campo di applicazione delle strategie aziendali per la riduzione dei consumi energetici e delle emissioni climalteranti riguardano sia il presidio ospedaliero San Gerardo che i presidi territoriali aventi sede presso i comuni di Monza e Brugherio. Naturalmente il presidio ospedaliero di Monza prevale in termini di consumi energetici in quanto si sviluppa su una superficie coperta, pari a circa 175.000 m2 ed equivalente al 93% di tutti gli edifici della FSGT.

Tuttavia, il progetto di ristrutturazione del presidio ha riqualificato la struttura rispetto ai consumi energetici, collocandola in **CLASSE ENERGETICA A++**.

Di seguito vengono riportati i dati più significativi dei consumi energetici (energia elettrica, gas metano e gasolio) espressi in tonnellate equivalenti di petrolio (TEP) che si sono registrati nell'ultimo triennio 2019-2021 e da cui si deduce l'assoluta prevalenza del presidio ospedaliero:



Valori espressi in tonnellate equivalenti di petrolio								
	Presidio ospedaliero San Gerardo				Presidi Territoriali Monza e Brugherio			
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Gas Metano	3.647	3.795	3.820	3.375	170	179	202	192
Energia elettrica	7.238	6.881	7.765	7.025	135	143	145	145
Gasolio	10	1,35	9,16	2,88	-	-	-	-
Totale TEP	10.895	10.677	11.594	10.402	305	322	347	337
% Valore annuo	97,28%	97,08%	97,09%	96,86%	2,72%	2,92%	2,91%	3,14%

Gli interventi di efficienza e di risparmio energetico sono indirizzati a ridurre sia il fabbisogno termico che quello elettrico, considerevoli in quanto per poter ottemperare ai requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento delle strutture sanitarie (decreto Bindi e DGR regionale) occorre garantire dei considerevoli tassi di volumi di

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

rinnovo dell'aria esterna (dai 3 vol/h per le degenze ai 15 vol/h per le terapie intensive e le sale operatorie) che necessitano per il loro trattamento estivo e invernale di rilevanti impegni di potenza elettrica e termica.

Gli interventi programmati, realizzati o ancora in fase di esecuzione riguardano essenzialmente i fabbricati oggetto di ristrutturazione nell'ambito della Concessione Synchron; anche per i restanti fabbricati del presidio ospedaliero quali il corpo posteriore e Villa Serena, così come per i presidi esterni, risalenti agli anni sessanta e settanta, ed in presenza di specifico finanziamento regionale/ministeriale e/o di incentivi, saranno perseguiti laddove rendano possibili gli obiettivi di risparmio energetico e di utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili.

Gli interventi per la riduzione del fabbisogno termico ed elettrico, nonché per l'utilizzo delle fonti rinnovabili che sono nel prossimo triennio 2024-2026 sono i seguenti:

- interventi di rifacimento totale sull'involucro opaco e trasparente (componenti finestrati) dell'edificio, con inserimento di schermature solari, che hanno determinato un miglioramento della certificazione energetica dell'edificio monoblocco sino alla classe energetica A3;
- migliorata efficienza nelle sezioni di recupero di energia termica e frigorifera dell'aria esterna che subisce trattamenti di riscaldamento/raffreddamento/umidificazione e deumidificazione nelle rispettive stagioni estive e invernali prima di venire immessa nei reparti ospedalieri; ogni ora vengono trattati circa 1.500.000 m³ di aria esterna per garantire il tasso di rinnovo richiesto negli ambienti, di cui il 55 % viene trattato con recuperatori ad altissima efficienza (85%);
- sostituzione delle lampade fluorescenti con lampade a led per tutte le zone del monoblocco ospedaliero con una riduzione di potenza elettrica installata pari a circa il 50% che determina conseguentemente un rilevante minor consumo di energia elettrica;
- utilizzo di motori elettrici ad alta efficienza con classe di efficienza IE3 (valori compresi tra 80% e 96 %) di azionamento delle elettropompe e dei ventilatori delle unità di trattamento dell'aria;
- utilizzo di inverter per la modulazione della velocità dei motori elettrici che consente di ottimizzare le velocità di utilizzo;
- incremento della quota di energia elettrica autoprodotta mediante installazione di un secondo gruppo cogenerativo presso il presidio ospedaliero San Gerardo;
- sostituzione dei bruciatori dei tre generatori di vapore della centrale termica con aumento dell'efficienza dei processi di combustione e riduzione delle emissioni inquinanti.

Detti interventi si aggiungono a quelli già realizzati nel precedente periodo 2015-2022 nel presidio ospedaliero per la nuova Palazzina Accoglienza, il Corpo Anteriore e di parte del corpo monoblocco, ivi compresi gli impianti fotovoltaici (potenza elettrica di picco pari a 250 kW) e l'impianto solare termico per la produzione di acqua calda sanitaria (potenza termica di picco pari a 48 kW).

Inoltre, in ottemperanza a quanto disposto dalla DGR XI/6709 del 18 luglio 2022 citata nelle premesse, sarà data attuazione nei tempi previsti da detto decreto a:

- redazione di un piano aziendale per la riduzione dei consumi energetici e delle emissioni inquinanti secondo le linee guida che saranno strutturate sulla base del coordinamento del Tavolo regionale degli Energy Manager, figura che fa parte dell'organigramma di questa ASST dal 1992 a seguito della emanazione della Legge 10/91;
- adozione del sistema di gestione dell'energia secondo la norma ISO 50001 entro il 31 dicembre 2030 dopo il completamento della fase di analisi energetica delle strutture (entro il 30 giugno 2024) e dopo che il Tavolo regionale degli Energy Manager ha stabilito gli obiettivi di adozione.

Gli obiettivi che saranno conseguiti possono quindi essere così riassunti:

1. ricostruzione e continuo aggiornamento dei modelli energetici di ogni edificio;
2. individuazione delle aree critiche nelle prestazioni energetiche (attraverso il calcolo di indici energetici prestazionali) e dei relativi costi operativi;
3. sistematizzazione su base mensile dei dati di consumo ricavati dalle bollette energetiche (acqua, gas, energia elettrica);

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

4. definizione di appropriate linee guida per lo sviluppo delle strategie di intervento per il conseguimento del potenziale risparmio energetico attraverso possibili interventi di carattere strutturale ed impiantistico;
5. quantificazione dei costi e dei benefici mediante un'analisi di redditività dell'investimento;
6. effettuazione di un'analisi per la riduzione delle emissioni di CO₂, considerato anche che la centrale termica del presidio di Monza è inserita nell'ambito del protocollo di Kyoto – ETS nel registro dei piccoli emettitori;
7. definizione di una situazione/modello di riferimento rispetto a cui, a seguito di adeguati confronti con i consumi reali, rilevare situazioni di particolare inefficienza per quanto attiene i parametri energetici;
8. definizione di una "base di riferimento dei consumi" rispetto a parametri di funzionamento e di processo (andamenti climatici sia invernali che estivi, numero di degenti, durate stagionali, ecc.) con i relativi costi.

Solo dopo aver determinato la base di riferimento dei consumi energetici sarà possibile raffrontare i consumi registrati in ogni annualità con i consumi storici per l'ottenimento della cifra di risparmio energetico ottenuto e poter definire in questo modo le effettive economie di spesa derivanti dall'adozione delle misure adottate.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è la piena attuazione (atteso 100%) delle misure per il risparmio energetico sopra elencate, in coerenza con il programma regionale "nEW" e la misurazione dei consumi energetici (TEP).

In relazione a quanto sopra esposto e con riferimento alla comunicazione e-mail del 9 ottobre 2024 della Direzione Generale Welfare avente per oggetto "Programma regionale a valere sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale – PRFESR21" per il finanziamento di interventi di efficientamento energetico, questa Fondazione ha trasmesso il documento di indirizzo alla progettazione (DIP) riguardante l'intervento di coibentazione termica della superficie esterna opaca e di una porzione della copertura dello stabile di Villa Serena al fine di ottenere una riduzione di almeno il 30% degli indici prestazionali energetici. L'ammontare complessivo presunto del quadro economico dell'intervento risulta pari a 3.400.000 euro e il progetto di fattibilità tecnico economico dell'intervento, che sarà ultimato e trasmesso entro il mese di gennaio 2025, prevede l'ultimazione, il collaudo e la rendicontazione dei lavori entro la scadenza del 31 dicembre 2027, come prescritto dalla comunicazione della Direzione Generale Welfare.

Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL)

La sostenibilità ambientale è guida anche nelle iniziative di promozione di comportamenti individuali responsabili di tutto il personale dipendente, affiancando e rinforzando le misure per il benessere organizzativo, prevedendo nella nuova programmazione del Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro alcune misure destinate ad agevolare il personale negli spostamenti con il rispetto dell'ambiente.

I Piani degli Spostamenti Casa Lavoro del triennio 2022/2023/2024 prevedevano la realizzazione dei seguenti obiettivi, supportati dalla figura del Mobility Manager, sulla scorta di una programmazione triennale degli interventi, subordinatamente alle risorse finanziarie disponibili per investimenti:

- Fornitura e installazione di un primo lotto di 30 Box-Bici in Sicurezza (anni 2022 e 2023)
- Fornitura e installazione di un secondo lotto di 30 Box-Bici in Sicurezza (anni 2023 e 2024)
- Stipula di una Convenzione con TreNord per la sottoscrizione di abbonamenti al sistema dei trasporti pubblici regionali a condizioni vantaggiose per i dipendenti (anni 2022, 2023 e 2024);
 - sconti sulle varie tipologie di abbonamenti
 - rateizzazione del costo in 12 rate mensili con addebito direttamente sul cedolino paga del dipendente;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- Stipula di una Convenzione con l'Università Milano Bicocca per l'utilizzo, da parte dei dipendenti, della navetta di collegamento da e verso la stazione di Monza (anni 2022, 2023 e 2024);
- Avvio del procedimento e affidamento della fornitura di un primo lotto di n. 5 colonnine per la ricarica di auto elettriche (anno 2024).

In attuazione della predetta programmazione, nel corso degli ultimi tre anni sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- realizzazione di n. 30 box-bici in sicurezza;
- realizzazione, in collaborazione con il Comune di Monza, di una velostazione e di una postazione di bike sharing dinanzi alla Palazzina Accoglienza, inaugurata il 1° dicembre 2023;
- l'aggiudicazione di un primo lotto di 5 colonnine per la ricarica di auto elettriche, in fase di fattibilità e di progettazione;
- avvio della negoziazione con l'Università Milano Bicocca sulla possibilità di condivisione del collegamento con navetta da e verso la Stazione di Monza.



Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è l'attuazione degli obiettivi annuali programmatici non ancora realizzati, subordinatamente alla disponibilità di risorse finanziarie, nonché degli obiettivi del PSCL anno 2025 (in fase di elaborazione) che prevede, tra l'altro, la progettazione e la realizzazione di una APP (Car Pooling) per la condivisione di mezzi privati tra un gruppo di dipendenti e del PLSC 2026 e 2027, in prospettiva, subordinatamente alla disponibilità di risorse finanziarie per investimenti.

- **Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza**

La FSGT promuove scelte gestionali orientate all'efficienza, misurata a livello complessivo aziendale attraverso il Bilancio Economico e a livello di sotto articolazioni organizzative e attività attraverso la contabilità analitica per centro di costo.

Le **misurazioni economiche di bilancio della FSGT** sono rese disponibili attraverso la pubblicazione nel sito aziendale alla pagina del sito istituzionale (Amministrazione Trasparente, area Bilanci), rendendo trasparente i risultati della gestione economica, in pareggio, e il rispetto dei tempi di pagamento di fornitori di beni e servizi, misurata dall'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti, espresso in giorni, che misura il ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture: l'indicatore misurato è negativo e ciò significa che rileva un **anticipo dei pagamenti** rispetto alla scadenza della fattura (Amministrazione Trasparente, area Pagamenti dell'amministrazione).

Il Bilancio di Previsione 2025 è stato adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 10 del 20.12.2024 per un valore complessivo di 462,3 milioni di euro.

Per quanto riguarda l'indice di tempestività dei pagamenti, l'ultima rilevazione disponibile, riferita al 3° trimestre 2024, riporta un indicatore trimestrale di -16,02 con tempi medi di pagamento di 21,54 giorni.

Le rilevazioni di **contabilità analitica per centro di costo** sono oggetto di misurazione nella reportistica mensile interna, a supporto delle decisioni e valutazioni gestionali, e nel flusso trimestrale di contabilità analitica regionale e costituiscono elemento di valutazione con riferimento al benchmark regionale del "Cruscotto CGEST", pubblicato nel Portale di Governo di Regione Lombardia, che confronta costi e ricavi delle strutture sanitarie regionali. Gli indicatori di efficienza sono oggetto di valutazione negli obiettivi di budget al fine di garantire, nella programmazione delle attività, il necessario raccordo con la programmazione economico-finanziaria.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Una particolare attenzione all'efficienza viene posta anche nei **processi di acquisto**, prioritariamente indirizzati verso procedure di acquisto centralizzate. La FSGT persegue infatti l'obiettivo di riduzione degli acquisti in economia, partecipando ad iniziative di aggregazione della domanda sia attraverso l'adesione a Convenzioni ARCA e CONSIP sia mediante gli acquisti consorziati/unioni di acquisto.

La scelta di introduzione dell'innovazione viene effettuata mediante le **metodiche dell'HTA** dalla Commissione Dispositivi Medici e l'ottimizzazione di alcuni processi organizzativi dei servizi sanitari e amministrativi è supportata dalle logiche e dagli strumenti dell'**ingegneria gestionale**.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è il conseguimento dell'equilibrio di bilancio, il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, la verifica degli indicatori di efficienza nell'utilizzo delle risorse da parte delle strutture aziendali e l'ottimizzazione dei processi di acquisto attraverso il ricorso alle procedure centralizzate.

Performance organizzativa

In conformità con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, la programmazione strategica trova attuazione mediante la declinazione degli obiettivi aziendali (performance istituzionale) a tutte le articolazioni organizzative attraverso lo strumento del **budget annuale**, nel quale sono assegnate le risorse e gli obiettivi organizzativi (performance organizzativa) e individuali (performance individuale).

L'articolazione di massima degli obiettivi di budget 2024 e la strutturazione dei relativi indicatori e del relativo valore atteso è la seguente:

Valore pubblico	Obiettivo Operativo	Azioni/Indicatori
Identità organizzativa IRCCS	Promozione del <i>brand</i> IRCCS	Promuovere l'immagine della FSGT verso l'esterno (stampa, media, ecc.) e verso i dipendenti per consolidare il senso di appartenenza, anche promuovendo iniziative di riconoscimento del personale collocato in quiescenza e implementazione delle iniziative di comunicazione verso l'esterno e gli <i>stakeholders</i>
Politiche sanitarie regionali	Attuazione delle linee di indirizzo regionali	Tendere al raggiungimento del 100% dei target regionali
Assistenza: volumi, qualità ed esiti, accessibilità	Volumi di prestazioni	Erogare volumi di prestazioni proporzionali alle risorse assegnate (posti letto e sedute operatorie per l'elezione, risorse umane)
	Tempi di attesa	Garantire il rispetto dei tempi di attesa definiti dalla programmazione regionale per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e diagnostica
	Screening	Garantire la piena adesione ai programmi di screening regionali e di ATS (colon-rettale, mammografico, cervice uterina, HCV)
	Donazione di organi e tessuti	Rispettare i target regionali di donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto
Ricerca e innovazione clinica	Implementazione dell'organizzazione della Direzione Scientifica	Consolidare la struttura organizzativa di Direzione Scientifica
	Implementazione dei Fondi per la ricerca	Utilizzare i fondi della ricerca corrente e finalizzata a procedere alla loro corretta rendicontazione Promuovere una raccolta di Fondi per la ricerca, presso Associazioni, Imprese, Enti, ecc. ai fini dell'attuazione di specifiche e innovative progettualità

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

	Programmazione e budget della ricerca	Promuovere e supportare le attività di ricerca nel rispetto del budget concordato annualmente
Qualità e rischio: migliorare l'organizzazione, i processi e la sicurezza dei pazienti	Certificazione ISO 9001:2015	Superare gli audit di parte terza per n. 6 Unità Operative certificate e avvio del percorso di certificazione per ulteriori n. 6
	Piano Annuale di Risk Management (PARM)	Attuare almeno l'80% degli obiettivi definiti nel PARM
	Progetto Enterprise Risk Management (ERM)	Applicare la procedura per la gestione dei rischi aziendali
Innovazione: riqualificazione strutturale e investimenti in tecnologia	Investimenti strutturali e tecnologici	Rispettare il cronoprogramma degli investimenti finanziati
Capitale Umano: valorizzare le risorse del personale per favorire crescita e benessere	Piano dei fabbisogni, Piano della Formazione, Piano Organizzativo per il Lavoro Agile	Garantire il tempestivo reclutamento di risorse di personale e dare attuazione alle attività programmate
	Piano delle Azioni positive	Proseguire i progetti avviati e dare avvio alle nuove Azioni in raccordo con il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità
Ascolto e partecipazione: coinvolgere gli utenti in forma singola e associata	Collaborazione con le Associazioni di volontariato	Proseguire nel percorso di collaborazione con le Associazioni rappresentanti degli utenti dei servizi sanitari e sociosanitari
	Indagini di <i>customer satisfaction</i>	Predisporre periodico sistema di reporting quale strumento di comunicazione interna, perfezionandone l'elaborazione
	Promozione gruppi di miglioramento	Condividere (URP, Qualità, Direzione Medica di Presidio) l'analisi delle segnalazioni ricevute dai cittadini per migliorare i percorsi di accesso e di fruizione dei servizi
Legalità: prevenire il rischio corruttivo e promuovere la trasparenza	Anticorruzione e Trasparenza	Garantire l'attuazione di misure generiche e delle misure specifiche previste nel PTPCT
	Anticorruzione	Garantire l'attuazione di misure per l'anticorruzione
Sostenibilità: orientare le scelte gestionali a criteri di rispetto per l'ambiente	Interventi strutturali per il contenimento energetico	Rispetto dei cronoprogrammi
	Piano per gli spostamenti casa – lavoro	Attuazione delle iniziative programmate per l'anno
Efficienza: utilizzare le risorse con massima attenzione all'efficienza	Equilibrio di bilancio	Promuovere l'efficiente utilizzo delle risorse aziendali con misurazione degli indicatori di efficienza a livello aziendale e di struttura con riferimento al benchmark regionale
	Tempi di pagamento	Rispettare i tempi di pagamento previsti dai contratti di fornitura
	Indicatori di efficienza	Migliorare gli indicatori di efficienza delle attività sanitarie nel confronto con il benchmark regionale

Il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget definisce la misura della performance organizzativa dei centri di responsabilità aziendali, misurata dall'indice sintetico di performance, con totale massimo di 100.

Performance individuale

La metodologia per la misurazione e la valutazione della performance individuale è diretta alla verifica sia del livello di raggiungimento degli obiettivi individuali o di team assegnati al personale (dirigenziale e di comparto),

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

sia delle competenze professionali e manageriali dimostrate, attraverso strumenti equi, oggettivi, condivisi e partecipati, nel rispetto dei principi di:

- trasparenza dei criteri e dei risultati
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione.

I criteri e gli strumenti di valutazione vigenti sono quelli definiti negli accordi integrativi aziendali siglati con le rappresentanze sindacali il 04/12/2017 per il comparto e il 17/11/2017 per la dirigenza (in corso di aggiornamento).

Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025/2027

La FSGT riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie. A tal fine, in tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), secondo le indicazioni fornite da A.N.A.C. (Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022), in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii. e, per ultimo, al P.N.A. aggiornamento 2023, quale atto di indirizzo che raccoglie tutte le indicazioni in materia di anticorruzione fornite da A.N.A.C. fino ad oggi, e al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza, di seguito si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dalla Fondazione e le misure per la gestione dei rischi corruttivi adottate, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

La presente sezione si pone in continuità con quanto adottato all'interno del PIAO 2024/2026 approvato dalla FSGT San Gerardo dei Tintori con deliberazione n. 2 del 29/01/2024.

1. Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Come da indicazioni dell'ANAC, costituiscono contenuto necessario della presente sezione del PIAO gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, che tengano conto degli obiettivi di valore pubblico indicati nella sottosezione "Valore pubblico".

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione degli Organi di indirizzo della FSGT, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Ai sensi delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il D.Lgs. n. 33/2013 e la legge n. 190/2012, la presente sezione del PIAO assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza della Fondazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la Fondazione si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, la Fondazione si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi anticorruzione e la sezione delle performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti. In tale ottica tale sezione deve coordinarsi e collegarsi con la sezione delle performance, in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative della Fondazione. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Nel presente documento sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nella tabella in **Allegato 2 “Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità”**;

- promuovere maggiori livelli di trasparenza, che devono tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance – assume un ruolo importante anche in tema di trasparenza, in quanto verifica e attesta il rispetto degli obblighi di trasparenza della Fondazione, nonché verifica l’attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione;
- mantenere un’integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso la condivisione degli esiti dei monitoraggi in fase di Risk Assessment e rendicontazione annuale;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata, consapevole dell’importanza della cultura della legalità ad ogni livello. Tale obiettivo verrà realizzato attraverso azioni strategiche specifiche declinate in obiettivi operativi assegnati al RPCT;
- rafforzare l’analisi dei rischi e le misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei finanziamenti nell’ambito del PNRR anche attraverso il gruppo di lavoro per il monitoraggio ed il controllo dei progetti PNRR individuati con Decreto del Direttore Generale n. 421 del 26/07/2023;
- migliorare la digitalizzazione dei processi dell’Ente;
- promuovere maggiori livelli di trasparenza rispetto al set minimo di informazioni e dati identificati dalla norma in materia, che saranno pubblicati nell’apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale www.irccs-sangerardo.it;
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

a) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell’ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 alla legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Nell’ambito della propria attività, il RPCT riferisce al Presidente del C.d.A. della Fondazione. È il referente dell’intero processo che coinvolge tutte le iniziative finalizzate, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza.

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l’elaborazione della proposta della Sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza del PIAO;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell’efficace attuazione della presente sezione, nonché la proposta di modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’Ente;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- la verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione integrato con il piano della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web istituzionale, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione agli Organi di indirizzo della Fondazione ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzando il *format* predisposto dall'ANAC;
- l'aggiornamento sugli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nel caso in cui gli Organi di indirizzo lo richiedano, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della Trasparenza ed in particolare:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte della Fondazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando agli Organi di indirizzo, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari della Fondazione, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento della sezione della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
 - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
 - agli Organi di indirizzo e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca- dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'Ente. Tuttavia, a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dall'apposita sezione del PIAO, qualora lo stesso possa provare *"di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano"*.

La performance individuale del RPCT è valutata in relazione alla specifica funzione affidata, inserendo, a tal fine, nella sezione delle performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

Il ruolo di RPCT della FSGT è stato attribuito con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 25 del 17/04/2023 al Responsabile della UOS Formazione, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, da un collaboratore amministrativo della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, da un amministrativo del Servizio Attività comunicazione aziendale e relazioni esterne e da un amministrativo della S.C. Affari Generali e Legali.

b) Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nella fase di monitoraggio e riesame dell'attività svolta e dell'attuazione delle misure anticorruzione.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione sono:

1. gli Organi di indirizzo;
2. il Direttore Generale;
3. il Direttore Sanitario;
4. il Direttore Amministrativo;
5. il Direttore Scientifico;
6. il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio;
7. la Funzione di Internal Audit;
8. i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura;
9. i Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
10. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
11. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
12. il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA);
13. i dipendenti e i collaboratori tutti della FSGT, a qualsiasi titolo;
14. gli *stakeholders* (tutti i portatori di interesse), a qualsiasi titolo.

b1 Gli Organi di indirizzo

Sono Organi di indirizzo il Presidente e il Consiglio di Amministrazione (CDA):

- nominano il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- approvano il PIAO e i suoi aggiornamenti, definendone gli obiettivi strategici;
- adottano gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, quali ad esempio i Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento.

b2 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, al quale sono riservati i poteri di gestione, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Essi concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Fondazione, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO.

b3 Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico è responsabile della ricerca scientifica e ne definisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione della FSGT.

Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica della Fondazione attraverso la promozione di attività formativa specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO, nell'area di propria competenza.

b4 Il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio

Con deliberazione n. 42 del 16/01/2020 è stato nominato il gestore delle rilevazioni e delle segnalazioni delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio, c.d. "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" nella persona del dirigente responsabile della S.S. Servizi Amministrativi Tecnici ed Economici di base della S.C. Tecnico Patrimoniale.

Al "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" spettano i seguenti compiti:

- a) acquisire le segnalazioni di operazioni sospette dai Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura,

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

nonché valutarne la completezza e la correttezza con il supporto del Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;

- b) informare la Direzione Strategica ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza circa le decisioni intraprese riguardo a transazioni sospette di cui sia stato reso edotto;
- c) comunicare alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) ogni operazione ritenuta a rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo sulla scorta delle linee guida di cui al D.M. Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, previa concertazione con il Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e previa comunicazione alla Direzione Strategica;
- d) interloquire con l'UIF per tutte le comunicazioni/segnalazioni di operazioni sospette e per i relativi conseguenti approfondimenti.

Allo scopo di definire procedure interne idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, la tempestività della segnalazione alla UIF, nonché l'omogeneità dei comportamenti, con deliberazione n. 1260 del 17/09/2020 dell'allora ASST Monza è stato approvato dalla Direzione, su proposta del Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, il *"Regolamento recante le procedure per la rilevazione e segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo"*.

Spetta al Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio adoperarsi per i relativi e conseguenti adempimenti riguardanti l'applicazione del Regolamento, in primo luogo la formazione in materia di antiriciclaggio al personale dipendente della Fondazione. Il rafforzamento delle competenze del personale della Fondazione in materia di contrasto al riciclaggio finanziario è uno strumento utile alla prevenzione della corruzione, all'uso di buone pratiche di clinica e di ricerca.

- e) Il Gestore ha il compito di predisporre la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo a cui le Strutture della Fondazione sono esposte nell'esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base della mappatura e dell'analisi dei rischi, il Gestore propone in collaborazione con i Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura (S.C. Gestione Acquisti Provveditorato Economato, S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, S.S. Area Accoglienza - CUP Aziendali e S.C. Farmacia) procedure idonee a valutare il livello di esposizione degli uffici al rischio di riciclaggio, indicando le misure necessarie alla mitigazione del rischio.

b5 La Funzione di Internal Audit

Gli obiettivi strategici della Funzione di I.A. consistono nel verificare la funzionalità del sistema di controllo interno, che ha lo scopo di migliorare l'efficacia/efficienza dell'attività di controllo, razionalizzandola in funzione dei rischi, individuare i punti di debolezza dei processi aziendali e ridurre gli impatti economici dei rischi e validare modelli interni.

L'internal auditing è una funzione aziendale preposta alla verifica indipendente dell'adeguatezza del sistema di controllo interno aziendale e si pone l'obiettivo di effettuare un controllo di terzo livello rispetto ai controlli.

La responsabilità della Funzione di I.A. è assegnata ad un Dirigente/Funziionario che ha il ruolo di coordinamento del processo a garanzia del raggiungimento degli obiettivi stabiliti ed approvati nel Piano Annuale di Internal Auditing. Per tale obiettivo, il Responsabile della funzione si avvale di una Commissione di I.A. e di un Team di Auditor, i cui ruoli e responsabilità sono di seguito specificati.

b6 I Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura

Tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- inoltrano una tempestiva segnalazione al RPCT comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite portale "Whistleblower";
- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione; le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro i termini richiesti dal RPCT;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento in vigore e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella presente sezione del PIAO e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure in essa contenute;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni della sezione anticorruzione e trasparenza contenuta nel PIAO, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza della sezione stessa. *I Direttori/Dirigenti Responsabili, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.*

A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 - *Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte* - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web aziendale sono sanzionati a carico dei responsabili della struttura.

b7 I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

All'interno delle Strutture a maggior rischio corruttivo e/o che sono tenute agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, sono stati individuati Referenti con i seguenti compiti:

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, affinché abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione;
- collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nell'individuazione di misure di contrasto alla corruzione relative alla Struttura di appartenenza;
- concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- verificare il regolare assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- collaborare all'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione relative alla propria Struttura previste dalla presente sezione del PIAO per quanto di competenza, raccogliendo i dati richiesti dal RPCT e producendo la relativa reportistica;
- Supportare l'RPCT nell'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure contenute nell'allegato 2 anche attraverso attività di audit presso altre Strutture.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

L'azione dei Referenti è comunque subordinata alle indicazioni del proprio Direttore/Dirigente Responsabile, che rimane il riferimento del RPCT per l'implementazione delle politiche di prevenzione della corruzione e degli adempimenti che ne derivano.

b8 Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione delle performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. Lgs. n. 150/2009.

Per quanto riguarda la gestione del rischio corruttivo e della trasparenza, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) della Fondazione verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e, **in particolare:**

- svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nella sezione delle Performance del PIAO, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
- verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, che la presente sezione del PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il NVP, inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa.

b9. L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, dando tempestiva comunicazione al RPCT dell'avvio e della conclusione degli stessi;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- partecipa all'aggiornamento del Codice etico e di comportamento.

b10 Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), la FSGT ha confermato la nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) del Direttore della S.C. Gestione Acquisti, Provveditorato ed Economato.

b11 I dipendenti e i collaboratori della FSGT, a qualsiasi titolo

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nella presente sezione del PIAO e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dalla Fondazione

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

e contenute nel presente documento devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste costituisce illecito disciplinare;

- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente accedendo alla piattaforma web <https://www.irccs-sangerardo.it/whistleblowing>, oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

b12 Gli stakeholders (tutti i portatori di interesse), a qualsiasi titolo

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli *stakeholders* partecipano al controllo della Pubblica Amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito web istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dalla Fondazione, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente documento.

c) Il sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità, in particolare il **sistema di controlli interni** prevede:

- con riferimento agli istituti di cui al D. Lgs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i.:
- il **controllo di regolarità amministrativa e contabile**, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- il **controllo di gestione**, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- il **controllo e la valutazione delle performance/prestazioni** assolto dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;
- con riferimento ad altre norme:
- il **controllo assolto dal Collegio Sindacale** (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- il **Collegio di Direzione** (art. 17 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e art. 12 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i., Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/4979 del 30/03/2016), che ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo della FSGT con funzioni consultive e propositive;
- le funzioni di **Internal Auditing** (L.R. n. 17 del 4 giugno 2014), strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. E' una funzione indipendente, che risponde direttamente alla Direzione Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Entro il 31 gennaio di ogni anno viene approvato un piano annuale;
- il **Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management**:
 - entrambi, per le rispettive competenze, contribuiscono alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
 - attraverso la predisposizione di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali vengono descritte le modalità di governo ed esecuzione dei processi sia sociosanitari sia tecnico amministrativi;
- il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- **il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO)** (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete:
 - informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo;
 - sorvegliare l'osservanza del regolamento;
 - sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo;
 - fornire pareri e sorvegliare alla redazione della Data Protection Impact Assessment (DPIA);
 - fungere da punto di contatto e collaborare con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
 - controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach);
- **Il Responsabile della sicurezza delle informazioni** (Linee guida regionali, Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016, Direttiva NIS) cui compete:
 - la definizione e il coordinamento di un piano operativo per garantire la sicurezza delle informazioni, congiuntamente ai singoli dipartimenti;
 - l'esecuzione e aggiornamento dell'analisi dei rischi di sicurezza;
 - il monitoraggio del corretto funzionamento delle misure di protezione adottate;
- **Il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)** (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l'insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni alla FSGT finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;
- **Il Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC):**
 - il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSL;
 - le azioni si sviluppano nel rispetto dell'ordine di priorità assegnato da Regione Lombardia per ciascuna area tematica ed in coerenza con il modulo organizzativo adottato;
- **Le attività con finalità di antiriciclaggio** (art. 10 del D. Lgs. n. 231/2007) affidate al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio:
 - le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo;
 - le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale;
 - il **monitoraggio ed il controllo dei progetti PNRR** di competenza del Gruppo di Lavoro individuato con Decreto del Direttore Generale n. 421 del 26/07/2023) (V. paragrafo "Il monitoraggio ed il controllo dei progetti PNRR");
 - sistema dei **controlli sull'attività libero professionale intramuraria**, secondo quanto previsto dal Regolamenti ALPI vigente (Decreto del Direttore Generale n. 498 del 31/08/2023).

3. Processo e modalità di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

La presente sezione del PIAO 2025 – 2027 si pone in continuità con la precedente del PIAO 2024/2026 ed è l'esito del lavoro del RPCT con il coinvolgimento dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture individuate quali area a maggior rischio corruttivo.

Si indicano di seguito le principali fasi del processo di adozione:

- elaborazione della proposta relativa alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO da parte del RPCT, sulla base dei risultati del monitoraggio espletato e degli eventuali aggiornamenti intervenuti nella mappatura del rischio di corruzione in seguito all'attività di revisione annuale;
- condivisione e integrazione della proposta con il gruppo di lavoro sul PIAO;

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- invio della proposta ai Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura ai fini della raccolta delle loro osservazioni sui contenuti del documento e in particolare sull'indicazione e la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione in riferimento ai processi delle rispettive Aree/Strutture;
- consultazione pubblica rivolta sia agli stakeholder interni (Collegio di direzione, CUG, Organizzazioni sindacali), sia a tutti gli stakeholder esterni, tramite pubblicazione della proposta di aggiornamento sul sito web istituzionale;
- invio della proposta al Consiglio di Amministrazione della Fondazione, per la condivisione degli obiettivi strategici;
- condivisione del PIAO con il NVP;
- esame, validazione e approvazione da parte degli Organi di indirizzo della Fondazione entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato per legge;
- pubblicazione sul sito web istituzionale nella sezione amministrazione trasparente del PIAO.

4. Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione

La legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione aziendale devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- A. analisi del contesto esterno
- B. analisi del contesto interno e mappatura dei processi
- C. valutazione e analisi del rischio
- D. trattamento del rischio con identificazione delle misure di prevenzione della corruzione
- E. monitoraggio e riesame.

4A - Analisi del contesto esterno

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

Consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche del territorio o del settore specifico, nonché delle eventuali relazioni con gli stakeholder e di come possano influire sull'attività della Fondazione.

Come si evince dal "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia", a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2022), il trascorso biennio di pandemia ha segnato la nascita impetuosa di urgenze e bisogni sociali e materiali (in particolare nel settore della salute) generando lo sviluppo disordinato di mercati nuovi per tipologie e dimensioni, nei quali le organizzazioni mafiose hanno saputo inserirsi con abilità, registrando, secondo i principali centri investigativi del Paese, importanti successi.

La Direzione Investigativa Antimafia colloca la provincia di Monza-Brianza in una posizione privilegiata nel ranking di presenza criminale regionale, seconda solo a Milano. Oggetto dell'infiltrazione mafiosa non sono soltanto le attività di ristorazione, turistiche o del settore dell'edilizia, ma anche a servizi e attività che, a causa dell'emergenza sanitaria, hanno visto un aumento esponenziale della domanda. Ad esempio: servizi funebri e cimiteriali, attività di pulizia e sanificazione, produzione dei dispositivi di protezione individuale e smaltimento dei rifiuti di tipo ospedaliero.

I fattori di rischio che espongono la sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distinguere in 5 livelli.

1. Il primo è di **natura politica**. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.
2. Il secondo, di **natura legislativa**, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari - possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di **natura tecnico-scientifica**. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche...) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.
4. Il quarto livello pertiene invece alla specifica **cultura ambientale** che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello individuato è di **natura logistico-organizzativa** e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

Come previsto dal PNA 2022 si analizzano i dati relativi alle principali dinamiche territoriali e settoriali, alle influenze o pressioni di interessi esterni a cui la Fondazione potrebbe essere sottoposta:

- **Criminalità e reati di corruzione, peculato e concussione:**

l'alto tasso di criminalità di un territorio è indicatore di un'alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti devianti o non conformi alle norme. Diversi indicatori di corruzione si basano sul numero dei procedimenti, denunce e condanne per delitti di corruzione commessi da pubblici ufficiali identificati nell'ordinamento giuridico. I reati di associazione a delinquere, criminalità organizzata e riciclaggio di denaro sono strettamente connessi ai reati di corruzione.

Valutati sul territorio della Fondazione i tassi dei procedimenti penali per delitti di peculato concussione e corruzione, i procedimenti per riciclaggio di denaro, le denunce per associazione di tipo mafioso, i dati osservati potrebbero influenzare negativamente sulle condotte dei pubblici dipendenti della Fondazione. **Impatto elevato**

- **Contesto economico sociale:**

Un'economia più viva e più attiva è indice di benessere economico, istituzionale e di un basso livello di corruzione. Si ipotizza quindi che ad un aumento del Prodotto Interno Lordo, della spesa socio-sanitaria e del tasso di imprese attive sia associate una diminuzione della corruzione. Contrariamente un alto tasso di disoccupazione e di mortalità aziendale dovrebbe aumentare il rischio di corruzione. Anche i

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

pagamenti in contanti, non tracciati, è indice della presenza di transazioni sospette che potrebbero includere il pagamento di tangenti.

Valutata la situazione economico sociale del territorio della Fondazione si nota un alto uso dei pagamenti elettronici, un tasso di disoccupazione più basso rispetto al territorio nazionale, un ampio numero di imprese attive, un più alto prodotto interno lordo pro capite. **Impatto medio**

- **Criticità riscontrate da segnalazioni esterne:**

Il numero di segnalazioni esterne, i risultati dell'attività di monitoraggio, nonché il buon rapporto con gli stakeholder di riferimento sono segnale del buon andamento ed efficienza della P.A.. L'indice sulla qualità delle prestazioni percepita dagli utenti può considerarsi direttamente correlate ad eventuali fenomeni corruttivi.

4B - Analisi del contesto interno e mappatura dei processi

Contesto interno organizzativo

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

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari.

Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

Per la consultazione dei dati che riguardano il contesto organizzativo della FSGT si rimanda alle analisi esposte nella sezione specifica - Struttura organizzativa ed a quanto descritto in premessa a proposito del percorso di riconoscimento della FSGT quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle competenti Strutture, è stata aggiornata l'analisi del rischio, coinvolgono le seguenti aree di rischio e sono riportati nell'**Allegato 1 "Registro dei Rischi corruttivi"** al presente PIAO:

1. CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori, servizi e forniture;
 2. INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale
 3. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - Gestione del precontenzioso
 4. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO - Convenzioni attive aziendali a pagamento - Gestione dei pagamenti - Gestione recupero crediti e transazioni - Gestione beni mobili e immobili - Gestione delle donazioni ed erogazioni liberali;
 5. ESECUZIONE CONTRATTUALE - Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di beni e servizi - Gestione rifiuti;
 6. ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO - Gestione del decesso in ambito ospedaliero;
 7. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA;
 8. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI;
- Nella tabella **Allegato 1** al presente Piano sono riportati i processi/fasi oggetto della mappatura per i quali sono stati individuati rischi corruttivi.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Alla luce della delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023 e delle indicazioni ivi contenute, nel 2025 sarà riservata particolare attenzione, sia per ciò che attiene alle misure concernenti l'anticorruzione che la trasparenza, ai contratti pubblici, interessati nel corso del 2023 da una serie di interventi legislativi che hanno innovato l'assetto (entrata in vigore il 1° aprile 2023, con efficacia dal successivo 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D. Lgs. n. 36/2023 e conferma di diverse norme derogatorie contenute nel D.L. n. 76/2020 e nel D.L. n. 77/2021).

4C - Valutazione e analisi del rischio

La valutazione del rischio è la 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 possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio). La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

Nella tabella **Allegato 1 "Registro dei Rischi corruttivi"** sono indicati, per ciascuna area di rischio, i processi/sottoprocessi valutati, la descrizione degli eventi rischiosi, le Strutture coinvolte e la valutazione complessiva del rischio.

Nel corso dell'anno 2025 verrà effettuata l'analisi dei rischi dei processi relativi al sistema antiriciclaggio, l'analisi dei rischi sulla attività e processi della Direzione Scientifica.

4D - Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione

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

Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche, con attribuzione delle relative responsabilità ai Direttori/Dirigenti Responsabili in merito alla attuazione di dette misure.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente documento si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

Le misure generali intervengono in materia trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati e incidono su problemi specifici.

Per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo esposto a rischio di corruzione deve essere prevista almeno una misura di prevenzione.

Le misure devono essere adeguatamente programmate e definiti tempi di attuazione, con indicazione del soggetto responsabile e con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, al fine di poter verificare la corretta attuazione delle misure.

Relazione sull'attività RPCT - Monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione della FSGT del PIAO 2024/2026 – Anno 2024

Il RPCT annualmente predisponde, sulla base di precise indicazioni di ANAC, una Relazione (Relazione annuale RPCT) sull'attività svolta; tale Relazione è inviata al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni e successivamente pubblicata sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione" entro la scadenza fissata da ANAC, di norma il 31 gennaio di ogni anno.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Inoltre dalle risultanze degli Audit semestrali e annuali programmati ed effettuati dal RPCT viene redatto un Consuntivo al 31 dicembre di ciascun anno sugli esiti dei monitoraggi sull'attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione indicate annualmente nel PIAO, inviato agli Organi di Indirizzo.

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell'aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO per l'anno successivo.

Alla data di approvazione del presente documento, le attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione adottate dalla FSGT al 31/12/2024 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate e degli obiettivi assegnati, così come riportati nell'Allegato 2 al PIAO 2024 -2026. Gli scostamenti rispetto alle azioni programmate hanno dato origine ad alcuni rilievi nei confronti dei Responsabili di struttura, come da verbali agli atti, i quali porranno in essere azioni di miglioramento nel corso dell'anno 2025.

Le misure di prevenzione della corruzione

La Fondazione, proseguendo la strategia di prevenzione della corruzione adottata nell'anno precedente, conferma l'adozione di misure generali obbligatorie, che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e misure specifiche che agiscono su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su aspetti peculiari dell'Ente.

A seguito degli esiti riportati nella Relazione annuale del RPCT, nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"** al presente documento sono raccolte tutte le misure programmate per il triennio di validità dello stesso, con indicazione dei tempi di attuazione, del Soggetto Responsabile e con l'individuazione degli indicatori di monitoraggio.

LE MISURE GENERALI**Formazione**

Per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e antiriciclaggio. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui la Fondazione si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Nel Piano formativo i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, ai Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

La Fondazione monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

La Fondazione ha realizzato i seguenti corsi, previsti nel piano formativo aziendale 2024:

- 1) L'evoluzione e la disciplina in materia di prevenzione sull'illegalità nella pubblica amministrazione anche nell'ambito dei progetti e dei finanziamenti del PNRR;
- 2) Antiriciclaggio nella Pubblica Amministrazione.

Per l'anno 2025 saranno proposti nel Piano Formativo CORSI DI APPROFONDIMENTO SPECIFICO (L. n. 190/2012 e norme attuative), sulla trasparenza dei contratti pubblici e sulla gestione del rischio di prevenzione della corruzione nell'ambito degli appalti pubblici - non solo per ciò che attiene la disciplina generale, ma anche quella più specifica dei contratti finanziati con Fondi PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e PNC (Piano

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

nazionale per gli investimenti complementari al PNRR) di cui alla Delibera dell'ANAC n. 605 del 19/12/2023 - e sul Sistema di Antiriciclaggio e prevenzione del finanziamento del terrorismo.

Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo ed è fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ambito dell'attività pubblica.

Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza. Il presente documento dedica un'apposita sezione alla trasparenza, all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche, sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne alla Fondazione, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Si rimanda alla sezione dedicata alla trasparenza e all'**Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**.

Tutela del whistleblower

Il RPCT accerta che chi denuncia all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato.

La Fondazione svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

Al fine di garantire il diritto di riservatezza del Segnalante, le segnalazioni e sono effettuate esclusivamente con una delle seguenti modalità:

a) accedendo alla piattaforma web: <https://asstmonza.whistleblowing.it/>

la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e da lui gestita mantenendo il dovere di riservatezza e confidenzialità nei confronti del segnalante; nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti; il RPCT prenderà in considerazione segnalazioni anonime solo se sufficientemente circostanziate e con l'indicazione di precisi elementi fattuali;

b) direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale.

Dipendenti, collaboratori e soggetti che a vario titolo entrano in contatto con la FSGT, possono, altresì, effettuare segnalazioni all'ANAC, che -in ottica di prevenzione e non di repressione- può avviare una interlocuzione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della FSGT.

Le segnalazioni all'ANAC si effettuano mediante accesso al relativo portale: <https://www.anticorruzione.it/-/whistleblowing>.

E' in corso di aggiornamento la procedura "Whistleblowing" ed il regolamento adottato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 979 del 10/07/2019, in attuazione del D. Lgs. n. 24 del 10/03/2023 e della Delibera dell'ANAC n. 311 del 12/03/2023 "Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne".

Codice etico e di comportamento

Il Codice etico e di comportamento, è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità della Fondazione nei confronti dei "portatori di interesse"

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

(persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall'altro, definisce l'etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti/ collaboratori/fornitori.

Come tale esso rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di *"maladministration"*, secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.

Tra gli obblighi previsti dal Codice etico e di comportamento vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Già dal 2016, l'allora ASST Monza ha previsto l'inserimento nei contratti di lavoro di specifica clausola di presa visione ed accettazione del proprio Codice etico e di comportamento, da fare sottoscrivere ai neoassunti.

Nel corso del 2018 l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 2282 del 18/12/2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e s.m.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29/12/2016 *"Approvazione del nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia"*. In ultimo l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 1325 del 29/12/2022, ha aggiornato il Codice etico e di comportamento, ai sensi del Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 che, modificando l'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, ha previsto l'obbligo di prevedere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, nonché l'organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei Codici.

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale www.irccs-sangerardo.it.

La diffusione capillare, l'interpretazione e la violazione del Codice etico e di comportamento a tutti i soggetti a cui è rivolto, rappresenta un'indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Sarà inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice etico e di comportamento sono sanzionabili.

E' vigente presso la FSGT il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), adottati con deliberazione n. 996 del 18/07/2019.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Il D.P.R. n. 81 13/06/2023 ha introdotto modifiche e/o integrazioni relative al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici rispetto alla precedente versione (D.P.R. n. 62/2013) e, dal 14/06/2023, ha dato attuazione

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

all'art. 4 del decreto legge 30/04/2022, n. 36, convertito con legge 29/06/2022, n. 79 (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Oltre al richiamato ai principi generali di integrità, correttezza, buona fede, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e al rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, legalità, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, il Codice - ribadendo il principio che la condotta della Pubblica Amministrazione è volta alla soddisfazione dell'utente - ha introdotto delle novità in merito alla disciplina dell'utilizzo dei vari social network ed ha invitato i dipendenti alla attuazione di comportamenti virtuosi in un'ottica "green" di tutela e rispetto dell'ambiente e delle risorse, come il risparmio energetico, il corretto smaltimento dei rifiuti ed il consumo responsabile delle risorse.

In attuazione di quanto sopra è stato redatto in data 18/10/2023 il Documento prescrittivo "Buone pratiche della funzione amministrativa" (A1054_P21_D01). Nel corso del 2024 il Codice etico e di comportamento aziendale è stato integrato con i contenuti di tale documento.

Codice di condotta per l'integrità della ricerca

Il nuovo comma 5 bis dell'art. 8 del D.Lgs. n. 288 del 16/10/2003, come novellato dal D. Lgs. n. 200 del 23/12/2022 - Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - statuisce che "(...) Gli Istituti adottano e aggiornano periodicamente un codice di condotta per l'integrità della ricerca. Il personale in servizio presso gli IRCCS è tenuto ad aderire ad un codice di condotta che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition".

Il rispetto dei principi degli standard e di integrità della ricerca costituisce garanzia della sua qualità e contribuisce ad amplificare la rilevanza della scienza e a rafforzare le aspettative riposte in essa da parte della società civile, con importanti ricadute sullo sviluppo della ricerca stessa, nonché sul benessere della società. I principi dell'integrità della ricerca ovvero affidabilità, onestà, rispetto e responsabilità devono ispirare tutte le fasi in cui si esplica.

Alla luce di quanto sopra il Consiglio di Amministrazione della FSGT con deliberazione n. 58 del 19/12/2023 ha adottato - anche in attuazione della comunicazione del Ministero della Salute pubblicata sul workflow della ricerca in data 23/03/2023 - il Codice di Condotta per l'Integrità della Ricerca, pubblicato nel sito web istituzionale.

In data 23/12/2024 è stata altresì adottata la procedura per la gestione della cattiva condotta nella ricerca ("misconduct").

Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26/03/2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della **rotazione straordinaria**.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. Lgs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

E' vigente presso la FSGT il Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità, approvato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 525 del 09/12/2021 che, peraltro, disciplina l'istituto della rotazione straordinaria.

Nell'ambito del PNA la **rotazione ordinaria** del personale addetto alle aree a rischio è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti,

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'Ente, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.
- Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, la Fondazione adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

FSGT applica, in conformità ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Aziende Sanitarie, il Regolamento aziendale sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione", adottato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 2285 del 18/12/2018.

La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente documento spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.

Nel corso del 2023 con Decreto del Direttore Generale n. 220 del 7/06/2023 si è dato atto del positivo confronto, previsto dall'art. 6, lettera e) del CCNL relativo al personale del Comparto Sanità del 2/11/2022 in materia di criteri per la graduazione degli incarichi con la delegazione trattante di parte sindacale ed è stata approvata la "Disciplina dell'istituto degli incarichi di posizione e di funzione per il personale del Comparto"; con successivo Decreto del Direttore Generale n. 220 del 7/06/2023 è stata approvata la mappatura degli incarichi di funzione da attivare del personale del Comparto e sono stati successivamente pubblicati i relativi bandi.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Inconferibilità e Incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

Sono soggetti alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Direttore Generale e il Direttore Scientifico. Inoltre, in considerazione della delibera ANAC n. 149/2014, che ha stabilito, per le Aziende del SSN l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013 ai soli Direttori; si provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 anche per gli incarichi conferiti al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, le apposite dichiarazioni. Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web istituzionale della Fondazione GST nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi *"quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte"*. L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

La Fondazione, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice etico e di comportamento aziendale, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità sia uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

E' vigente presso la FSGT il Regolamento in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica) approvato dall'allora ASST Monza, con deliberazione n. 2286 del 18/12/2018, che tiene conto di due aspetti fondamentali:

- creare consapevolezza dell'obbligo di astensione da parte dei dipendenti;
- coadiuvare il Responsabile della struttura che deve decidere sull'astensione.

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, la Fondazione ha disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse in specifici articoli dedicati alla tematica in questione. In base al Codice etico e di comportamento, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse della FSGT e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello della Fondazione stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

Si ricorda la delibera n. 494 del 5/06/2019 dell'ANAC "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.

E' attiva una cartella elettronica condivisa tra le diverse Strutture interessate per la gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse raccolte, al fine di potere effettuare le dovute verifiche interne sui soggetti ai quali vengono conferiti poteri autoritativi e negoziali, attraverso i dati raccolti anche sulle autorizzazioni concesse agli stessi per attività extra officio.

La cartella risulta regolarmente alimentata ed utilizzata nel corso dell'anno 2024.

Pantouflage

A decorrere dall'anno 2016, si è disposto l'inserimento della seguente clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori:

"L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28/11/2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. L.gs. 265/2001."

E' fatto divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati in favore degli stessi. Tale divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro che sono legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015).

I dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A..

Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Le conseguenze della violazione del divieto di *pantouflage* attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.

Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di *pantouflage*, dichiarazioni e controllo sui cessati

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale *“L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28/11/2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001”*, la Fondazione ha inserito nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto. Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di *pantouflage* da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione agli Organi di indirizzo della Fondazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Patti di integrità

Il Patto di integrità in materia di contratti pubblici costituisce un accordo tra la stazione appaltante e i soggetti partecipanti alle gare i quali si vincolano al mantenimento di condotte improntate a principi di trasparenza e legalità e rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici.

Il Patto di integrità rappresenta quindi una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici e si applica alle procedure di affidamento.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 50/2016, Regione Lombardia con DGR n. XI /1751 del 17/06/2019 ha approvato il nuovo Patto di integrità (che ha interamente sostituito quello precedente approvato con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014).

I commi 4 e 5 dell'art. 5 *“Violazione del patto d'integrità”* della DGR n. XI /1751 dispongono quanto segue:

La Stazione appaltante segnala al proprio Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza qualsiasi atto del candidato o dell'offerente che integri tentativo influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti.

Il candidato o l'offerente segnalano al Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza della Stazione appaltante qualsiasi atto posto in essere da dipendenti della Stazione appaltante o da terzi volto a influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti, e, laddove ritenga sussistano gli estremi di un reato, denuncia i fatti all'Autorità giudiziaria o ad altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne.

Svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

FSGT applica, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia, il Regolamento concernente le modalità di autorizzazione degli incarichi *ex officio* da parte del personale, ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, approvato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019.

Così come previsto all'art 14 del predetto Regolamento, la S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane effettua annualmente un numero di controlli a campione, pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

Collegamento al ciclo della performance

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Nel presente Piano sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**.

In tale ottica la sezione anticorruzione e trasparenza deve coordinarsi e collegarsi con la sezione della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27/10/2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative della Fondazione. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Inoltre l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Si evidenzia, in ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance - circa la verifica e l'attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione, così come disposto dal D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il monitoraggio ed il controllo dei progetti PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) , approvato definitivamente il 13/07/2021, promuove alla Missione 6 - Salute importanti interventi organizzativi e tecnologici finalizzati allo sviluppo di un nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari che rafforzi le prestazioni erogate sul territorio, l'integrazione dei percorsi socioassistenziali, il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, anche attraverso l'applicazione della telemedicina e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative.

Le linee di intervento previste dal Decreto n. 7796 del 25/05/2023 di Regione Lombardia per la FSGT San Gerardo dei Tintori riguardano:

- PNRR-Missione 6.C1 - 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona
- PNRR-Missione 6.C1 - 1.2.2 COT (Centrali Operative Territoriali)
- PNRR-Missione 6.C1 - 1.2.2 Interconnessione aziendale
- PNRR-Missione 6.C1 - 1.3 Ospedali della Comunità
- PNRR-Missione 6.C1 - 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello);
- PNRR-Missione 6.C1 - 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature).

Ai sensi del succitato Decreto di Regione Lombardia n. 7796 del 25/05/2023 "Progetti PNRR Missione 6 Salute - Approvazione delle indicazioni operative per i Soggetti attuatori esterni e per il Soggetto attuatore (RL) in merito al processo di rendicontazione ed ai relativi controlli", allegato 1, l'attività di rendicontazione nel portale "ReGis" prevede le seguenti fasi:

- 1) il Soggetto attuatore delegato (FSGT) crea il rendiconto in bozza;
- 2) Il Soggetto attuatore Regione Lombardia verifica il rendiconto in bozza e lo invia all'Amministrazione Titolare Ministero della Salute;
- 3) il Ministero della Salute compie le verifiche.

A seguito di esito positivo delle verifiche formali e sostanziali, il soggetto attuatore Regione potrà procedere alle richieste di erogazione a titolo di rimborso.

Con Decreto del Direttore Generale n. 421 del 26/07/2023 è stato individuato Il Gruppo di Lavoro (GDL) per il monitoraggio ed il controllo dei progetti PNRR, coordinato dall'ing. Giuseppina Carlomagno – Dirigente della S.C. Gestione Operativa - Next Generation EU, il GDL, che può avvalersi del supporto di altre specifiche personalità a seconda delle varie procedure e progetti da controllare.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Tutte le attività di controllo sono documentate, tracciate e conservate agli atti in forma analogica presso l'Ufficio della Gestione Operativa e digitalmente in una cartella condivisa denominata "Progetti PNRR".

Con Decreto del Direttore Generale n. 929 del 29/12/2023 si è preso atto della DGR XII/1515 del 13/12/2023 con la quale Regione Lombardia ha preso atto degli esiti dell'attività del Tavolo istituzionale del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) che approvano la modifica e l'aggiornamento del Piano Operativo Regionale (POR) e la rimodulazione del quadro economico per la realizzazione della nuova Casa di Comunità in via Borgazzi - Monza ed il cambio del Soggetto Attuatore esterno con decorrenza dal 13/12/2023 da FSGT San Gerardo dei Tintori ad ASST Brianza per le Case di Comunità di Monza e Brugherio e la Centrale Operativa Territoriale (COT) di Brugherio.

LE MISURE SPECIFICHE

In ottemperanza a quanto previsto dai PNA, sono state individuate misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.

Nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"** del PIAO si descrivono una serie di misure generali e specifiche di trattamento del rischio, con individuazione di una o più responsabili per l'attuazione, di una tempistica per il suo raggiungimento e un indicatore di monitoraggio sullo stato di avanzamento.

Tali misure, definite in accordo con i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate delle aree a maggior rischio corruttivo sulla base delle indicazioni di ANAC, sono volte a ridurre eventuali manifestazioni di casi di corruzione e malpractice, nonché a creare un contesto sfavorevole per la corruzione.

Le stesse saranno implementate nel corso del 2024 con particolare riferimento ai contratti pubblici anche sulla base delle indicazioni che verranno emanate da ANAC.

4E - Monitoraggio e riesame

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati nel presente documento ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso un'attività di audit con le singole Strutture coinvolte e con il supporto della Commissione Internal Auditing.

La valutazione e analisi del rischio corruttivo si articola in tre fasi:

- **identificazione degli eventi rischiosi**, che ha il compito di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Ente. L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati i potenziali/reali eventi rischiosi relativi ai processi gestiti dall'Ente.
- **analisi del rischio**, che consiste nello stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Al fine di stimare il livello di rischio corruttivo di un dato processo, occorre valutare alcuni indicatori di stima del livello di rischio del processo, quali ad esempio: la presenza o meno di interessi economici o benefici diretti, la presenza o meno di discrezionalità di un processo, il livello di collaborazione del responsabile del processo alla costruzione del Piano, l'inadeguata diffusione della cultura della legalità, il numero di segnalazioni pervenute, i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari. Le informazioni sono ottenute attraverso la compilazione di una scheda di rilevazione compilata a cura dei responsabili delle strutture organizzative interessate, con il supporto del RPCT. Sulla base delle informazioni ottenute, si procede ad un'analisi di tipo qualitativo, attraverso la misurazione di ciascun indicatore di livello di rischio corruttivo del processo, mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. La misurazione dei singoli indicatori determina la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio corruttivo di un dato processo, sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- **ponderazione del rischio**, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.

Il PIAO e in particolare la sezione dell'anticorruzione e trasparenza, PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, sia dai Referenti per l'anticorruzione e la trasparenza, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

L'attività di monitoraggio consta di due livelli:

- Monitoraggio di primo livello affidato ai Referenti del RPCT e ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Si tratta di un monitoraggio in autovalutazione e generalmente è accompagnato da verifiche successive del RPCT. Gli esiti del monitoraggio sono documentate da schede di rilevazioni o relazioni periodiche.
- Monitoraggio di secondo livello affidato al RPCT con il personale di supporto, anche attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica. Gli audit del RPCT sono riportati nell'Allegato 2 **"Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**. Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce agli organi di governo della Fondazione sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.

L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. Lgs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti al presente documento dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione della Fondazione.

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dalla presente sezione, si rimanda sempre all'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"**.

La trasparenza

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Il presente piano contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire:

- 1) un adeguato livello di trasparenza;
- 2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

ed è stato redatto tenendo conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed, in particolare, del D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, *«Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»*.

In particolare, modifiche significative sono state apportate al D. Lgs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D.Lgs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il *"Freedom of information act"* (F.O.I.A.).

Con la Delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, l'ANAC ha aggiornato e integrato la Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 e relativo allegato in ordine agli obblighi di trasparenza dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

In particolare, la Delibera individua le informazioni ed i 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.

Con l'avvio della digitalizzazione dei contratti pubblici a partire dal 1 gennaio 2024, sono entrate in vigore anche novità dal punto di vista degli obblighi di pubblicazione; l'ANAC, pertanto, ha fornito con la Delibera n. 601 ulteriori e specifici chiarimenti sulle modalità di assolvimento di tali obblighi.

Si è pertanto proceduto ad aggiornare l'allegato n. 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione – PIAO 2024-2026"; nel caso in cui gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), verrà indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

Seguiranno, nel corso del 2025, gli aggiornamenti e gli adeguamenti di cui ANAC darà indicazioni.

Trasparenza interventi straordinari per l'emergenza COVID-19

Nel maggio 2020 è stata implementata la specifica sezione relativa agli interventi straordinari e di emergenza, come indicato all'art. 42 del D. Lgs. n. 33 e s.m.i., nella quale le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e, in generale, provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, sono chiamate a riportare, in formato tabellare, tra l'altro, i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari e il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'Amministrazione.

I dirigenti responsabili sono tenuti a mantenere costantemente aggiornata la sezione per quanto di competenza.

Trasparenza progetti Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

FSGT garantisce il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241 indicando nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell'ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell'Unione europea e all'iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase "finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU"), riportando nella documentazione progettuale l'emblema dell'Unione europea e fornisce un'adeguata diffusione e promozione del progetto; nella home page del sito web istituzionale è, inoltre collocato il logo "Italiadomani Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", cliccando il quale è possibile consultare i progetti finanziati o in attesa di finanziamento nell'ambito del PNRR; la pagina è in costante aggiornamento.

Adempimenti in materia di trasparenza

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano [Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"](#), aggiornato in attuazione della Delibera dell'ANAC n. 601 del 19/12/2023.

La sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" contiene le seguenti voci:

- Censimento delle autovetture in servizio;
- Libera professione;
- Apparecchiature in conto visione;
- Sponsorizzazioni;
- Privacy;
- Dati risarcimento danneggiati;
- Polizza RC;
- Terzo settore;
- Altro (Elenco siti tematici, monitoraggio della qualità, Sistema e certificazione di qualità).

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili.

In un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne della Fondazione, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che i **responsabili** della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni **sono indicati nella tabella Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**. Detti responsabili, dovranno individuare i **referenti interni** che si occuperanno dei rapporti diretti con RPCT e i suoi collaboratori, sia per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione, sia per quanto concerne il raggiungimento dei risultati circa le misure e gli adempimenti assegnati in tema di prevenzione della corruzione.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire a cura del **responsabile/referente** individuato ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando o archiviando altresì le informazioni superate.

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione prevista dalla normativa vigente.

Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti, un maggiore livello di trasparenza costituisce per la Fondazione obiettivo strategico, che si tradurrà in obiettivi organizzativi e individuali; come suggerito dall'ANAC rientra tra questi obiettivi la pubblicazione di "dati ulteriori" in relazione a specifiche aree a rischio, che verranno concordati tra il RPCT ed i responsabili di Struttura. L'ostensione di questi dati on line avverrà nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. n. 165/2001, ivi compresi i profili di responsabilità disciplinare.

Il Responsabile della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane assicura, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui al medesimo art. 19 co. 1, (Bandi di concorso) ai fini dell'accessibilità ai sensi dell'art. 4, comma 5, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125.

Monitoraggio

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i.

La presente sezione del PIAO richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce agli organi di indirizzo della Fondazione sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici della Fondazione.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. Lgs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

L'attuazione della trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte della Fondazione degli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità da parte del RPCT. Lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche (al massimo con cadenza trimestrale) presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail, effettuata con cadenza semestrale, ai Dirigenti delle singole strutture competenti circa lo stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, gli aggiornamenti effettuati, le problematiche riscontrate;
- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richiesta formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico ed aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente documento sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Direttori/Responsabili di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

L'istituto dell'accesso civico

A fronte della rimodulazione della trasparenza *on line* obbligatoria, l'art. 6 del D.Lgs. n. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento; la trasparenza viene intesa come accessibilità totale non più alle sole "informazioni" bensì ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni"; in tal senso la riforma ha richiesto un profondo ripensamento delle modalità operative.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of information act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D. Lgs. n. 97/2016 che ha apportato numerose modifiche alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D. Lgs. n.33/2013; si differenzia in modo sostanziale dall'accesso civico, che è un rimedio offerto al pubblico contro l'inadempienza delle pubbliche amministrazioni agli obblighi di pubblicità imposti dalla legge.

La nuova tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex L. n. 241/1990 e s.m.i., ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato art. 1, co. 1 del decreto definisce anche, con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

L'accesso generalizzato è entrato in vigore nell'ordinamento italiano il 23/12/2016; e da tale data l'allora ASST ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

FSGT applica il Regolamento contenente le modalità sul nuovo diritto di accesso civico e accesso agli atti adottato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 1114 del 19/06/2018 e pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

Le sanzioni

L'ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 e s.m.i. "Modifiche al sistema penale".

E' stata dedicata una specifica sezione alle sanzioni all'interno del Codice etico e di comportamento.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**Struttura organizzativa**Il contesto di riferimento

Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento. Il POAS è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione e al perseguimento del miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli produttivi. Il POAS ha valenza triennale ed è rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modifiche all'assetto organizzativo.

I POAS delineano le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del funzionamento degli Enti, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate ed alla corretta determinazione del fabbisogno di personale.

La Regione, anche attraverso i POAS, individua e promuove le azioni utili per il conseguimento dei principi su cui si fonda la legislazione regionale, così come rinnovata dalla L.R. 22/2021, con particolare riferimento a:

- a) Garantire l'approccio one health finalizzato ad assicurare globalmente la promozione e la protezione della salute
- b) Assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso
- c) Favorire l'appropriatezza clinica ed economica
- d) Garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse
- e) Incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia
- f) Contemplare anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo individuato e sviluppato nel POAS deve evidenziare i rapporti esistenti tra gli Organi, gli Organismi, le Strutture, i Soggetti istituzionali, gli Stakeholders, ecc.

Nel POAS possono essere previste le seguenti tipologie di Strutture:

- Dipartimenti gestionali
- Dipartimenti funzionali
- Dipartimenti funzionali interaziendali

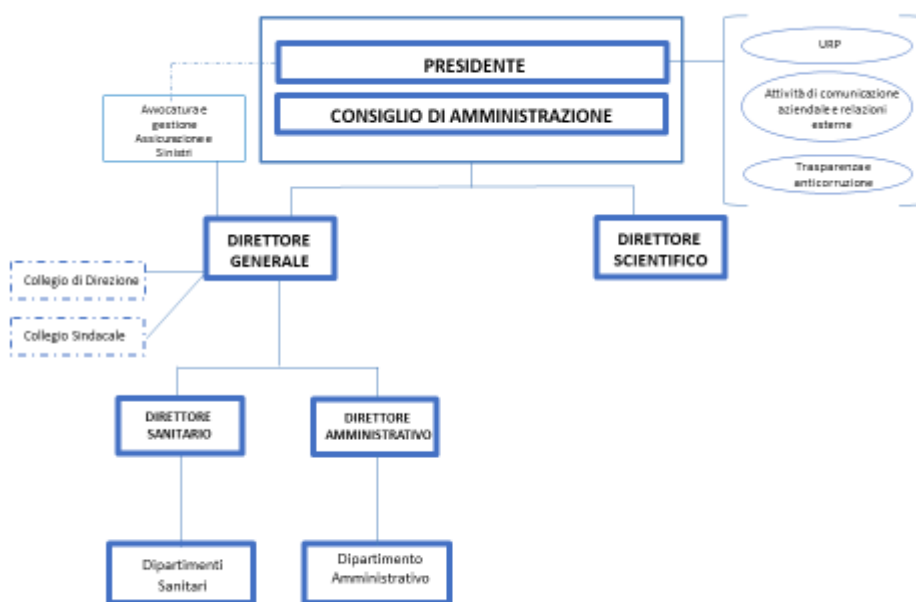
VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e/o Strutture Semplici Distrettuali (SD)
- Strutture Semplici (SS)

Con Deliberazione della Giunta Regionale XII/3238 del 21/10/2024 ad oggetto “*Aggiornamento del piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2023-2025 della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori*” è stato approvato il POAS che comprende il fabbisogno di personale necessario alla funzionalità delle strutture transitate in questa Fondazione IRCCS dalla Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma da soddisfare entro la pianificazione triennale 2024-2026, con verifiche annuali tenendo conto della sostenibilità economica e della gestione complessiva delle procedure concorsuali espletate.

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori nel corso del primo biennio ha implementato le proprie attività ed ha acquisito le attività della disciolta gestione sperimentale della Fondazione Monza Brianza per il bambino e la sua Mamma (FMBBM).

L’organigramma sotto riportato dà evidenza della struttura organizzativa che riporta l’articolazione principale della FSGT:



Nel sito web della Fondazione IRCCS (www.ircss-sangerardo.it) sono disponibili le informazioni i dati che riguardano il Piano di Organizzazione Aziendale, nella sezione “Chi siamo”.

PERSONALE

Il numero totale di dipendenti in servizio è pari a 3209 unità di cui 673 Dirigenti e 2446 dipendenti del comparto. Si aggiungono inoltre 73 Universitari di cui 70 Dirigenti e 3 unità del comparto.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

NUMERO DI DIPENDENTI IN SERVIZIO AL 01/01/2025	
COMPARTO	2446
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	17
DIRIGENZA MEDICA	603
DIRIGENZA SANITARIA	48
DIRIGENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	14
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5
UNIVERSITARI DIRIGENZA	70
UNIVERSITARI COMPARTO	3
Totale complessivo	3209

Piano organizzativo del lavoro agile

Il contesto di riferimento:

Con il termine lavoro agile (smart working) non si intende una tipologia contrattuale autonoma, ma ci si riferisce ad una particolare modalità di esecuzione del lavoro, consistente in una prestazione di lavoro subordinato che si svolge al di fuori dei locali aziendali, basata su una flessibilità di orari e di sede.

In particolare, 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"*

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid19.

Tuttavia ogni amministrazione, può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza indicata nelle linee guida potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile.

Il CCNL personale del comparto Sanità – triennio 2019-2021 sottoscritto in data 02/11/2022 al TITOLO IV disciplina il lavoro a distanza ed in particolare al capo I artt. 76, 77, 78, 79,80 il "Lavoro Agile", con definizione dei principi generali, le modalità di accesso, l'accordo individuale di lavoro, articolazione della prestazione in modalità lavoro agile, diritto alla disconnessione, formazione.

Le azioni intraprese:

Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 296 del 09/03/2020 "Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile"

1. Garantito l'accesso privilegiato al lavoro agile a:

- dipendenti portatori di patologia che li rendono maggiormente esposti al contagio;
- dipendenti su cui grava la cura dei figli minori a seguito dell'eventuale contrazione dei servizi dell'asilo nido, della scuola dell'infanzia e/o con figli in condizioni di disabilità;
- dipendenti che si avvalgono di servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede lavorativa.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

2. Vaglio da parte del Dirigente responsabile della U.O./servizio, nonché del Direttore di Dipartimento/Direttore Amministrativo/Sanitario/Socio Sanitario per verificare la compatibilità tra profile professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.
3. Definizione di:
 - attività effettuabili in modalità agile;
 - numero massimo di giornate mensili concedibili.

Deliberazione del Direttore Generale ASST Monza n. 661 del 29/04/2021 "Adozione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021/2023"

Adozione del POLA:

1. Attuazione dello smart working per tutte le attività eseguibili non in presenza con piena responsabilizzazione dei Direttori/Responsabili nella gestione e controllo delle attività in modalità agile;
2. Indicazione ai dipendenti delle linee guida per la sicurezza e la privacy durante lo svolgimento del lavoro agile;
3. Previsione di appositi percorsi formativi, anche riguardo la digitalizzazione;
4. Raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - 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;
 - rimodulare l'articolazione della presenza in servizio per favorire il distanziamento sociale.

Anno 2024: nell'anno 2024 è proseguita l'applicazione dell'istituto del lavoro agile per alcune situazioni specifiche riportate anche nel "Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) 2021/2023" e precisamente il Direttore/Responsabile di struttura, a fronte di richieste individuali, ha valutato la concessione dell'istituto dello smart working. Si evidenzia che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del comparto sanità triennio 2019 – 2021 disciplina al Titolo VI il "Lavoro a distanza", ed al Capo I "Lavoro Agile" gli artt. 76, 77, 78, 79

Si riportano a titolo esemplificativo alcune casistiche:

- dipendenti che a seguito di malattia/infortunio hanno difficoltà a prestare l'attività lavorativa presso la sede;
- lavoratori fragili attestata da documentazione sanitaria,
- gravi motivi familiari,
- conciliazione tempi di vita e di lavoro per cura dei disabili o la cura di figli minori di 14 anni;
- dipendenti il cui tragitto dalla residenza/domicilio alla sede di lavoro superiori i 50/60 Km in totale per promuovere la mobilità sostenibile e la riduzione di lunghi spostamenti casa/lavoro/casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico in termini di volumi e di percorrenze e intraprendere misure di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare dei dipendenti

In tutti i casi è il Dirigente Responsabile di Struttura che valuta la concreta possibilità di svolgere l'attività da remoto con l'utilizzo di strumenti informatici, autorizza il dipendente mediante sottoscrizione del "Accordo individuale per il lavoro agile" (inviato alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane) e monitora il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il dipendente di norma può effettuare il lavoro agile per 2/3 volte

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

la settimana per un massimo di 10 giorni al mese, mentre i restanti giorni deve effettuare attività lavorativa in presenza.

Gli obiettivi per il triennio 2025/2027:

- aggiornare il regolamento per il Lavoro agile
- Dopo aver mappato le attività da effettuare in smart-working, attivare il monitoraggio e valutazione della performance perseguendo i criteri di efficacia e efficienza con utilizzo di opportuni indicatori di valutazione
- In linea generale, strutturare un percorso di riconoscimento di tale modalità lavorativa dando attuazione al Piano approvato, da utilizzare come opportunità e non come adempimento di legge, in modo da favorire un cambio culturale, anche se la platea dei potenziali destinatari è limitata.

A supporto di questi obiettivi, è stato adottato un sistema evoluto di Collaboration che prevede in modo integrato l'utilizzo dell'Email, dei Sistemi di Video Conferenza e di Condivisione sicura dei Documenti in Cloud nonché di Strumenti di Office Automation Online (Web Based) per tutti i dipendenti aziendali ed in particolare per chi si avvarrà delle modalità di Lavoro Agile rese disponibili.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

Il PTFP deve essere determinato nel rispetto delle risorse assegnate annualmente sia a valere sul budget del personale dipendente che sul budget del personale gravante sulle voci "beni e servizi". Il PTFP contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali (cd. SUMAI).

Il PRFP riporta per ogni anno:

- Il fabbisogno di personale (espresso in FTE, "full time equivalent", ovvero la misura delle teste equivalenti rispetto al tempo pieno), sia esso strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- Il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che non deve superare il budget annuale;
- La dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, che include anche il personale previsto nei sezionali ospedaliero e della ricerca.

Il PTFP viene predisposto dalla Fondazione IRCCS, ed approvato con apposito atto deliberativo del CDA, validato per la parte di competenza dal Collegio Sindacale e inviato ai competenti Uffici della Regione per le opportune verifiche e la successiva approvazione regionale.

In particolare, i limiti autorizzati cui deve riferirsi il Collegio Sindacale nelle sue verifiche sono rappresentati dai valori di costo e di dotazione organica inseriti nel PTFP. Non sono pertanto necessarie ulteriori autorizzazioni da parte della Regione per la copertura dei posti previsti in dotazione organica, fatta salva la copertura delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali, che potranno essere coperte solo a seguito di autorizzazione rilasciata dalla Regione.

Il PTFP approvato dalla Regione viene poi adottato definitivamente da parte degli enti. L'atto di adozione definitivo è quindi inviato ai competenti uffici regionali che entro 30 giorni provvedono alla comunicazione del contenuto dei Piani Triennali di Fabbisogno tramite il sistema di cui all'art. 60 del D.Lgs. 165/2001.

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Il Piano Triennale Fabbisogni Personale 2024/2026 è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. XII/2704 del 08/07/2024 e con decreto del Direttore Generale **n. 788 del 25/07/2024**, riportato in **allegato n. 5**.

Piano formativo aziendale

Annualmente la FSGT provvede a programmare le attività di formazione, raccolte nel Piano formativo aziendale (di seguito PFA) che sintetizza le necessità di formazione del personale dipendente derivanti da obiettivi strategici, dalla programmazione regionale e da fabbisogni raccolti dalle strutture aziendali, in un processo strutturato e gestito centralmente dalla struttura "Formazione", deputata anche alla organizzazione delle attività formative.

La struttura della Formazione è coadiuvata dal Comitato Scientifico della Formazione che oltre, ad approvare il PFA, si riunisce periodicamente per verificare l'attività formativa prevista dal Piano medesimo. Il Comitato, previsto dalla normativa regionale come requisito per l'accreditamento della formazione, è costituito con la partecipazione di: Direttori strategici, Direttore Medico di Presidio e Direttore delle Professioni sanitarie, un referente dell'Università, Direttore del Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Manager e Responsabile della Struttura Formazione.

In Sanità è prevista la formazione continua, ovvero l'obbligo deontologico dei professionisti sanitari di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile e misurato attraverso l'acquisizione di "crediti ECM".

In data 12/04/2024 prot. 8826, Polis Lombardia ha inviato comunicazione esito positivo istruttoria principale piano Formativo 2024 PROVIDER ECM/CPD Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza.

La formazione continua ha la finalità di assicurare al cittadino e alla comunità risposte appropriate, pertinenti ed efficaci ai bisogni di salute nel rispetto dei valori individuali della persona.

Le iniziative formative sono destinate al personale dirigente ed al comparto al fine di garantire il maggior numero di opportunità che consentano di massimizzare le competenze acquisite ed i relativi crediti formativi ECM previsti. L'ampliamento e l'aggiornamento delle competenze professionali mirano alla responsabilizzazione delle persone ed al miglioramento continuo del proprio comportamento nella pratica clinico assistenziale e sociale delle attività di supporto.

L'offerta formativa deve inoltre ottemperare alle disposizioni di legge in materia di salute e sicurezza sul lavoro oltre che in materia di prevenzione della corruzione e per l'antiriciclaggio. Tutte le attività sono gestite nel rispetto del budget assegnato garantendo un corretto rapporto qualità-costi. Il PFA 2025 verrà predisposto ottemperando alle indicazioni contenute nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM – Regione Lombardia", allegato al Decreto D.G. Welfare di R.L. n. 19280 del 29/12/2022, entro il termine di scadenza fissato dalla Regione stessa. Al momento dell'adozione del presente PFAO, gli obiettivi formativi generali sono in fase di condivisione con la direzione strategica.

In attesa di completare l'analisi dei fabbisogni formativi e definire il PFA, alcune prime indicazioni strategiche indicano i seguenti obiettivi delle attività formative:

- mantenere elevato il livello di formazione/informazione circa la tutela della salute e della sicurezza degli operatori e degli assistiti, anche in riferimento alla normativa sulla radioprotezione ed emergenza/urgenza;



VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- proseguire la formazione delle diverse professionalità coinvolte nella promozione presa in carico degli utenti cronici e fragili al fine di garantire continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi;
- rafforzare la formazione integrata dei diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente pediatrico;
- rafforzare l'approccio organizzativo per "processi" e promuovere la digitalizzazione in ambito amministrativo e sanitario;
- promuovere lo sviluppo di competenze comunicative e relazionali efficaci sia tra operatori sia verso gli utenti, anche al fine di agevolare nella gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario
- promuovere la diffusione della cultura sulla Medicina di Genere
- incrementare l'offerta formativa rivolta alla Dirigenza, relativamente alla qualità della documentazione e alla gestione efficace del percorso di valutazione del personale.
- Proseguire la formazione a contrasto delle infezioni correlate all'assistenza, delle infezioni pandemiche e delle infezioni antimicrobico-resistenti.
- Favorire il processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria (Health Technology Assessment-HTA)

Inoltre, la FSGT collaborerà nell'organizzazione e realizzazione di progetti formativi proposti da ATS Brianza e aderirà alle iniziative proposte dall'Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario Lombardo-Polis Lombardia.

Obiettivo per il triennio 2025/2027 della FSGT è la programmazione e la realizzazione delle attività formative previste dal Piano di Formazione Aziendale, nella percentuale stabilita annualmente dagli obiettivi strategici, con misurazione del grado di attuazione degli eventi formativi previsti, del numero di ore di attività formativa, del numero di partecipanti.

Piano delle azioni positive

1. Premessa

La normativa in materia di pari opportunità, sistematizzata con il Decreto Legislativo 198/2006, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246", prescrive alle Pubbliche Amministrazioni di progettare ed attuare i Piani triennali di Azioni Positive (PTAP) mirati a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne nel lavoro.

La presentazione dei Piani triennali non è tuttavia solo un atto formale, ma rappresenta un momento fondamentale per attivare misure e meccanismi di *gender mainstreaming*, azioni positive e buone prassi volte a consentire una reale parità tra uomini e donne da parte delle Amministrazioni.

L'articolo 42 del D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, definisce le "azioni positive" quali "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Il piano riassume obiettivi, tempi, risorse disponibili e risultati attesi per riequilibrare situazioni di non equità di condizioni tra uomini e donne, assume gli obiettivi di trasversalità e di pari opportunità e li inserisce nella cultura lavorativa ed organizzativa dell'Ente pubblico.

Il presente Piano di Azioni Positive è quindi un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro che esplica chiaramente gli obiettivi, i tempi, i risultati attesi e le risorse disponibili per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disegualità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all'interno di un ente.

Le azioni positive rappresentano misure temporanee speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, sono mirate a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne; sono misure:

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

- a) "speciali" in quanto non generali ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta
- b) "temporanee" in quanto necessarie fintanto che si rileva una disparità di trattamento.

La strategia delle azioni positive è rivolta alla rimozione di quei fattori che direttamente o indirettamente determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità attraverso l'introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l'accesso ai diritti. In tal senso si evidenzia la stretta correlazione posta in essere dal decreto legislativo n. 150/2009 tra la pianificazione della performance, la pianificazione nell'ambito della trasparenza e integrità e quella concernente le pari opportunità, che vanno opportunamente connesse ed integrate al fine di poter essere adeguatamente utilizzate.

Il presente Piano triennale delle Azioni Positive 2025-2027 si inserisce nell'ambito delle iniziative promosse dalla FSGT per dare attuazione agli obiettivi di pari opportunità, favorendo l'adozione di misure che garantiscano effettive pari opportunità nelle condizioni di lavoro e di sviluppo professionale e tengano conto anche della posizione delle lavoratrici e dei lavoratori in seno alla famiglia, con particolare riferimento a quanto segue:

- a) piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne;
- b) pari opportunità come condizione di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
- c) partecipazione ai corsi di formazione professionale che offrano possibilità di crescita e di miglioramento;
- d) studi e analisi quantitative e qualitative sulle condizioni delle donne per settore professionale;
- e) promozione della comunicazione e diffusione delle informazioni sui temi delle pari opportunità;
- f) tutela dell'ambiente di lavoro da casi di molestie, mobbing e discriminazioni;
- g) collaborazione con il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), che proporrà le esigenze e le azioni specifiche che ritiene di avviare;
- h) valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale;
- i) promozione di una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, ferma restando la necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata;
- j) garanzia di trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere in tutte le articolazioni dell'Amministrazione e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

2. Piano di azioni positive - iniziative

Il piano individua quattro iniziative in continuità con gli anni scorsi o da avviare nel 2024, di seguito descritte:

Azione positiva n. 1	Accoglienza del personale neo assunto e neo inserito
Finalità	Migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni attraverso un efficace percorso di inserimento del personale neo assunto o neo inserito in caso di trasferimento interno
Destinatari	Tutto il personale neo assunto – neo inserito

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Fasi di intervento e azioni	1) Applicazione del processo revisionato nel 2022 a tutto il personale neo-assunto; 2) Predisposizione di pagina informativa intranet per il personale neo-assunto; 3) Progettazione e attuazione di corso periodico di formazione-informazione e/o di materiale informativo sull'organizzazione, il funzionamento e le regole vigenti; 4) Verifica, programmazione e attuazione degli adempimenti di formazione, informazione e addestramento in materia di salute e sicurezza del lavoro inerenti la qualifica rivestita; 5) Tutoraggio e/o addestramento in affiancamento in relazione alle diverse tipologie di mansioni; 6) Relazione del periodo di addestramento-affiancamento per attestare competenze professionali acquisite e adempimenti in materia di salute e sicurezza del lavoro; 7) Organizzazione "open-day" di presentazione della FSGT a tutto il personale neo-assunto (avvio 2024)
Tempistica	Dall'Anno 2022 e seguenti
Risorse	Risorse già a carico del bilancio FSGT

Azione positiva n. 2	Approvazione ed attuazione del Gender Equality Plan
Finalità	Il Gender Equality Plan è il documento progettuale e programmatico che si propone di valorizzare la piena partecipazione di tutte le persone alla vita della FSGT, favorendo la cultura del rispetto, il contrasto alle discriminazioni di genere e la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere attraverso una serie di azioni coerenti al proprio interno e perseguite lungo l'arco temporale del triennio
Destinatari	Tutto il personale
Fasi di intervento e azioni	1) Attuazione delle azioni programmate
Tempistica	Anno 2025 e seguenti
Risorse	Risorse già a carico del bilancio FSGT

Azione positiva n. 3	Attivazione iniziative del CUG
Finalità	Attivare all'interno della FSGT un sistema strutturato al fine di assicurare parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica
Destinatari	Tutto il personale
Fasi di intervento e azioni	1) Costituzione del nuovo CUG della FSGT 2) Insediamento e avvio attività 3) Promozione iniziative
Tempistica	Anno 2025 e seguenti
Risorse	Risorse già a carico del bilancio FSGT

VERSIONE DEL 28 GENNAIO 2025

Azione positiva n. 4	Gestione Asilo Nido interaziendale “Le Ciliegine”
Finalità	Fornire ai dipendenti con figli in età prescolare un concreto e qualificato supporto alla conciliazione vita – lavoro
Destinatari	Dipendenti con figli in età prescolare (5-36 mesi)
Fasi di intervento e azioni	1) Mantenimento dell’affidamento della gestione dell’asilo nido interaziendale 2) Verifiche del rispetto delle condizioni previste nel Capitolato 3) Verifiche del gradimento del servizio da parte degli utenti
Tempistica	Anno 2023 e seguenti
Risorse	Risorse già a carico del bilancio FSGT

Azione positiva n. 5	Nucleo di ascolto
Finalità	Come previsto dalla direttiva n. 2/2019 , al fine di potenziare la funzione di verifica su eventuali situazioni di malessere collegate alla violenza e/o alla discriminazione, anche al fine di segnalare le suddette situazioni ai soggetti competenti, si propone di attivare un Nucleo di ascolto, costituito all’interno del CUG
Destinatari	Tutto il personale
Fasi di intervento e azioni	1) Costituzione e attivazione del Nucleo di ascolto a cura del CUG 2) Diffusione dell’iniziativa a tutto il personale 4) Verifiche del gradimento del servizio da parte del personale
Tempistica	Anno 2025 e seguenti
Risorse	Risorse già a carico del bilancio FSGT

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Come anticipato in premessa, il PIAO definisce le modalità di monitoraggio della performance, riportando per ogni obiettivo gli indicatori, i tempi previsti e i valori o risultati attesi.

La sezione 4 del PIAO, “Monitoraggio” è pertanto strutturata nella tabella riepilogativa degli indicatori di valutazione della performance organizzativa istituzionale, di cui viene fornita la misura di consuntivo o preconsuntivo 2024, disponibile alla data di adozione del presente documento, oltre al valore atteso per il triennio 2025/2027.

Si rimanda pertanto all’allegato per la descrizione degli indicatori.

ALLEGATI:

Allegato 1 “Registro dei Rischi corruttivi”

Allegato 2 “Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità”

Allegato 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”

Allegato 4 “Indicatori di monitoraggio”

Allegato 5 “Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale” decreto del Direttore Generale n. 788 del 25/07/2024